

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LUÍSA AZEVEDO DAMASCENO

PRÁTICAS DESMEDICALIZANTES EM SAÚDE MENTAL  
- PISTAS, TÁTICAS, COMPOSIÇÕES

Niterói

2023

LUÍSA AZEVEDO DAMASCENO

PRÁTICAS DESMEDICALIZANTES EM SAÚDE MENTAL  
- PISTAS, TÁTICAS, COMPOSIÇÕES

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia. Não optante pelas ações afirmativas e não bolsista.

Área de concentração: Estudos da Subjetividade

Linha de Pesquisa: Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Katia Faria de Aguiar

Niterói

2023

## BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Katia Faria de Aguiar (Orientadora)  
Instituto de Psicologia  
Universidade Federal Fluminense – UFF (campus Niterói)

---

Prof. Dra. Paula Land Curi  
Instituto de Psicologia  
Universidade Federal Fluminense – UFF (campus Niterói)

---

Prof. Dra. Raphaella Fagundes Daros  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

---

Prof. Dr. Rafael Coelho Rodrigues  
Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

---

Prof. Dra. Fernanda Fochi Nogueira Insfran  
Departamento de Ciências Humanas  
Universidade Federal Fluminense – UFF (campus Santo Antônio de Pádua)

FICHA CATALOGRÁFICA BIBLIOTECA

*“[...] Uma experiência é qualquer coisa de que se sai transformado.  
Se eu tivesse de escrever um livro para comunicar o que já penso, antes de  
começar a escrevê-lo, não teria jamais a coragem de empreendê-lo.*

*[...] Sou um experimentador no sentido em que escrevo para  
mudar a mim mesmo e não mais pensar na mesma coisa de antes”.*

*(Michel Foucault, 1982)*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Universo pelos bons encontros e poder compartilhar minha existência com pessoas tão maravilhosas. Sou muito grata por termos atravessado a pandemia com saúde e por essa segunda vida que nos foi dada.

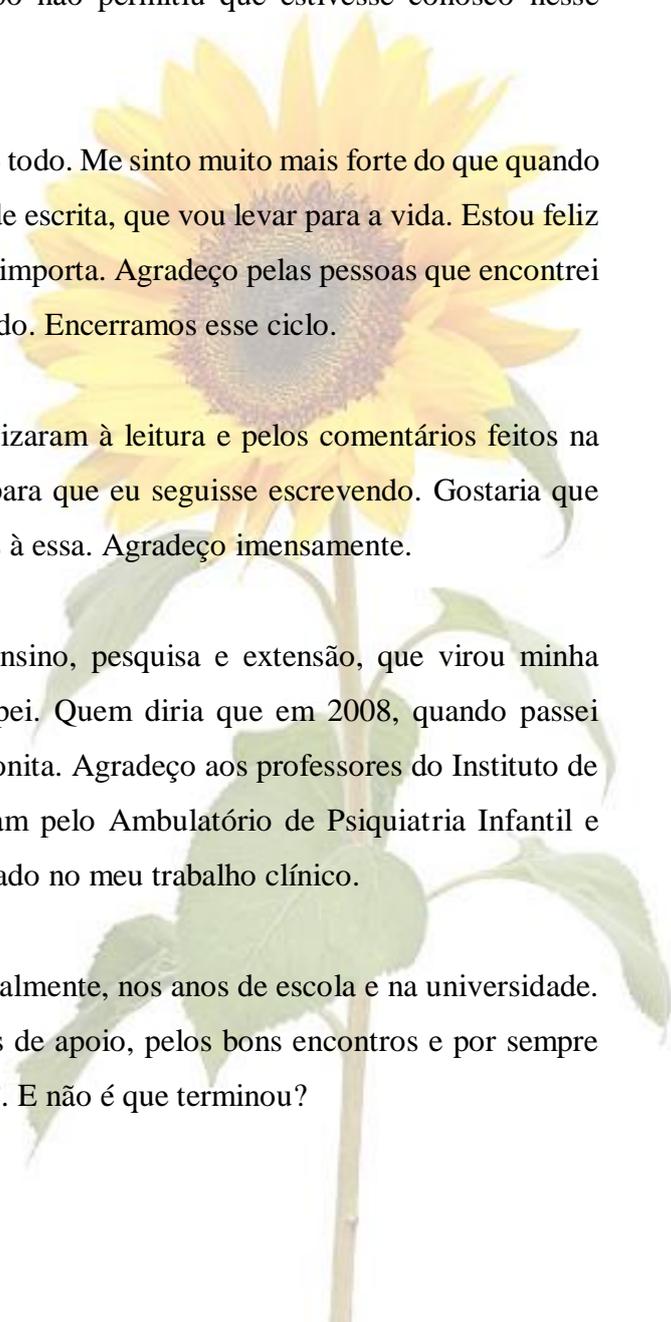
Agradeço à minha família por estar sempre comigo. À minha mãe e meus irmãos, por toda a ajuda, de diferentes ordens, que cada um pode me dar para que concluísse mais essa etapa. Obrigada por aguardarem pacientemente meus momentos de ausência, pois não foi fácil. Ao meu marido pela parceira e por ter lido cada pedacinho desse texto, mesmo sendo de uma área completamente fora da dele e vibrado a cada página escrita. À Luna, que transborda amor e trouxe alegria para nossas vidas. À minha avó, que esteve no mestrado, mas o tempo não permitiu que estivesse conosco nesse momento, apesar de saber que está. Eu amo vocês.

Agradeço à minha orientadora, pela confiança o tempo todo. Me sinto muito mais forte do que quando entrei, e sou grata por ter descoberto um modo outro de escrita, que vou levar para a vida. Estou feliz com o meu texto, e obrigada por nos lembrar que isso importa. Agradeço pelas pessoas que encontrei nos coletivos de pesquisa e por terem muito me ajudado. Encerramos esse ciclo.

Agradeço aos professores da banca que se disponibilizaram à leitura e pelos comentários feitos na Qualificação, pois foram sem dúvida fundamentais para que eu seguisse escrevendo. Gostaria que todas as experiências com bancas fossem semelhantes à essa. Agradeço imensamente.

Agradeço à UFF, enquanto instituição pública de ensino, pesquisa e extensão, que virou minha segunda morada e aos diversos projetos que participei. Quem diria que em 2008, quando passei naquele vestibular, construiríamos uma história tão bonita. Agradeço aos professores do Instituto de Psicologia, aos profissionais e pacientes que passaram pelo Ambulatório de Psiquiatria Infantil e também aos que têm passado pelo consultório e confiado no meu trabalho clínico.

Agradeço às amigas que construí nessa vida, especialmente, nos anos de escola e na universidade. Obrigada pela alegria de estarmos juntos, pelas redes de apoio, pelos bons encontros e por sempre perguntarem pelo doutorado. “Já já vai terminar, Lu!”. E não é que terminou?



## RESUMO

Atualmente, temos sido convidados com frequência a identificar nossos sofrimentos e comportamentos a algum transtorno mental e a enxergar subitamente doenças por trás das dificuldades escolares de nossas crianças. Os biodiagnósticos em psiquiatria tornaram-se bens consumíveis em tempos de neoliberalismo. A intenção dessa pesquisa-intervenção foi a de ampliar esse campo de análise e a buscar pistas desmedicalizantes para a construção de práticas substitutivas. Como uma primeira aproximação do problema, mapeamos o campo discursivo da medicalização por meio de uma investigação bibliográfica. Em seguida, colocamos em análise nosso próprio processo de formação, entendido enquanto pista desmedicalizante guarda-chuva, que engloba diversas outras. Trouxemos experiências de intervenções em diferentes dispositivos, como um serviço ambulatorial de psiquiatria infantil e o atendimento em consultório privado. Compreendemos que o modo como têm sido conduzidos os atendimentos e acolhidos as queixas escolares nesses espaços, assim como as escolhas metodológicas de trabalho, apontam para práticas psicológicas e psiquiátricas desmedicalizantes. Por fim, analisamos os efeitos do acontecimento-pandemia em nossas vidas, nossos atendimentos e seus atravessamentos nesta pesquisa.

Palavras-chave: medicalização; pistas desmedicalizantes; formação; saúde mental; educação; clínica.

## **ABSTRACT**

We have been often asked to link our pains and behaviors to some mental disorder, and to suddenly see diseases behind our children's school issues. Biopsychiatry diagnoses in psychiatry have become disposable items in the neoliberalism age. This intervention-research goal was to expand this analysis and look for demedicalizing clues to allow for substitutive practices. First we mapped the discursive field of medicalization through a bibliographical investigation. Then we analyzed our own academic background, itself an umbrella demedicalizing clue, including several others. We presented intervention experiences in different places, such as a child psychiatry health service and a private clinic. We understood that the way in which care has been conducted and school complaints received in these spaces, as well as the methods chosen to work with, point to demedicalizing psychological and psychiatric practices. Finally, we analyzed the effects of the pandemic on our lives, our jobs, and their impact in this research.

**Keywords:** medicalization; demedicalizing clues; academic background; mental health; education; clinic.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	10
INTRODUÇÃO .....	17
Neoliberalismo e o empreendedor de si.....	17
Medicalização do “fracasso”.....	24
Implicações do corpo-pesquisador .....	30
Apontamentos metodológicos.....	35
CAPÍTULO 1 - MAPEAMENTO DE UM CAMPO DISCURSIVO .....	39
1.1 Um estudo exploratório.....	39
1.2 Analisadores do contemporâneo.....	46
CAPÍTULO 2 - SOBRE NOSSOS PROCESSOS FORMATIVOS.....	60
2.1 A formação universitária.....	60
2.2 A dimensão política dos discursos.....	69
CAPÍTULO 3 - SOBRE NOSSAS APOSTAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS .....	81
3.1 Reflexões sobre os atendimentos clínicos.....	81
3.2 Construção de espaços-tempos de cuidado .....	99
CAPÍTULO 4 - ATRAVESSAMENTOS NA VIDA E NA PESQUISA.....	116
4.1 O (re)encontro com o Ambulatório .....	116
4.2 Acontecimento-pandemia .....	124
4.3 A experiência de escrita e um respiro .....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143
REFERÊNCIAS DE APOIO.....	155

## APRESENTAÇÃO

Quando ingressei no doutorado, fui tutora do Curso de Psicologia por um ano. O Programa de Tutoria era uma iniciativa da Universidade Federal Fluminense (UFF) que envolvia diferentes cursos e tinha como um de seus principais objetivos o de minimizar os índices de evasão e de retenção universitários. Por ter feito minha graduação e mestrado em Psicologia nessa mesma Universidade, me interessei pelo Programa, em que junto com a coordenação e mais uma tutora, atuaríamos com os estudantes ingressantes, apresentando-os à vida universitária.

Os encontros da tutoria eram combinados pelo *WhatsApp*<sup>1</sup> da turma, obtendo uma boa adesão e participação dos estudantes. Aconteciam semanalmente, exceto durante o período de provas e semanas atípicas, quando espaçávamos mais as atividades. O apoio da coordenação do curso foi fundamental no planejamento e execução dessas atividades e a aposta do Programa era que esse contato próximo do tutor com os ingressantes ofereceria apoio emocional e técnico para que esses pudessem seguir a vida universitária e concluí-la no tempo previsto, diminuindo assim índices de evasão e retenção universitárias.

Inicialmente, as atividades com os estudantes foram voltadas para acolher suas dúvidas e explicar sobre o funcionamento do curso. Abordamos temas relacionados diretamente a graduação, como currículo, linhas teóricas da psicologia, diferença entre as disciplinas (obrigatórias, optativas, eletivas, atividades complementares), inscrição online, estágios internos e externos, organização dos departamentos, reuniões do colegiado e assembleias, notícia de eventos dentro e fora da universidade (semana acadêmica, congressos), entre outros temas. A cada encontro, fazíamos com eles o levantamento de um novo tema que abordaríamos na próxima semana.

Na época, não tínhamos dado-nos conta, mas hoje, revisitando os diários de campo, percebemos um deslocamento na escolha desses temas com o decorrer dos encontros. As primeiras oficinas tratavam de temas sobre organização e funcionamento, que ofereciam a eles uma noção geral do que esperar do currículo da UFF (em termos de áreas da Psicologia que essa universidade enfatizava). Aprenderam conosco no laboratório de informática como acessar o sistema das disciplinas, a fazer seus currículos individuais na Plataforma Lattes, entre outras atividades “mais técnicas” e “informativas”.

Contudo, conforme os encontros foram acontecendo, percebemos que os estudantes, ainda que sempre muito participativos conosco, conversavam pouco entre si. Até que em uma das oficinas, percebemos que alguns não sabiam nem os nomes dos demais colegas da turma. Nos propusemos então a pensar encontros menos expositivos e mais dinâmicos. Passamos a caminhar com eles pelo

---

<sup>1</sup> WhatsApp é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones.

campus da universidade e explorar outros andares e prédios, como SPA<sup>2</sup>, secretaria, biblioteca e bandeirão, este já muito frequentado por eles. E, assim, aos poucos, os estudantes foram se entrosando, conversando mais entre si e novas demandas por temas para os próximos encontros foram surgindo.

Passaram a nos pedir que abordássemos temas voltados para o mercado de trabalho, e então começamos a pensar em rodas de conversa que tratavam de assuntos como as áreas possíveis de atuação do psicólogo, piso salarial, programas de residência no Rio de Janeiro e como são feitos os processos seletivos para bolsas de pesquisa. Algumas falas começaram a surgir nessas conversas, como: *“Tenho muito medo de depois desses cinco anos de faculdade, não conseguir um emprego”* e *“Minha família acha que não dá para eu me sustentar só com a psicologia”*. Assim, gradualmente, os temas sobre o “funcionamento do curso” foram complementados por oficinas direcionadas a essas preocupações com o mercado.

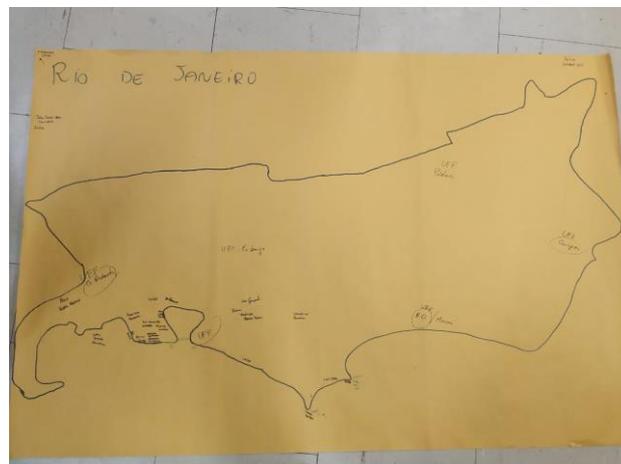
Também propusemos dinâmicas para que eles se conhecessem e se reconhecessem enquanto grupo, compartilhando sobre seus *hobbies*, suas histórias, medos e outras experiências anteriores ao ingresso à universidade. Passamos, inclusive, a conversar com eles sobre a própria cidade de Niterói, pois muitos ingressantes residiam em municípios vizinhos e conheciam muito pouco a cidade. Com duas cartolinas e o auxílio da internet, pedimos que eles, em grupo, desenhassem aproximadamente dois mapas (um do Estado do Rio de Janeiro e outro do município de Niterói), para que localizassem onde moravam, outros *campus* da universidade (além do Gragoatá, onde cursavam a maioria das disciplinas), locais de interesse para visitar, etc. Essa atividade foi importante também para os estudantes que vinham de outros Estados do Brasil, que, longe de suas famílias, estavam morando em repúblicas com desconhecidos e vivendo experiências restritas ao caminho república-campus-república.

Abaixo, algumas fotos dessas oficinas:



---

<sup>2</sup> Serviço de Psicologia Aplicada, onde o curso oferece um de seus estágios obrigatórios.



Um dos efeitos interessantes que percebemos a partir desses encontros foi que os estudantes passaram a saber onde cada um morava e, por conta própria, passaram a combinar caronas de carro e voltas na mesma barca ou ônibus para casa. Diziam que se sentiam inseguros de fazer o trajeto sozinho (campus–barcas), pois em vários dias as aulas da Psicologia terminavam às 20h ou às 22h da noite, precisando inclusive sair antes do término da última aula para *não pegar a rua tão vazia*.

Antes das atividades da tutoria, os estudantes se utilizavam dessa mesma estratégia, mas por iniciativa de cada um/a, quando foi percebido que o problema afetava grande parte do grupo. A preocupação com a rua a noite era acompanhada pelo medo de serem reprovados por falta nessas

disciplinas, já que alguns professores faziam a chamada apenas no final da aula. Tivemos notícias também de que um grupo passou a combinar saídas aos finais de semana, para conhecer os lugares “turísticos” da cidade que abordamos, pois moravam em repúblicas e se sentiam muito sozinhos nos dias que não tinham aula.

O surgimento desses temas não-previstos e a construção dessas redes só se deram porque nos propusemos a construir as oficinas em conjunto com esses estudantes, ouvindo-os a partir de seus processos de escolarização, que, no caso do Programa de Tutoria, estavam sendo compreendidos inicialmente pelos índices de evasão e retenção universitárias, que entendemos enquanto produtos de diversos fatores. Esses fatores transbordam questões acadêmicas, pois muitas vezes esses estudantes abandonam ou pedem transferência de curso não por dificuldades individuais para aprender determinados conteúdos, ou por estarem desmotivados em ler os textos em Psicologia ou com o curso em si. Mas, quando colocam suas preocupações com o mercado de trabalho e precisam repensar e sustentar a cada semestre a escolha por esse curso (que, segundo eles, *não parece ser um dos mais fáceis de conseguir um emprego*), o quanto isso interfere na permanência desse jovem na graduação?

Seguimos pensando: Quando esses jovens optam por um curso de período integral, em que a maioria das disciplinas são a tarde e noite, mas algumas também ocupam suas manhãs, como conciliar a faculdade com um trabalho remunerado no contraturno se houver a necessidade? E, ainda, ao explorarmos juntos o campus, temos notícia de que o bandejão já era bastante conhecido por eles e que foi um dos primeiros espaços da universidade que tiveram interesse em acessar, almoçando e jantando com regularidade. Como então não considerar o bandejão um importante dispositivo na garantia desses jovens em permanecerem estudando?

Mesmo entendendo a importância das primeiras oficinas, em esclarecer para esses estudantes informações “técnicas” sobre o curso e sanar dúvidas individuais, avaliamos que foram fundamentais as discussões grupais feitas nas oficinas seguintes. Há uma dimensão econômica-política-social que produz efeitos no “desempenho acadêmico” do estudante, que podem contribuir ou dificultar seu sucesso e sua permanência na universidade.

A seguir, traremos outra experiência também do Programa de Tutoria para continuar pensando o que comumente é denominado de “fracasso escolar”.

Em paralelo a essas atividades, nós enquanto tutoras fizemos um curso oferecido pelo Programa. Nele, tínhamos o contato com os tutores das outras graduações e notícias de como estavam funcionando suas atividades, além de frequentarmos aulas que abordavam conteúdos como currículo, organização da Educação no Brasil, metodologia participativa, didática, relação professor-estudante,

ensino-aprendizagem, etc. No último encontro, a responsável pelo curso pediu para que cada tutor fosse à frente da turma e apresentasse para os demais como estava sendo a experiência da tutoria no seu curso. Nesse dia, o relato do tutor de uma das Engenharias chamou a atenção.

Em sua apresentação, relata que seu desafio enquanto tutor tem sido muito difícil. Segundo ele, muitos estudantes têm trancado o curso de Engenharia ou tentado transferência para outro ao se depararem com o ciclo básico e as dificuldades nas disciplinas iniciais. E segue contando que na disciplina de Cálculo, por exemplo, havia 120 estudantes retidos. Ou seja, estudantes que não conseguiam se inscrever em outras disciplinas e se formar por terem essa disciplina como pendência, que seria um pré-requisito para cursar as demais.

120 estudantes...

Nesse momento, penso nos estudantes da Psicologia e o afeto do espanto me toma. Não sei se pela quantidade de estudantes que, por conta de apenas *uma* disciplina, não estavam conseguindo seguir e concluir a faculdade; ou se pelo modo naturalizado como isso foi dito pelo tutor e recebido pela turma: *“Na engenharia é assim mesmo”*. E, assim, ele encerra sua fala.

Reflito sobre o meu curso. No curso de Psicologia, em particular, o número de evasão ou retenção são relativamente baixos se comparados aos cursos nas áreas de exatas, onde não é raro ouvirmos que determinado estudante está *“desperiodizado”*. Isso quer dizer que esse estudante não está referenciado a nenhuma turma, ou por não ter se inscrito em uma ou mais disciplinas que seriam pré-requisitos para outras; ou por ter cursado, mas não obtido nota para passar, ficando retido. Dessa forma, o estudante não mais acompanha a turma que ingressou quando entrou no vestibular e sua previsão de formatura é alterada, concluindo um curso em sete ou oito anos, quando o esperado seriam cinco, por exemplo. Segundo o relato desse tutor da Engenharia, 120 estudantes estavam nessa situação.

Volto minha atenção para o burburinho provocado na turma. Foi quando algumas falas começaram a aparecer entre os tutores dos outros cursos:

*“Eu acho que deveriam colocar mais monitores na aula de Cálculo para dar um reforço”*

*“Esses estudantes devem ter algum problema de aprendizagem, só pode, porque não é normal fazer uma, duas, três vezes a mesma matéria e não passar!”*

Até que, certo momento, escuto de uma colega da odontologia comentar:

*“Dizem que tem um surto daquele transtorno de falta de atenção, deve ser esse caso”*.

E então, vira-se para mim e me convoca:

*“Não tem ninguém da Psicologia que ele possa pedir ajuda para fazer os diagnósticos desses estudantes?”*

Vejo toda a turma acenando com a cabeça, concordando e esperando uma resposta minha.

Lembro aqui que essas são falas de estudantes da Pós-Graduação, que, em sua maioria, fizeram estágio supervisionado em instituições de ensino, se candidatando ao Programa de Tutoria *justamente* por ter afinidade com a área da Educação e da Licenciatura. Em nenhum momento ouvi falas que oferecessem aberturas que ampliassem as análises se afastando da ideia de um “fracasso” desses estudantes: Como é a relação da turma com esse professor? Como o conteúdo é abordado? Como essa disciplina compõe com as outras do mesmo período?

Recordo aqui de uma paciente do consultório que tinha muita dificuldade em Estatística porque a professora era estrangeira. As aulas de Estatística eram dadas em espanhol! Como não ter dificuldade nessa disciplina? Também não ouvi nenhum tutor questionar os modelos de avaliação. Que avaliação é essa utilizada por esse professor que reprova semestralmente dezenas de estudantes? O que essa avaliação *avalia*?

Eu só ouvia discursos que individualizavam a questão. E assim, responsabilizavam esses estudantes pelos seus “fracassos”, culpabilizando-os inclusive por uma “falta de vontade”, como ouvi de uma colega tutora que estava ao meu lado:

*“Os jovens hoje em dia não querem nada... não querem se esforçar! Quando fiz graduação era diferente!”*

São falas que passam pela lógica da meritocracia, do esforço individual, às vezes argumentado por justificativas supostamente biológicas:

*Eles devem ter algum problema de cabeça”.*

As soluções, por sua vez, eram centradas na melhora da performance, inclusive via medicação e estimulantes, como essa fala da tutora de Enfermagem:

*“No meu curso, na semana de provas, a gente costuma tomar redbull ou cafeína para ficar acordado. Você como tutor poderia sugerir isso aos estudantes. Aquelas pílulas são ótimas, talvez assim eles consigam passar”.*

Em certo momento, meu olhar cruza com o da organizadora do curso. Percebo também um desconforto seu. O horário termina, as pessoas se levantam e, paralisada assim como eu, a mediadora precisa liberar a turma. Do espanto, me toma o afeto da vergonha. E fico com ele por um tempo, enquanto almoço, tentando digerir minha comida e o que se passou minutos atrás, pois aquele era o último dia do curso.

O que foi aprendido por esses tutores nesse curso? Penso nos professores e técnicos da rede municipal de educação, dos colégios estaduais e particulares onde esses profissionais-tutores trabalham. Saio da sala refletindo o quanto discursos medicalizantes parecidos com esses ainda atravessam os estudantes da Educação Infantil, do Ensino Fundamental, chegando ainda com toda

força ao ambiente universitário. São esses professores que, muitas vezes, encaminham essas mesmas queixas escolares para serviços e ambulatórios de saúde.

Essa experiência com a Tutoria veio ao encontro de algumas reflexões que já vinha fazendo durante minha trajetória de pesquisa, desde quando concluí o mestrado em 2016: continuo pesquisando o fenômeno da medicalização? Me parece um tema que já está tão batido, tão óbvio...

Ouvindo as falas desses tutores, percebi que não, não era um tema óbvio. Naquele momento, inclusive, me pareceu um tema urgente a ser discutido e pesquisado. Comparado com a experiência da Tutoria que tivemos na Psicologia, percebi que os demais cursos estavam tendo outras experiências e leituras do que entendemos por “fracasso escolar”. A dimensão econômica-política-social que entendemos que produz efeitos na trajetória acadêmica dos estudantes se perdia completamente em suas falas, com seus discursos centrados em práticas individualizantes, no mérito, no esforço pessoal, nas habilidades e competências do estudante. Para além da individualização e privatização de questões escolares, estava observando ali um modo de subjetivação contemporâneo que tem atravessado diversas histórias e produzido destinos, não apenas no meio escolar, mas em outras instituições. Modo, este, que será aprofundado e problematizado nesta pesquisa.

## INTRODUÇÃO

### Neoliberalismo e o empreendedor de si

Estamos exaustos e correndo. Exaustos e correndo. Exaustos e correndo. E a má notícia é que continuaremos exaustos e correndo, porque exaustos-e-correndo virou a condição humana dessa época. (Brum, 2016)

A sensação é que nós, estudantes e profissionais, estamos sempre atrasados. Corremos diariamente com afinco contra o tempo e espaço, contra nossa condição física e mental, para tentar dar conta de tudo e todos nessa sociedade do cansaço (Han, 2015). Nos comprometemos com a faculdade, no trabalho, no lar, com os filhos, com a comunidade, tanto em nossas atividades presenciais como nas atividades *online*. Corremos, na tentativa de não perder nada. Consumimos vorazmente cada notícia que nos chega pelos inúmeros canais de comunicação e a sensação é que ainda assim estamos em dívida. O expediente não acaba, o chefe nos alcança em qualquer lugar, a qualquer hora *via WhatsApp*. Trabalho, lazer, casa, estudo, tudo se confunde nos tempos de hoje.

Gilles Deleuze (1992b) formula a noção de sociedade de controle para se referir a esse momento em que estamos vivendo. Em “Post-scriptum sobre as sociedades de controle”, publicado em 1990, o autor toma como ponto de partida as análises feitas por Michel Foucault a respeito das tecnologias de poder que marcaram as sociedades disciplinares, percebendo suas modulações e a inauguração no contemporâneo de uma nova forma de incidência do poder sob os corpos dos indivíduos e sob as populações.

Na dissertação de mestrado (Damaseno, 2016), dedicamos um capítulo específico a essas sociedades disciplinares e às condições sócio-históricas que permitiram o aparecimento desses dispositivos de poder (disciplinares e biopoder), relacionando-os ao discurso da medicalização. Nessa tese, não temos a intenção de nos aprofundar novamente nessa discussão, mas resgataremos algumas observações para contextualizar e introduzir nosso problema de pesquisa - o discurso da medicalização -, entendido enquanto um discurso efeito de outros que historicamente se consolidaram.

Foucault dedica muito de seus estudos (2008a; 2008b; 1979a; 1979b) para compreender a constituição das sociedades disciplinares, marcadas pela produção de corpos dóceis, produtivos e submissos. Situadas inicialmente nos séculos XVIII e XIX, essas sociedades atingiram seu apogeu na primeira metade do Século XX, atravessando todo esse período. Estruturadas desde o início para servir ao capitalismo, essas sociedades estavam voltadas para a produção de um trabalhador dócil e organizado e traziam como principais características a distribuição dos sujeitos em espaços individualizados, classificatórios e hierarquizados.

Nesse modelo, a medicina destacava-se enquanto saber técnico-científico na organização dessas sociedades, incidindo no modo como os sujeitos pensavam e atuavam ao definir regras gerais de higiene, comportamento e moral. Focando seus esforços nos corpos dos trabalhadores, tomados enquanto corpos sociais, o saber médico atuava por meio de práticas higienistas e preventivas que favoreceriam a saúde da população, estabelecendo modos “normais” desses indivíduos se relacionarem com a escola, trabalho, lazer e, inclusive, com a sua sexualidade. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (Foucault, 1979a; 1979b). E esse investimento acontecia dentro de instituições fechadas pelas quais os indivíduos transitavam desde seu nascimento: primeiro a família, depois a escola, passavam pelo exército, fábrica, hospital e, eventualmente, transitavam pela prisão, tomada enquanto meio de confinamento por excelência (Deleuze, 1992a).

Entretanto, segundo Deleuze (*ibid.*), esse modelo disciplinar entra em crise no pós segunda guerra mundial, pois naquelas sociedades confinavam-se forças, encarceravam-se corpos, mas não davam conta dos fluxos, das ideias, das multiplicidades do contemporâneo. Seu declínio abriu espaço para novas formas microfísicas de poder, que, efeitos dos dispositivos disciplinares e da biopolítica, culminaram no que esse autor chamou de sociedades de controle.

Nas sociedades de controle, o poder não mais atuaria predominantemente por meio do confinamento dos corpos, mas por um controle contínuo destes. Não se saberia mais o que está dentro e o que está fora, rompendo com os limites entre os espaços de confinamento institucionais e as formas de existência exteriores a eles. Na modernidade, o espaço privado era o espaço da casa, e o espaço público era o seu fora. Hoje, porém, percebemos um transbordamento dessas fronteiras e a privatização dos espaços públicos.

O rompimento dessas fronteiras fica ainda mais visível quando observamos hoje, por exemplo, os condomínios gigantescos que têm sido construídos em grandes metrópoles como Rio de Janeiro e São Paulo. Com uma imensa área disponível, esses condomínios remetem a “pequenas cidades” dentro da cidade, onde a circulação de pessoas é privativa e controlada. Em seus interiores, temos mercados, cursos, lojas, espaços pets, salões de beleza e até agências de bancos. Os moradores não precisam “sair de casa” para comprar determinado produto, ir a lavanderia, levar um filho ao curso de inglês ou mesmo cortar o cabelo. Com relação ao trabalho, vários condomínios têm oferecido ambientes de *coworking*, onde pessoas que não trabalham necessariamente na mesma empresa ou área de interesse, compartilham de um mesmo escritório já que todos trabalham de *home office*. O espaço privado e público, bem demarcados no século passado, passam a se confundir no contemporâneo.

E morar nessas “cidades muradas” custam um preço alto. A região da Barra da Tijuca, enquanto um dos locais mais valorizados no Rio de Janeiro, tem sido concebida por muitos como “um sonho de consumo”, como uma mercadoria a ser consumida por aqueles que podem pagar, valorizada recorrentemente pela mídia e pelo setor imobiliário. Em contraste, outro “preço” que se paga é a desigualdade social que grita no lado de fora desses muros e as favelas na região explodem em suas dimensões. Sabemos que as políticas habitacionais desempenham historicamente uma importante participação na consolidação do modelo urbano de regiões metropolitanas e na reprodução de seu padrão de segregação socioespacial e, com esse exemplo, não seria diferente. Como afirma Deleuze:

O capitalismo manteve como constante a extrema miséria de três quartos da humanidade, pobres demais para a dívida, numerosos demais para o confinamento: o controle não só terá que enfrentar a dissipação das fronteiras, mas também a explosão dos guetos e favelas. (Deleuze, 1992b, p.224)

Compreendemos com Lazzarato (2010, 2014), Guattari (1987) e Pelbart (2019) que o neoliberalismo enquanto nova ordem econômica mundial tem provocado importantes mudanças no modo como as cidades têm se organizado, nos planos políticos e econômicos, mas também em como as pessoas têm se relacionado entre si e com sua saúde física e mental. Segundo Pelbart (2019), o controle de condutas tem sido um importante instrumento de produção de subjetividades hoje, onde temos observado cada vez mais um investimento do poder sobre esferas psicológicas, afetivas e micropolíticas (p.75).

O neoliberalismo valoriza a competitividade entre as pessoas e modos de viver que exaurem nossas forças para além do limite do insuportável. Temos a sensação de que não é possível construirmos outras formas de existir, sendo irracional lutar contra as opressões: nos tornamos vigiados e vigilantes de nós mesmos. E assim, ao invés de lutarmos por direitos sociais, como o passe livre, por exemplo, passamos a dar diagnósticos para uma parcela da população para dar direito ao transporte até tratamento. Essa nova ordem torna-se um prato cheio para olhares e práticas que estigmatizam, silenciam, patologizam, criminalizam ou exterminam certos tipos de existência, assumindo controle não apenas sobre a vida, mas sobre a morte, ambas convertidas em mercadorias.

E esse controle não incide sob uma faixa etária específica, mas atua como uma rede tentacular, penetrando em todos os níveis de nossas vidas: da infância à velhice. Temos percebido que há uma modulação da força de trabalho onde a produção não mais concerne apenas aos trabalhadores, mas o capitalismo tem investido também nos afetos de desempregados, crianças e idosos (Ribeiro, 2018). Hoje, quando analisamos o discurso de algumas escolas, por exemplo, temos acompanhado cada vez mais a substituição daquelas práticas estritamente disciplinares, que produziam os corpos dóceis e úteis dos trabalhadores, pelo anúncio de “práticas educativas” que produzirão sujeitos “flexíveis”,

“adaptáveis”, “criativos” e “autônomos”. Essas práticas estão à serviço de um mercado de trabalho já previsto e que nada mais são do que as novas tecnologias de controle nessas instituições (Favorito, 2011).

Certo dia, me deparei com um *outdoor* com o seguinte *slogan*: “*Aqui, cada pessoa tem uma maneira de expressar sua criatividade*”. Ao lado, relacionado a essa “criatividade”, estava uma lista dos projetos oferecidos por essa instituição: “*bilinguismo*”, “*programa de inteligência emocional*”, “*engenharia robótica*”, “*mindfulness*”, “*linguagem de programação*”, “*design thinking*”, *creative tech*”. Talvez essa propaganda não me chamasse tanto a atenção se anunciasse um curso profissionalizante para adultos. Contudo, se tratava de Educação Infantil, e ao lado desse currículo impressionante, havia a foto de uma criança com cerca de quatro anos de idade vestindo um jaleco.

Essa criança que, inclusive, tem sido submetida cada vez mais nova ao processo de alfabetização, torna-se alvo na sociedade contemporânea de uma série de práticas previstas no currículo dessas instituições, as quais, assustadoramente, não se diferenciam muito das competências exigidas em uma entrevista de emprego ou as descritas em um currículo no *LinkedIn*<sup>3</sup>. Como bem afirma Guattari (1987), no neoliberalismo, assim que a criança nasce, ela torna-se objetivo de intervenção de saberes médicos, psicológicos e pedagógicos, que, somados a aspirações da família, televisão, creche e serviços sociais, passa já a “trabalhar”, a ser engajada num processo complexo de formação adaptado às funções produtivas e sociais que a esperam (p. 203).

Um conceito importante vinculado a essas considerações é a noção do homem enquanto empreendedor de si (Deleuze, 1992b; Foucault, 2008a, 2014). O homem neoliberal tem se relacionado com o mundo através de valores empresariais, investindo primeiro em si mesmo, desde a infância. Para isso, cria uma série de hábitos que regulam sua vida, tomados enquanto indicativos de que esse sujeito está “*em dia com sua saúde física-mental-espiritual*”. Nas sociedades de controle, obedecer já não é mais questão de disciplina, mas de hábito. Por isso, esse homem acorda cedo, toma suas vitaminas e suplementos, vai à academia na busca de manter seu condicionamento físico, a caminho do trabalho escuta um *podcast*<sup>4</sup> para se atualizar das notícias. Quando chega na empresa, dá o melhor de si e ainda leva trabalho para casa, porque “*é excelente no que faz!*”. Nunca se cansa; sempre almeja crescer – que são imperativos que, alinhados ao do “patrão”, ele mesmo se coloca.

Esse homem é um produto do neoliberalismo, é o sujeito de desempenho (Han, 2015). Conforme dissemos anteriormente nesta introdução, a sensação é que “o expediente não acaba” quando chegamos em casa. Hoje não conseguimos mais distinguir entre o descanso e o trabalho, entre

---

<sup>3</sup> *LinkedIn* é uma plataforma de mídia social focada em negócios e emprego que funciona através de sites e aplicativos móveis. Nela, as pessoas se descrevem a partir de seus currículos acadêmico e profissional na busca, em sua maioria, de serem vistas por alguma empresa interessada a contratá-las.

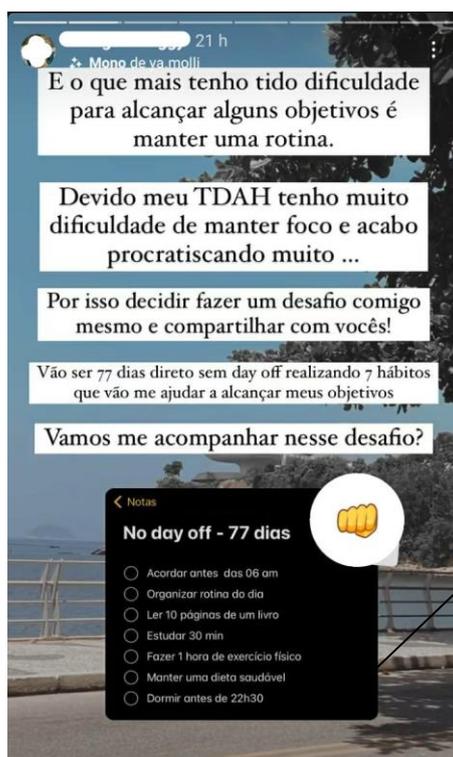
<sup>4</sup> *Podcast* é uma ferramenta de áudio, semelhante a um programa de rádio, que pode ser ouvido pela internet a qualquer hora, por meio do celular ou do computador, com temas e duração variadas.

o sobretrabalho e a própria jornada de trabalho. Enquanto psicóloga clínica, me surpreendo com a quantidade de pacientes que trabalham de modo remoto no turno da madrugada. *A empresa deixa livre para escolher*, eles dizem. Por isso, à noite, devido aos familiares estarem dormindo e a casa mais silenciosa, essas pessoas têm trabalhado durante toda a madrugada, dormindo pouquíssimas horas no início da manhã, até o horário das vitaminas e da academia, e o novo ciclo recomeçar. Ou seja, não se dorme ou descansa: trabalham durante o dia e a noite.

*Você rende mais a noite? Fiquei à vontade para fazer seu horário. O horário dessa empresa é flexível!* E assim somos estimulados a criar estratégias para rendermos mais na produção. Definimos em qual momento do dia podemos extrair mais de nosso corpo, e a produção agora não se dá mais por turnos, mas acontece o tempo inteiro. Conforme Guattari (1987), o tempo humano cada vez mais tem sido substituído por um tempo maquínico de funcionar. Em “Sujeição e servidão no capitalismo contemporâneo” (2011), Lazzarato ao se perguntar “Como o governo neoliberal intervém no social?” conclui:

Fazendo do social uma função da empresa. Ele intervém para favorecer a multiplicidade, a diferenciação e a concorrência das empresas, e, para incitar, solicitar e forçar cada indivíduo a se tornar empresário de si mesmo, a se tornar “capital humano”. (*ibid.*, p.29)

É interessante que não precisamos ir muito longe para encontrar esse homem empreendedor de si transitando pela cidade. Enquanto escrevo esse texto, me deparo com a seguinte postagem de um conhecido em sua rede social. Ao lado da figura, transcrevo o que está escrito no fundo preto de difícil visualização.



**“No day off – 77 dias**

- Acordar antes das 06am
- Organizar rotina do dia
- Ler 10 páginas de um livro
- Estudar 30 min
- Fazer 1 hora de exercício físico
- Manter uma dieta saudável
- Dormir antes de 22h30”

Esse é o empreendedor de si. Ele coloca metas pessoais diárias e, inclusive, as publiciza nas redes sociais para as pessoas o ajudarem a controlar sua rotina. Pelbart (2003) já afirmava que o neoliberalismo se estabelece em rede e funciona na base de projetos que enaltecem as conexões e a fluidez (p.21). Isso nos permite perceber sua expressão em plataformas virtuais, como nas redes sociais. No ciberespaço, percebemos importantes estratégias de vigilância por meio de práticas de confissão, intervenção e manipulação do corpo. Os usuários têm buscado controlar uns aos outros e a si mesmos, especialmente em assuntos com relação a manutenção da saúde física e prescrições para “alcançar” uma saúde mental. São discursos que passam pela responsabilização dos sujeitos por suas dificuldades, criando desejos e normalizando condutas consideradas saudáveis. (Jacob, 2014; Leitzke; Rigo, 2020)

O artigo “Sociedade de controle e redes sociais na internet #saúde e #corpo no instagram” (Leitzke; Rigo, 2020) apresenta um estudo interessante em que procurou analisar textos e imagens de publicações feitas no *Instagram*<sup>5</sup> com as *hashtags* #saúde e #corpo, discutindo indícios de mecanismos de governamentalidade no contexto da sociedade de controle. Nessa pesquisa, foi curioso os autores perceberem que estratégias discursivas de confissão são utilizadas em muitas publicações: termos como #tapago, #menosumdia, “entãovamosneh”, somados a algumas legendas que trazem notícias dos usuários confessando como estão se saindo em suas rotinas de exercícios ou de dieta, exibindo seus pratos e corpos como comprovação de seu empenho. Esse confessionamento, muito semelhante a moralidade cristã que Foucault discutiu nas sociedades disciplinares, pode ser entendido hoje enquanto uma técnica de subjetivação e estratégia de controle.

Assim, mesmo isolados fisicamente em casa, borramos as fronteiras entre o público e o privado, produzindo novos modos de subjetivação e de assujeitamento. Esse rapaz da postagem torna público seu compromisso de seguir nos próximos 77 dias uma série de comportamentos “mais saudáveis”, servindo essa exposição para ele próprio se motivar a dar o seu melhor e a empreender a si, obtendo o êxito na rotina que se propõe. Rotina essa que se justifica pelo fato de ele ter um transtorno mental, “*ter TDA/H*”, o que parece um detalhe, mas que é precioso para essa tese e será retomado adiante.

E aos poucos, a experiência de saborear a leitura de um livro antes de dormir, se reduz *a meta de ler 10 páginas*. A experiência de aprender algo novo ou se aprofundar no que gosta, ganha a métrica de *30 minutos por dia*. Propondo-se a fazer tudo isso diariamente, em 77 dias, atropelando inclusive o final de semana, porque para o empresário de si, como esse rapaz mesmo escreve, *não há day off*.

Conforme Cangiano em sua dissertação (2022), o empreendedor de si:

---

<sup>5</sup> O Instagram é uma rede social online de compartilhamento de fotos e vídeos entre seus usuários,

Acredita precisar agir competitivamente, gerir a si próprio, seu trabalho, agir conforme a empresa espera, ser reconhecido profissionalmente e socialmente. No entanto, não se dá conta de que anula seus desejos de vida imanente e soberanos para submeter-se aos desejos empresariais de acumulação e aos seus de consumo e ostentação social. Sua existência é para competir e consumir, sua libido está no seu pseudo reconhecimento social. Atua nas redes sociais, alegra-se com *likes* e se entristece com *dislikes*. (p.35)

O cuidado de si se banaliza no meio dessa rotina *fitness* e vira sinônimo de um contínuo processo de valorização de si, enquanto desempenho e performance. Essa saída “empreendedora” aparece como uma promessa, uma solução, em que as pessoas passam a vislumbrar, no esforço individual, a principal (senão única) oportunidade para (sobre)viver (Secco; Kovalesli, 2022). Com técnicas de *coaching* e outras ensinadas em livros de autoajuda, esse homem tenta dominar a si mesmo, suas emoções, seu estresse, sua ansiedade. E expressões como “10 passos para o sucesso”, “Trabalhe enquanto eles dormem”, “O sucesso depende só de você” tornam-se cada vez mais comuns passando a mensagem do mérito e, só com esse esforço, esse sujeito conseguirá êxito no campo laboral, financeiro e até na sua saúde mental. Como confirma Daros (2016):

Atravessados pela premissa mercadológica, confundimos cada vez mais o empreendedorismo de si com o cuidado de si, afastando-nos cada vez mais de toda forma de relação de cuidado para consigo e do exercício da autonomia, uma vez que para ter acesso à verdade sobre si, basta conhecer e fazer operar toda a formação discursiva a respeito do homem, transformando-nos em profissionais competentes. (p.109)

Me propus a acompanhar as postagens desse rapaz em sua rede social, que passaram a ser cada vez mais escassas, possivelmente por não ter obtido o “sucesso” esperado. Em sua maioria são fotos suas na academia, com a lista do que ele se comprometeu e um “ok” em cada uma das metas que conseguiu alcançar naquele dia. Foi interessante notar que já na primeira semana, ele posta uma foto sua com a seguinte legenda:

*“Ontem falhei na meta de dormir antes das 22h30 por causa do Flamengo, conseqüentemente falhei hoje em acordar antes das 06h. Mas o legal que fiquei bem incomodado que falhei, mesmo que tenha sido por 20min”.*

Como bem afirmou Deleuze (1992b), “o homem não é mais o homem confinado, mas o homem endividado”. Era um domingo e esse rapaz se sentia culpado por ter desejado assistir ao jogo de seu time, e não ter dormido cedo. O homem endividado é um homem que estabelece suas próprias metas e não só falha, mas se incomoda em falhar, *“mesmo que tenha sido por 20 minutos”*. Estamos presos às máquinas desejantes produzidas no contemporâneo, “que não “mata” o endividado para não perder seus ganhos e, para isso, o mantém “dividuado” vampirizado, sugado pela acumulação e com sua vida se esvaindo em moedas”. (Cangino, 2022, p.98)

As redes sociais têm ocupado um lugar importante nesse sentido. Ao mesmo tempo que se mostram um potente mecanismo de articulação e resistência para várias questões, “têm ocupado um

lugar de anestésicos, pacificadores de consciência, os quais tomamos em doses cavalares diariamente”. (Ribeiro, 2018, p.146). No meio digital, encontramos formas de dar encaminhamentos do nosso mal-estar diário, referente a diversas questões, sendo rapidamente digerido em nossa catarse diária de postar. O empreendedor de si, por meio delas, tem tornado público suas “conquistas” e “fracassos”, publicitando sua alegria ou culpa de conseguir cumprir ou não determinada meta, como se estivessemos fiscalizando-o. Quando ele não consegue, ele se justifica. E assim já não sabemos mais o que é exigido pelo outro, ou por nós...

“Conseguimos alcançar uma façanha inédita nos tempos de hoje: ser senhor e escravo ao mesmo tempo” (Brum, 2016).

### **Medicalização do “fracasso”**

O corpo então virou um atrapalho, um apêndice incômodo, um não-dá-conta que adocece, fica ansioso, deprime, entra em pânico. E assim dopamos esse corpo falho que se contorce ao ser submetido a uma velocidade não humana. Viramos exaustos-e-correndo-e-dopados. Porque só dopados para continuar exaustos-e-correndo. (Brum, 2016)

Em 2019, participei do “3º Seminário Internacional: A Epidemia das Drogas Psiquiátricas”, evento realizado na ENSP/Fiocruz, no Rio de Janeiro e a apresentação da argentina Gisela Untoiglich (UBA) me chamou a atenção por dialogar diretamente com essa tese. Concordamos com ela quando afirmou que a sociedade em que vivemos hoje está totalmente referenciada pelo desempenho de seus sujeitos. Imperativos como “Faça o que você ama!”, “não deixe que a dor te impeça!”, “aproveite ao máximo o seu potencial” têm estado cada vez mais presentes no cotidiano e provocado em nós uma sensação de que não há tempo nem espaço para nossa angústia, distração ou mesmo o luto.

Em sua apresentação, a pesquisadora relacionou esses imperativos com a questão da produção social do medo. Necessitamos dessas palavras de ordem, pois temos medo de não darmos conta, de não conseguirmos atender as expectativas dos outros e as nossas. Esse medo do descarte ou da desfiliação está em completa sintonia com o discurso da meritocracia e do protagonismo cidadão como diferenciais competitivos, como se isso lhe garantisse a inclusão no mercado, no trabalho e na vida (Daros, 2016). Assim, o homem neoliberal tem assumido para si que vive em um mundo naturalmente competitivo, de cada um por si e que “viver é um risco”, e o medo passa a ser despolitizado à medida que esse homem não consegue atingir aquilo que é esperado e desejado socialmente, acreditando que ele deve se responsabilizar individualmente por seu “fracasso”.

Contudo, apostamos no entendimento do medo enquanto uma produção social. Afinal, o neoliberalismo precisa de sujeitos com medo de serem descartados pelo sistema, tornando-os pessoas mais dóceis e produtivas. Conforme Foucault, em O Nascimento da Biopolítica, “não há liberalismo

sem cultura do perigo” (2008b, p.91). Percebemos que no contemporâneo não há mais lugar para o que temos entendido como “fracasso”, para o sofrimento, a tristeza, o luto, a desatenção, a ansiedade ou qualquer outro sentimento que comprometa nossa produtividade. Frente a isso, o risco de “fracassarmos” emocionalmente e falirmos financeiramente são enormes. Somos os primeiros a dizer: “faça mais, agradeça mais e reclame menos”.

Han (2015) se refere a uma sociedade de desempenho essa que tem nos exigido cada vez mais rapidez e eficiência em atividades, produzindo em muitos os sentimentos de angústia e frustração por não conseguir cumprir as metas heterodeterminadas e alcançar a tão desejada felicidade em um intervalo tão curto de tempo. O sujeito neoliberal funciona ou falha e, segundo essa lógica, muitos falham. Mas que discursos atravessam esse homem quando ele “fracassa”?

Um dos discursos é aquele que gira em torno do querer, da vontade. “Fracassou” porque não desejou ou não se esforçou o suficiente, porque não pôs em prática o que aprendeu na palestra motivacional na empresa ou na fala de um líder religioso, que lhe deram todas as informações e “o pulo do gato” para atingir o sucesso. Esse discurso, quando direcionado à população pobre, torna-se ainda mais perverso, acusando-a de não investir em si (Daros, 2016). Aqui, relembro a fala de uma das tutoras com relação aos estudantes reprovados em Cálculo: “*Os jovens hoje em dia não querem nada! Não querem se esforçar!*”. Jovens, estes, que não temos nenhuma notícia de suas histórias, não sabemos suas condições de moradia, estudo, se trabalham de dia e estudam à noite, nem que experiências antecederam seus ingressos na universidade. O “fracasso escolar”, “comprovado” por uma prova acadêmica, não é historicizado ou contextualizado e passa a ser tratado pelo senso comum como um fenômeno de mérito e dedicação individual.

Outro discurso que atravessa esse homem que “fracassa”, e que nos interessa principalmente nessa tese, é colado a explicações médicas, distúrbios ou doenças física ou mental, que fazem com que esse homem não consiga alcançar as metas que ele mesmo se propõe. As desigualdades são biologizadas e as intervenções que corrigem o cérebro ou os defeitos genéticos são exaltados e o consumo de drogas psicotrópicas passa a ser banalizado. Perdemos, com isso, leituras de relações complexas entre indivíduo e sociedade e, conforme Han (2015), se antes gerávamos loucos e delinquentes, hoje, na sociedade do desempenho, ao contrário, “produzimos depressivos e fracassados” (*ibid.*, p.25).

Nesse discurso, o problema continua sendo individual assim como o da “falta de vontade”, mas com uma roupagem biológica que desimplica o sujeito naquilo que se queixa. Aquele rapaz da postagem do *Instagram* necessita estabelecer aquela rotina porque *tem* um transtorno. Todo sucesso passa a ser visto como uma superação, porque está imerso a uma condição que “joga contra”: afinal, *ele tem TDA/H!* – diz para si e para os outros que lhe acompanham no desafio.

No artigo “¿Neoliberalismo o neuroliberalismo? Emergencia de la ética gladiatoria” (Biagini; Peychaux, 2013), os autores trabalham o conceito de “neuroliberalismo”, afirmando que haveria nos tempos de hoje uma ética gladiatoria de existência, em que os excluídos são tomados enquanto danos colaterais de um sistema que, supostamente, deu a todos as mesmas oportunidades. Segundo os autores, alguns não conseguiram porque não quiseram, não se esforçaram; outros, não conseguiram porque são “doentes”. Esses sujeitos percebem seus corpos como adoecidos por apresentarem formas de vida que escapam daquelas esperadas e desejadas socialmente, procurando em seguida um especialista para corroborar suas hipóteses diagnósticas. E o leque de opções oferecido atualmente a esses corpos desajustados tem sido amplo: depressão, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno bipolar, autismo, fobia social, dentre muitos outros descritos no DSM-V<sup>6</sup>. Estamos aqui introduzindo uma das facetas da medicalização da vida e do “fracasso escolar”.

Quando estamos em casa, encontramos revistas, sites e programas de televisão que nos convidam diariamente a descobrir se sofremos, ou se alguém próximo a nós sofre de um transtorno psiquiátrico (Pombo, 2017; CFP, 2015). Diante dessa ampla divulgação dos sintomas que caracterizariam tais transtornos e do afrouxamento nos critérios diagnósticos existentes, torna-se cada vez mais fácil nos identificarmos com algum deles. Afinal, esses critérios descrevem sensações que todos nós experimentamos em alguns momentos da vida como, por exemplo, dificuldades de concentração, tristeza pela perda de uma pessoa querida, ansiedade antes de uma apresentação em público, entre outros.

Nos referenciando em Michel Foucault (1979a; 1979b), podemos pensar a medicalização como a apropriação da medicina e práticas afins de tudo aquilo que não é da ordem exclusiva ou predominantemente médica. Ou seja, diz respeito à possibilidade de sentirmos como problemas de saúde individualizados aquilo que é da ordem do social, econômica ou política - própria da vida humana. O sentimento de tristeza, esperado e necessário, após a perda de um familiar próximo, por exemplo, pode ser tomada como uma categoria psiquiátrica da depressão conforme o tempo que dure; e a pessoa em processo de luto, que é um processo marcado por muitas singularidades, incluindo tempos diversos e imprevisíveis de duração, ser classificada como um paciente deprimido, sendo por isso constituído por um modo de subjetivação medicalizado.

Lembrando aqui que o termo medicalização não se restringe a prescrição indiscriminada de medicamentos. Paralelamente a essa “sociedade do desempenho” temos as “drogas do desempenho”, mas apesar de muitas vezes serem abordados como sinônimos, os fenômenos medicalização e medicamentação não se confundem. Assim como a crítica à medicalização não é uma crítica à

---

<sup>6</sup> Sigla referente ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª versão

medicina, aos medicamentos ou a neurociências. Segundo Amarante (2017, p.98), a “medicamentalização” ou a “farmacologização” é um processo que caminha junto com o da medicalização e que geralmente é consequência deste. Esses conceitos correspondem a banalização do uso de medicamentos para responder à situação que é entendida como patológica; enquanto o conceito de medicalização é mais amplo e diz respeito a transformar “experiências consideradas indesejáveis ou perturbadoras em objetos da saúde” (Freitas; Amarante, 2017, p. 14). Ou seja, uma ideia não se reduz a outra, apesar de percebermos que a medicalização tem como uma das principais consequências o uso desnecessário ou abusivo de psicotrópicos.

Conforme trabalhamos na dissertação de mestrado (Damasceno, 2016), só o ato de reduzir uma experiência escolar ou social ao campo de conhecimento médico, mesmo que não passe pela questão medicamentosa, já se trata de medicalização (p.20). Problemas que surgem na escola relacionados a questões pedagógicas, sociais e históricas do sistema de ensino, por exemplo, quando apropriadas pelo discurso da medicalização, passam a ser tratadas como questões individuais: o estudante não aprende porque está desajustado ao sistema, porque a professora está deprimida demais para ensinar, porque é inquieto demais para se concentrar.

Relembramos aqui o episódio da Tutoria e uma das falas sobre os 120 estudantes da UFF retidos em Cálculo: *“Eles devem ter algum problema de cabeça”*. E uma das soluções pensadas foi oferecer energéticos e cafeína para esses estudantes! Percebemos que o problema torna-se pontual e, independente do alvo, o modelo permanece individualizante, culpando os sujeitos que não se adaptam e colando-os a “distúrbios de comportamento”, “distúrbios de aprendizagem”, a “doença do pânico” e “síndrome de burnout”.

No livro “Somos todos Desatentos?”, o psiquiatra Lima (2005) afirma que independente do tratamento ser atravessado por um psicotrópico, só o fato do sujeito se identificar e se reduzir a um diagnóstico, construindo para si uma bioidentidade a partir de comportamentos entendidos por ele como sintomas desse transtorno, já estaríamos diante do processo da medicalização. Em minha prática clínica, por exemplo, não tem sido raras as vezes que escuto de pacientes, já nos primeiros minutos da entrevista inicial, se apresentarem com rótulo classificatório que tende à patologização:

*“Eu faço isso, mas é porque eu sou bipolar”*.

*“Mudei de muitos empregos, mas também é porque eu tenho TDA/H”*.

*“Meu nome é Ana, tenho 40 anos, sou autista”*.

Ou seja, na prática clínica psi encontramos com frequência sujeitos que já chegam com uma hipótese diagnóstica e “automedicados”, solicitando do profissional “apenas” que legitime suas impressões; assim como também encontramos pacientes que, mesmo sem uso de medicação,

constroem suas identidades - ou, ainda, as restringem - a partir de algumas experiências ou dificuldades compreendidas por eles enquanto sintomas de diagnósticos psiquiátricos.

Há, portanto, pessoas medicadas que não estão medicalizadas, assim como há pessoas medicalizadas que não fazem uso de medicamento, a partir do momento que trazemos para a lógica do dia a dia terminologias próprias médicas para nos referir a sensações e experiências diversas. Assim, passamos a estar “*eufóricos*” (e não felizes), “*deprimido*” (e não triste), “*ansiosos*” (e não na expectativa ou na empolgação com determinado evento).

Além disso, a literatura nos mostra que o ato de medicalizarmos uma experiência está intimamente relacionada, mais do que ao uso de medicamentos, mas ao controle e prevenção social de comportamentos indesejáveis. (Foucault, 1979a; 1979b; Lemos; Galindo; Rodrigues, 2014). Conforme Lima (2005), a medicina tornou-se cada vez mais uma prática preventiva. Além de tratar comportamentos e fenômenos humanos complexos como categorias nosológicas, o discurso medicalizante tem ido além. No âmbito do indivíduo, os profissionais têm tentado perceber as doenças nos genes *antes mesmo* que elas surjam como sintomas no corpo. No âmbito da espécie, há a preocupação na carga hereditária que é transmitida às futuras gerações, compartilhando – se não subordinando - a tradicional prática do médico clínico com uma série de outros especialistas, como geneticistas (Lima, 2005, p.48).

Quando tratamos de estudar esse fenômeno, não podemos deixar de considerar também que questões referentes à saúde de um modo geral estão imersas numa lógica de mercado, sendo a indústria farmacêutica, com seu forte poder político e econômico no cenário atual, uma das principais incentivadoras do discurso da medicalização (Freitas; Amarante, 2017; Sanches, 2010; CFP, 2012; Angell, 2011). Já perceberam que, com o passar dos anos, estamos dedicando cada vez mais nossos rendimentos a despesas com saúde? Estaríamos ficando cada dia mais doentes ou estaríamos ficando mais saudáveis, já que gastamos tanto com saúde?

Freitas e Amarante (2017, p.11-13) nos convocam a pensar sobre nossas despesas com saúde, levantando duas hipóteses. Uma é que estamos ficando efetivamente mais doentes em razão de causas inerentes à civilização, por exemplo, em função do estresse. Outra hipótese, que não exclui a anterior, mas a complementa, é que a própria medicina e práticas afins são responsáveis pelo nosso “*adoecimento*” ao medicalizarem experiências naturais da nossa existência.

O que é inegável é que estamos inseparáveis do discurso biomédico, onde para cada experiência de angústia ou comportamentos indesejáveis, um medicamento pode ser comprado na farmácia da esquina. E o termo esquina, não é exagero. Escrevemos esta tese no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. No bairro Icaraí, para onde se olhe há uma drogaria. Caminhando por uma de suas ruas principais, foi possível contar 18 farmácias em 900m de rua. É muita farmácia...

No evento que participei na Fiocruz em 2019, já citado aqui, um dos palestrantes ressaltou a relação direta da indústria farmacêutica nas pesquisas em medicina e também na educação. No livro “TDAH: hacer visible lo invisible”, que ele cita, na própria capa do manual consta a seguinte observação: “Este proyecto ha sido iniciado, impulsado y financiado por” e em seguida o nome de determinado laboratório. Mas por que esses laboratórios injetam tanto dinheiro para a formação de professores? Por que financiam congressos e cartilhas para a Educação? Para formar, no mínimo, novos clientes para a indústria farmacêutica - o palestrante conclui.

Nesse mesmo evento, tive a notícia que alguns cientistas argentinos têm proposto diagnosticar crianças de 3 a 8 meses, e isso é muito sério. Conforme a palestrante Gisela Untoiglich, a partir desse encontro em que se dará o diagnóstico, essa mãe não vai mais sair com uma filha do consultório, mas com uma autista em seus braços. “O que acontece quando um marcador de diagnóstico aparece no início da vida em vez do nome próprio?”, ela interroga. O diagnóstico é emitido muitas vezes como uma sentença, pois passamos a nos relacionar com a criança como se ela fosse autista, procurando estereótipos que confirmem o transtorno, assim como suas organizações neuronais irão responder a tais, assunto que abordaremos no Capítulo 3. Mas percebem como o fenômeno da medicalização transborda a questão medicamentosa?

Compreendemos, assim, o fenômeno da medicalização como um acontecimento polimorfo (Lemos; Galindo; Rodrigues, 2014) e um discurso que vem se consolidando na sociedade ao longo dos anos, “resultado de vários processos de origens e localidades distintas que se repetiram e se apoiaram, se estruturando lentamente” (Sanchez, 2010). Por ser um fenômeno estudado por diversos autores e épocas, traz consigo as particularidades do contexto em que cada discussão se insere. Esta diversidade no conceito 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” (Zorzanelli; Ortega; Bezerra, 2014, p.1863-1864).

Entendemos, ainda, que a medicalização é atravessada por princípios tanto massificantes quanto individualizantes. Massificantes à medida que cria e legitima padrões estáticos, respaldados na biologização e essencialização da espécie humana. Por exemplo, a sociedade investe na criança para transformá-la em estudante, e não é qualquer estudante, mas um tipo que atenderá às necessidades da engrenagem máquina capitalística. E individualizantes porque trata-se de um discurso individualiza a questão: cabe a cada um se esforçar para se ajustar. Aquele que não se adapta é visto como indesejável, desvalorizado (políticas educacionais, jurídicas, penais) ou mesmo descartável (necropolítica). Somos, portanto, identificados como doentes para compormos uma massa de doentes, servindo a um dispositivo de generalização, de populações numéricas, pelo qual serão

construídas políticas públicas, que são mais políticas de abandono assistido do que realmente políticas de apoio.

Entendemos, a partir dessas considerações, que alguns comportamentos são potencialmente mais medicalizáveis do que outros, conforme a época, a disponibilidade de tratamentos, as contingências históricas e sociais, o maior ou menor apoio da profissão médica nas pesquisas, entre outros fatores. Trata-se de um conceito abordado por diferentes entradas e com diferentes usos, atravessando diferentes campos de pesquisa e práticas. Conforme a definição de Fernando Freitas e Paulo Amarante no livro *Medicalização em psiquiatria* (2017):

O fenômeno chamado medicalização é polissêmico. Em comum, configura-se como o processo de transformar experiências consideradas indesejáveis em objetos da saúde, permitindo a transposição do que originalmente é da ordem do social, moral ou político para os domínios da ordem médica e práticas afins. (Freitas; Amarante, 2017. p.14)

Tais práticas envolvem não apenas as de ordem médica, mas diferentes atores, como a indústria farmacêutica, pesquisadores, profissionais liberais, planos de saúde e seguros, escritórios de advocacia, grupos organizados de pacientes e familiares, constituídos e constituintes dos processos de medicalização da sociedade (Zorzanelli; Ortega; Bezerra Jr., 2014). Portanto, na condição de psicóloga, me coloco a investigar nesta tese o processo da medicalização, colocando em análise práticas de psicólogos e psiquiatras, justamente por serem mais próximas de minha inserção profissional e de minhas próprias práticas.

### **Implicações do corpo-pesquisador**

Como justificativa desta tese, trago um pouco do contexto do qual parti, das experiências e sentimentos que me mobilizaram a pensar sobre o tema da medicalização, que datam bem antes da experiência com a Tutoria que abriu esta tese.

Entre 2010 e 2014, enquanto graduanda e extensionista, acompanhei o trabalho desenvolvido no Ambulatório de Psiquiatria Infantil da UFF, vinculado ao Departamento Materno-Infantil da Universidade, coordenado pelo então professor e psiquiatra Jairo Werner. Segundo o projeto, os atendimentos eram voltados para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, biológica e/ou psicológica. A forma como eram conduzidos esses atendimentos, a perspectiva teórica-metodológica adotada pelos profissionais, a concepção de desenvolvimento infantil, entre outras características, apontavam para uma prática crítica ao discurso da medicalização. Na mesma época, participei de vários eventos organizados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, especialmente em 2013, quando as

discussões em torno da medicalização ganharam destaque a partir da recente publicação da quinta versão do DSM.

Foi, portanto, a partir dessas experiências que, entre os anos 2014 e 2016, produzi minha dissertação de mestrado (Damasceno, 2016), norteada pelos seguintes questionamentos: “Que discursos produzem e sustentam a lógica medicalizante? ”. E, inversamente, “O que o discurso medicalizante produz quando acionado em meio aos outros discursos e práticas? ”. Tínhamos como principal proposta enfatizar a dimensão de produção (histórica, social e política) do discurso da medicalização, que aparece muitas vezes como isento de valor, supostamente neutro e estritamente objetivo.

Michel Foucault foi uma moldura que organizou todo o trajeto da minha pesquisa de mestrado. Ao analisar genealogicamente a história da Medicina, seus estudos ofereceram ferramentas para discutirmos como a formação de mecanismos de poder como a disciplinarização e o biopoder eram atualizados e postos a funcionar nos discursos da medicalização da vida. Problematizamos como as práticas em saúde têm legitimado modos “normais” de atuar e pensar dentro da sociedade, produzindo subjetividades, noções de doença e saúde, legitimando práticas de cuidado e autorizando saberes, fazendo aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas e também objetificando os sujeitos. Canguilhem também foi outro intercessor que muito nos ajudou naquele momento para analisar que o discurso da medicalização implica no controle da vida e na produção de um saber em torno da norma, bem como implica na normalização das condutas desviantes.

No final da dissertação, procurei aproximar esses conceitos discutidos com a minha vivência clínica no Ambulatório da UFF de modo a potencializar as questões levantadas e análises feitas. Inquietava-me quando, com frequência, recebia pacientes com queixas como: “*Minha filha não é normal porque ela não aprende como as outras crianças*” ou quando muitos adolescentes eram encaminhados para aquele serviço de Saúde Mental por serem “questionadores e desafiadores”. Também ouvia queixas como “*Ele deve ter algum problema de cabeça, no mínimo um autismo ele tem*”, que geralmente vinham dos pais, mas que traziam notícias também do discurso da escola e de outros profissionais (fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais, outros médicos) que acompanhavam a criança.

Em diálogo com autores brasileiros contemporâneos, como Lima (2005), Lemos, Galindo & Rodrigues (2014), Ramminger (2009,2008), Caponi (2009) e Serpa Jr (2007), problematizei também que o poder que a Medicina, a Psicologia e as ciências humanas têm hoje para normalizar a vida social é atravessado por uma epistemologia, onde impera o modelo da racionalidade moderna, remetendo a conceitos como “neutralidade”, “objetividade” e “universalidade” nos atos de conhecer, pesquisar e clinicar. Defendi na dissertação de mestrado uma formação em Psicologia mais ativa e

crítica sobre si e o mundo, uma vez que a compreendo como uma prática política e aposto em um território teórico de lutas, que transborda o acúmulo de conteúdos abstratos e “receitas” universais.

Outro ponto que abordei na dissertação foi a estreita relação que há entre o discurso da medicalização e a indústria farmacêutica, no sentido do uso indiscriminado de psicofármacos que tenho visto nas demandas escolares para “estimular a concentração” ou “conter comportamentos agitados”. No período do mestrado, lembro que era recorrente receber de amigos indicações de ansiolíticos e estimulantes como solução para minhas preocupações em terminar o texto. Inclusive, na época, registrei em meu diário de campo uma dessas falas, de um amigo, hoje médico e psiquiatra da infância:

*“Tem um [remédio] que eu tomo de manhã, Luísa. Fico focado o dia todo, e, quando quero desligar, tomo outro para dormir! Para você então, que está nessa fase de terminar o mestrado, experimenta! Você vai ver, é ótimo! Não durmo há três dias!”*

Nesse dia, eu me dei conta que, mesmo finalizando a pesquisa do mestrado, o problema da medicalização continuaria me inquietando. Afinal, o que vem acontecendo? Como pensar formas de vida e cuidado, no registro da micropolítica, que escapem a esse discurso reducionista e normalizador, onde para cada emoção indesejada há uma droga “mágica” para controlá-la?

Finalizei o mestrado motivada a continuar pensando o problema da medicalização. As discussões conceituais feitas na época foram fundamentais para conseguir situar o problema da medicalização no registro macropolítico; contudo, não trouxe mais especificamente os efeitos das intervenções (minha e da equipe do Ambulatório) na vida dos pacientes e de seus familiares. Debrucei-me sobre as queixas escolares que chegavam ao serviço, sem me deter muito na forma como percebíamos e lidávamos com essas questões, e, principalmente, sem me deter nas condições de possibilidade que o Ambulatório proporcionava de inventar espaços outros de cuidado em saúde. Por conta disso, avalio que, apesar de ter sido o meu ponto de partida, uma importante parte do diário de campo produzido a partir das atividades realizadas no Ambulatório nesses anos ficou de fora do texto.

Além de trazer alguns desses registros, pretendo discutir aqui o tema da medicalização a partir de experiências que têm me atravessado nos últimos anos como os atendimentos no consultório particular, onde percebo cada vez mais o discurso medicalizante se fazendo presente nas expectativas dos pacientes que buscam terapia.

Certa vez, recebi uma mensagem de um rapaz procurando atendimento para seu filho de oito anos que, segundo ele, tinha “*problemas escolares*”. Queria saber se eu “*fazia avaliação neuropsicológica para diagnosticar TDA/H, pois, se tivesse, iniciaria terapia comigo*”.

Confirmei que era psicóloga, com pós-graduação em psicopedagogia e que atuava sim com questões escolares, e perguntei se ele teria interesse em conversarmos primeiro, antes de qualquer diagnóstico, pois essa questão do TDA/H poderia ser pensada no decorrer da terapia. O paciente agradeceu e disse que procuraria *“um profissional mais especializado no TDA/H”*.

Depois dessa situação, fiquei pensando: como um transtorno mental pode ser uma condição para se começar uma terapia? A experiência do sofrimento só é legítima se for comprovada por um laudo ou uma bateria de testes psicológicos? Só é legítimo fazermos terapia se – realmente se – tivermos uma doença mental? Fiquei com isso por alguns dias. Até porque, penso que procurando outra psicóloga, possivelmente esse rapaz encontrará uma que atenderá a sua demanda, confirmará o diagnóstico de seu filho para tal transtorno, e iniciará o trabalho clínico. Mas qual será a aposta ético-política desse trabalho?

Recentemente (2023), recebi outra mensagem que me levou a reflexões semelhantes. Era um sábado de manhã, quando entra no meu celular a seguinte mensagem:

*“Oi Luisa, passando para te contar que descobri que sou autista!!”*.

Faço uma pausa. Releio a frase para ver se entendi certo. Confiro quem me escrevia. Dessa vez, de uma paciente antiga do consultório, que fez um caminho terapêutico comigo muito bonito, em que trabalhamos seu medo e insegurança para dirigir, voltou a dirigir com tranquilidade e culminou na sua alta há alguns anos. Entra a segunda mensagem:

*“Fiz avaliações com um neuropsicólogo, uma psicopedagoga, um neuro e uma psiquiatra, e deu que sou autista! Agora entendo toda aquela dificuldade que eu tinha para dirigir! Obrigada por tudo”*.

Fiquei sem saber o que responder. O autismo, ou qualquer outro diagnóstico, nunca foi questão em seu trabalho comigo, tampouco essa moça mostrava alguma dificuldade dessa ordem enquanto eu a atendia. Tive a impressão de que ela teria recebido o diagnóstico naquele dia e estava refletindo sobre sua vida, suas experiências, buscando entendê-las a partir do diagnóstico recebido. E além do conteúdo, também me produziu um incômodo na forma como escreveu, com muitas exclamações: estaria empolgada ou se sentindo aliviada com o diagnóstico?

Recorremos novamente a autores (Ortega, 2003; Caliman, 2012; Lima, 2005, 2011), já citados aqui, que estudam o fenômeno da medicalização a partir da produção de bioidentidades, para pensarmos sobre essas questões. Além de controlar, classificar e estigmatizar, percebemos que os biodiagnósticos passam a participar ativamente da produção do que chamaram de bioidentidades. Segundo Caliman (2012), além do sofrimento, da doença e do diagnóstico, que passam a ser reconhecidos a partir de sua comprovação biológica, a dimensão biológica passa a ser a que nos define enquanto sujeitos:

Nosso sofrimento psíquico, nossos medos, angústias, comportamentos e emoções, sejam eles normais ou anormais, devem, necessariamente ter origem e causas biológicas caso queiram ser considerados reais e legítimos. É neste sentido que as pessoas estão descrevendo a si e aos outros através de uma linguagem somática. O corpo, quase sempre reduzido ao cérebro, está no centro das explicações sobre quem somos, sobre quem fomos e sobre quem seremos (*ibid.*, p. 99).

Segundo esses autores, as famílias sentem o efeito de um alívio por receberem uma resposta para o não-aprender da criança ou outra dificuldade cotidiana, passando seu corpo biológico a ser visto como aquilo que as define enquanto sujeitos. Assim, ao aderirem à narrativa oferecida pelo transtorno, os sujeitos não são mais incapazes, desobedientes, levados ou preguiçosos. Ou, no caso dessa paciente, ela não tinha dificuldades em dirigir porque teve uma experiência muito ruim na autoescola, porque arranhou o carro no portão de casa e o porteiro reclamou, ou porque sua história foi marcada por falas machistas como “*dirige mal, tinha que ser mulher!*” ou “*vocês, mulheres, não nasceram para isso!*”. Ela estava me explicando e reduzindo sua dificuldade para dirigir a um diagnóstico: ao autismo. O problema passa a ser de ordem natural, biológica, genética. “*E contra a genética, não há muito o que se fazer, apenas aceitar, não é mesmo?*”, como costuma dizer uma adolescente que atendo.

E assim, parece que a experiência do sofrimento, medos, angústias, comportamentos e emoções passam a ter necessariamente causas biológicas caso queiram ser considerados reais e legítimos (Caliman, 2012). E é a partir desse ponto que problematizamos: Como fica a prática psi nesse contexto, frente a essa demanda? São reflexões dessa ordem que pesquisaremos nesta tese. A intenção também é fazer um levantamento de outras ações e trabalhos, procurando entender como outros serviços de saúde têm lidado com as queixas escolares e dificuldades cotidianas. Que saídas desmedicalizantes temos encontrado? Para além da crítica a esse discurso, o que é possível fazer em um atendimento a um paciente que chega ao serviço de saúde já com suposições diagnósticas, querendo apenas validar suas impressões?

O campo problemático dessa pesquisa se desenha, portanto, em meio a práticas discursivas e não discursivas desmedicalizantes, envolvendo os processos de enfrentamento e de desvio dessa incidência biopolítica. Que outras formas de cuidado são possíveis? Interessa pensar aqui pistas de como se desmancham essas questões no acolhimento das queixas escolares, durante um atendimento à família, por exemplo, abrimos caminho para trabalhar o fenômeno da (des)medicalização atravessado pelo discurso dos profissionais da saúde mental e da educação, pensando os serviços de saúde – seja público ou um consultório particular - como um possível espaço de invenção de um cuidado que escape a essa lógica.

## Apontamentos metodológicos

O primeiro capítulo da tese será composto por um levantamento bibliográfico. No início deste doutorado, enquanto buscávamos por livros e publicações recentes sobre o tema, chegamos a nos questionar se permaneceríamos pesquisando esse campo porque tínhamos a impressão naquele momento de que o fenômeno da medicalização já havia sido muito pesquisado, e que “tudo já tinha sido falado” na literatura, especialmente nas áreas Saúde Mental e Educação.

Talvez tivesse tido essa impressão pelo tempo que venho estudando esse fenômeno; por conta das alianças que vinha fazendo na universidade e nas escolhas por disciplinas voltadas para essa temática desde a graduação, atravessando também o mestrado; ou porque naquela época acompanhava com frequência os materiais produzidos por coletivos como o Fórum de Medicalização da Educação e da Sociedade. Por isso, me aproximei inicialmente do problema da medicalização fazendo um levantamento bibliográfico norteada pelos seguintes questionamentos: Quem hoje no Brasil tem pesquisado sobre medicalização? Quais áreas de saber têm se interessado por essa temática? Sobre o que tratam essas publicações?

Iniciaremos essa tese, portanto, com um mapeamento desse campo problemático a partir de uma revisão sistemática das publicações na academia, cujo objetivo exploratório será bastante importante para a pesquisa: o de oferecer pistas em relação às produções e às áreas acadêmicas interessadas nos últimos anos pelo tema da medicalização. Temos como principais objetivos nesse primeiro capítulo dar visibilidade a esse campo problemático em formação, localizar nossa pesquisa em meio a outras tão quanto interessadas pelo tema, e encontrar a partir dessa revisão possíveis pares de pesquisadores ou coletivos de pesquisa para dialogar. Nos capítulos seguintes, continuaremos encontrando pistas desmedicalizantes no campo da Saúde Mental e da Educação, mas a partir de um outro lugar: a partir de experiências que tenho tido tanto no consultório particular, em que atuo hoje enquanto psicoterapeuta, quanto as que tive no Ambulatório de Psiquiatria Infantil da UFF durante minha formação em psicologia<sup>7</sup>.

Ainda no que se refere a metodologia de pesquisa, a análise de implicações será uma outra ferramenta importante para essa tese. Trazido pela Análise Institucional, esse conceito coloca em xeque a naturalização de práticas que compõem os diferentes territórios em que emergem nossos objetos de pesquisa. Conforme definem Coimbra e Nascimento (2012), a análise de implicação “é um processo permanente de desnaturalização das instituições, incluindo as instituições da análise e

---

<sup>7</sup> Optamos por destacar essas pistas desmedicalizantes, que aparecerão ao decorrer de todo o texto, de modo [sublinhado e na cor azul](#), para melhor visualização do leitor.

da pesquisa”. (p.131). Isso quer dizer que estamos incluindo no campo de análise não apenas nosso objeto de pesquisa, como o próprio ato de pesquisar e a pesquisadora.

Para Lourau (2004), o conceito “análise de implicações” traz um caráter revolucionário, nesse sentido, pois permite analisarmos as forças presentes em nossas práticas e pesquisas, as quais muitas vezes, em nome de uma verdade científica, enquadram, controlam, avaliam, rotulam, validam e normalizam modos de pensar e atuar em sociedade.

Lembrando que implicar-se não se trata de uma decisão consciente de ligar-se a um processo de trabalho, mas “remete a uma análise do sistema de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou, ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção”. (Aguiar; Rocha, 2007, p.656). Implicar-se está para além das noções de engajamento, participação, investimento ou esforço, isso porque:

(...)implicado sempre se está, quer se queira ou não, visto não ser a implicação uma questão de vontade, de decisão consciente, um ato voluntário. É uma relação que sempre estabelecemos com as diferentes instituições que nos constituem e atravessam. Por isso, a Análise Institucional fala de análise de implicações e não apenas de implicação (Coimbra; Nascimento, 2012, p. 131).

Ao trazermos a análise de implicação como ferramenta metodológica, problematizaremos a produção de verdades em torno dessa pesquisa, permitindo-nos um estranhamento dos modelos tradicionais e hegemônicos historicamente de se fazer pesquisa, evidenciando as multiplicidades, diferenças e potências dos encontros (Nascimento; Coimbra, 2012). Apostando numa inseparabilidade entre pesquisa e intervenção, rompemos aqui com a dicotomia clássica sujeito que conhece e objeto a ser conhecido, onde sujeito e objeto são tomados enquanto realidades previamente dadas. Em seu lugar, a ideia de que todo conhecer é um fazer, onde o sujeito e objeto se produzem por efeito do ato de pesquisar. Não entendemos que há de um lado o problema da medicalização a ser descrito e, de outro, um método para lhe dar uma solução apropriada. Buscamos fazer aqui apresentar os movimentos que realizamos no sentido de pôr em análise certas práticas e discursos - estando entre essas as nossas próprias práticas.

Outra ferramenta metodológica que utilizaremos nesta pesquisa-intervenção é o diário de campo. Usaremos nesta tese dois diários de campo como fonte de material: um deles criado durante minha experiência no Ambulatório de Psiquiatria Infantil nos anos em que era extensionista do serviço (2010-2014), e outro escrito durante a produção desta tese (2018-2023), já como uma atividade da presente pesquisa, a partir de encontros com pacientes e familiares daquele serviço e também do consultório particular onde passei a atuar após formada.

Vale afirmar que entendemos “campo” não enquanto um campo etnocêntrico ou físico, mas enquanto um campo problemático, composto por escritas, leituras e experiências. Nesse sentido, o diário de campo tem se mostrado bastante interessante, uma vez que, no lugar da preocupação com a formalidade da escrita, abrimos lugar para a intensidade das vivências que nele narramos. Esse dispositivo permite trazer situações que circulam a pesquisa e que pelo método tradicional científico não haveria espaço de expressão, como afetos, dúvidas sentidas ao longo do percurso, agitações, falas e intensidades, enriquecendo ainda mais pesquisa (Bocco, 2006).

Comporta o cotidiano da pesquisa, historicizando-o e registrando-o, de modo a incluir aquilo que normalmente ficaria fora dos relatos considerados científicos, como acontecimentos perturbadores ou desviantes. Valoriza-se com isso o que Lourau (1993) denominou de *hors-texte*, compreendido conforme Coimbra e Nascimento (2012), como: “o acaso dos encontros, os acontecimentos ocorridos durante a pesquisa, que são habitualmente considerados inferiores, supérfluos, pouco importantes e, mesmo, interditados e silenciados (p. 131).

Vale ressaltar, ainda, que o diário de campo não trata de uma experiência privada. Conforme Nascimento e Lemos (2020): “Não tratamos dos diários como expressão de uma interioridade psicológica e/ou de algo oculto, de uma intimidade secreta a ser confessada pela escrita do mundo privado” (p.242). Além de processual, o diário de campo é sempre um agenciamento coletivo, apesar de ser produzido por um ser vivente, composto por várias pessoas, diálogos informais, diferentes percepções... Estamos tratando, pois, da polifonia que o campo de experimentação traz, e sinalizando, por meio desse dispositivo, o caráter público das enunciações feitas nesse texto.

Último ponto a destacar é a preocupação que temos em trazer a problemática da medicalização, em princípio de natureza complexa, alinhada a uma linguagem acessível. Recordo neste momento de uma das cartas de Paulo Freire aos professores (1997) em que afirma que o dever do escritor “é escrever simples, escrever leve, é facilitar e não dificultar a compreensão do leitor”. Reconhece, todavia, que “o escritor que usa a linguagem científica, acadêmica, ao dever procurar tornar-se acessível, menos fechado, mais claro, menos difícil, mais simples, não pode ser simplista” (p.23-24).

E essa é a aposta: abordar o tema da medicalização considerando sua complexidade e amplitude, mas nos preocupando em não nos apropriarmos de uma linguagem muito difícil e abstrata, que às vezes chega a ser inacessível e maçante para o leitor como vemos em muitas pesquisas em ciências humanas. A aposta é de ampliar o diálogo, produzindo escritas que transbordem e circulem também fora dos círculos acadêmicos. Acreditamos que a potência de um trabalho esteja na sua capacidade de circular, de afetar o outro, seja esse outro um pesquisador, um estudante tutor, uma educadora ou

professora de apoio, uma psicóloga que trabalha mais individualmente em clínica, ou um médico que atua no SUS<sup>8</sup> - e para isso, a acessibilidade da linguagem vemos como fundamental.

Espera-se que, com o uso dessas ferramentas, possamos trazer questões, experiências e relatos que servirão como analisadores para pensarmos o discurso da medicalização da vida, e contribuir com a produção de novos agenciamentos, novas práticas, novos respiros...

---

<sup>8</sup> Sigla que se refere ao Sistema Único de Saúde

## CAPÍTULO 1 - MAPEAMENTO DE UM CAMPO DISCURSIVO

### 1.1 Um estudo exploratório

Inicialmente nos propusemos a revisitar a produção científica brasileira referente ao termo “medicalização” a partir da Biblioteca Eletrônica Científica Online (*Scielo*), usando o descritor “medicalização” para buscar trabalhos publicados nos últimos onze anos (de 2012 a 2022). Foram incluídas apenas produções nacionais e em formato de artigos, de acesso *online*, publicados no idioma português. Foram inicialmente excluídas dessa seleção publicações de autores de outros países, textos completos indisponíveis, assim como resenhas, cartas, dissertações e teses.

Encontramos no total 254 artigos e os classificamos conforme as seguintes áreas de interesse:

- Medicalização em geral – 51 trabalhos;
- Medicalização e Saúde Mental – 65 trabalhos;
- Medicalização do parto e da gestação – 48 trabalhos;
- Medicalização e Educação – 44 trabalhos;
- Medicalização e Sexualidade – 7 trabalhos;
- Medicalização e Direito – 7 trabalhos;
- Medicalização e Saúde do Homem – 6 trabalhos;
- Outras áreas – 26 trabalhos;

Essas oito categorias não estavam pré-definidas pela pesquisa, mas foram pensadas à medida que foi sendo feita a leitura desses trabalhos: de seus títulos, resumos, palavras-chaves e de algumas introduções. Após o primeiro contato com esses artigos, foi feita uma segunda leitura e estabelecidas aproximações conforme as áreas de interesse de cada um, até chegarmos a essas oito categorias finais.

A seguir, descreveremos brevemente a respeito do material que encontramos em cada uma delas:

**Medicalização em geral:** Esses 51 trabalhos foram agrupados nesta categoria pois abordavam o tema medicalização a partir de discussões conceituais e históricas que não faziam referência a nenhuma área de saber específica. Traziam autores como Peter Conrad, Ivan Illich e Michel Foucault para discutir o conceito de medicalização, nascimento da medicina social, biopoder e o controle social do risco por meio do corpo biológico. Alguns poucos trabalhos abordavam o tema a partir de autores da Psicanálise. Muitos trabalhos destacavam o fenômeno da medicalização a partir da infância e

enfazavam os tempos atuais, considerando por um lado a epidemia de drogas psiquiátricas e o mercado da saúde crescente nos últimos anos; por outro, a sociedade da performance e do desempenho em que vivemos hoje, destacando o acesso à internet nos autodiagnósticos e na automedicação. Traziam discussões em torno dos conceitos de normal, anormal, saúde, patologia... afirmando que o conhecimento médico em muitos momentos legitima leituras medicalizantes de nossos comportamentos em sociedade.

***Medicalização e Educação:*** Esses 44 artigos discutiam o tema a partir de experiências escolares, em instituições públicas ou privadas de ensino. Atravessavam da Educação Básica ao Ensino Superior, ora destacando os estudantes, ora trazendo a formação de professores. Alguns citavam ações como o Programa Saúde na Escola (PSE) e as políticas educacionais de inclusão, apresentando algumas implicações destas nos percursos dos estudantes com dificuldades na escolarização. Um número expressivo de artigos trazia autores como Maria Helena Souza Patto e a perspectiva histórico-cultural para abordar o “fracasso escolar”. Esses trabalhos também sinalizavam que esses estudantes são duplamente punidos ao serem medicalizados, com graves reflexos para sua vida escolar e social, à medida que suas dificuldades escolares são individualizadas, embora a principal causa dessas dificuldades, segundo esses artigos, seja deficiências do próprio sistema educacional.

***Medicalização e Saúde Mental:*** Os 65 trabalhos agrupados nesta categoria faziam referência, em sua maioria, a algum dispositivo da Rede de Saúde Mental, como os Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Saúde da Família e Hospitais Psiquiátricos. Abordavam discussões em torno de conceitos da psicopatologia e muitos analisavam sistematicamente e de forma crítica as categorias diagnósticas presentes nos manuais em Medicina, como o DSM-V. Percebemos uma grande incidência de trabalhos interrogando o excesso no uso de psicotrópicos no tratamento dos usuários dos dispositivos, trazendo para a discussão a questão da gestão autônoma da medicação. Alguns ainda abordavam o adoecimento não apenas dos usuários, mas dos trabalhadores da Rede de Saúde Mental.

***Medicalização do parto e da gestação:*** Em sua maioria, abordavam o processo de medicalização a partir de outro movimento, o da hospitalização do parto. Esses 48 artigos sinalizavam certo apagamento da experiência do parir nas últimas décadas, à medida que médicos e outros profissionais de saúde passam a ditar as regras sobre o que é melhor ou não para o bebê, o que se deve comer ou não na gestação, como deve ser o desenvolvimento “normal” de um bebê - criando a figura de uma certa “mãe-cientista”, que passa a cuidar do seu recém-nascido atravessada por um conjunto de normas e verdades científicas. Nesse processo, percebemos que a medicina científica sai dos hospitais

e salas de cirurgias e invade os lares, produzindo estereótipos ligados à natureza feminina, o corpo da mulher e a imagem do que seria uma “boa mãe”.

***Medicalização e Sexualidade:*** Esses 7 artigos debatiam a produção de novas categorias como disfunção sexual, menopausa e a chamada andropausa, procurando entender como esses diagnósticos apareceram no campo médico brasileiro nas últimas décadas. Além disso, discutiam a criação de uma nova farmacologia do sexo, destacando não apenas a indústria, mas também a produção de todo um conhecimento científico e tecnologias médicas em volta desse conceito. Nesses trabalhos, havia uma atenção especial para a medicalização da sexualidade, onde abordavam, entre outros temas, a reconfiguração da vida erótica das famílias, o controle social, a disputa por discursos considerados legítimos, a proliferação e a politização de identidades. Tratavam, inclusive, do quanto o conservadorismo religioso muitas vezes pode vir a reforçar a patologização e a estigmatização de um amplo conjunto de sujeitos e condutas.

***Medicalização e Direito:*** Esses 7 trabalhos, em sua maioria, associavam os delitos, crimes e atos de violência não apenas à medicalização, mas ao processo de judicialização da vida. Segundo esses trabalhos, com frequência, os profissionais do direito são chamados a efetivar o direito à saúde, dando passagem para a proliferação de diagnósticos ao julgar modos de vida que desviam e a criminalizar movimentos sociais de contestação. O biodireito surge para direcionar as decisões judiciais no que diz respeito às relações entre médicos, usuários e instituições de saúde, com foco nas responsabilidades legais – produzindo práticas e saberes plurais e contraditórios no Direito, na Assistência Social e na Saúde.

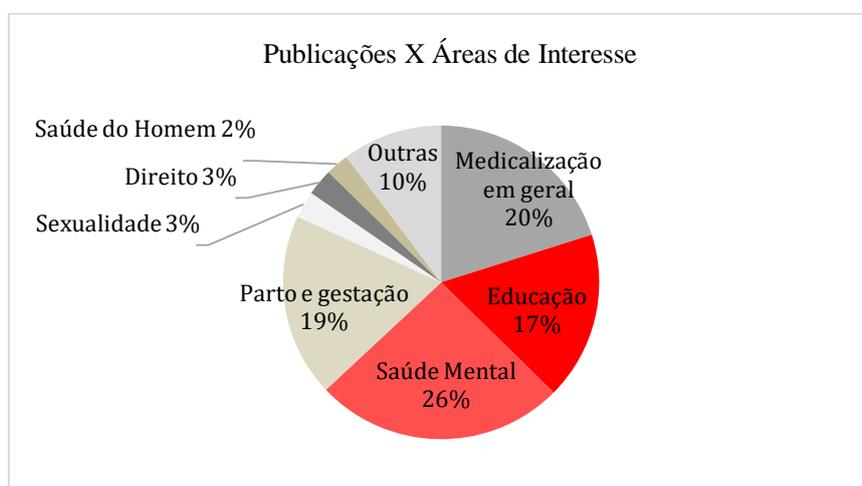
***Medicalização e Saúde do Homem:*** Esses 6 artigos traziam uma discussão entre os saberes e poderes que incidem no corpo masculino a partir de algumas ações, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e sua história. Analisavam também os processos de envelhecimento dessa população e como é definido e tratado o declínio hormonal masculino em *websites* de laboratórios farmacêuticos e associações médico-científicas. Discursos medicalizantes acabam legitimando o governo sobre essa população, o qual passa a analisar comportamentos como a delinquência, a criminalidade e o alcoolismo, a partir inclusive de uma “tendência do homem”, em seu sentido natural, biológico e até genético.

***Outras áreas:*** Agrupamos nessa categoria os 26 artigos que abordavam o fenômeno da medicalização a partir de áreas bastante particulares, como é o caso de artigos na área da Odontologia e da Nutrição,

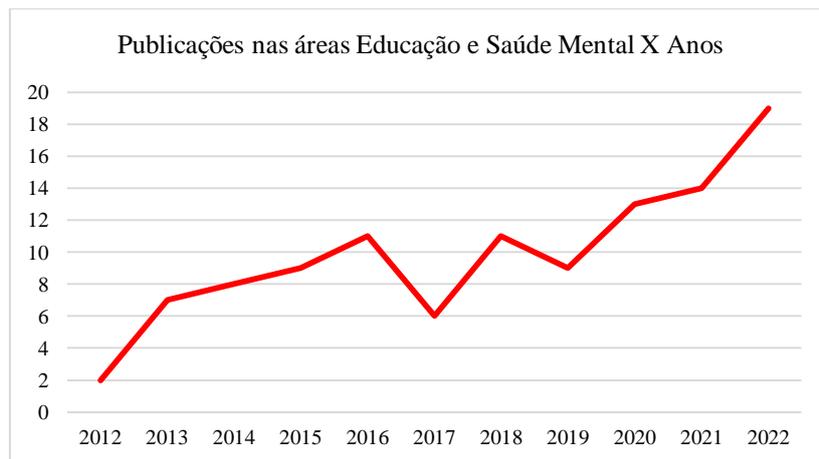
que discutiam a medicalização da nossa alimentação por via da racionalização dos nossos hábitos alimentares; outros ainda eram atravessados pela antropologia e pelas ciências sociais, abordando aspectos culturais de imigrantes e de povos indígenas que muitas vezes de modo medicalizante são capturados e desqualificados pelos discursos de profissionais da saúde.

Nossa intenção inicial, ao fazer esse levantamento e classificação, era de apenas selecionar e comentar os trabalhos relacionados à “Saúde Mental” e à “Educação”, que são as áreas que elegemos como as que mais se aproximam desta tese. Contudo, achamos pertinente registrar também sobre os demais trabalhos com a intenção de evidenciar para o leitor a complexidade do tema. Conforme afirmamos na Introdução, o fenômeno da medicalização pode ser abordado por diferentes entradas e isso é confirmado com o nosso levantamento, onde percebemos que o tema atravessa uma diversidade de campos: do Direito à Nutrição, da Obstetrícia à Saúde do Trabalhador. Nos deparamos, a partir dessa pesquisa exploratória, com dezenas de artigos que abordam de modo crítico como que os processos naturais da vida (gestação, nascimento, envelhecimento, morte), nossas dimensões fisiológicas (alimentação, menstruação, sono) e nossas experiências (humor, emoções, dificuldades escolares) podem ser capturados pelo discurso da medicalização no contemporâneo.

Essa distribuição dos artigos por áreas de interesse nos permitiu também fazer um comparativo e perceber que quatro dessas oito categorias se destacam com relação ao número de publicações. São elas: “Medicalização em Geral”, “Educação”, “Saúde Mental” e “Medicalização do parto e gestação”. No início do doutorado, tínhamos a impressão de que o tema da medicalização relacionado às questões escolares e à saúde mental já era bastante estudado. E de fato, confirmamos com o nosso levantamento que essas duas áreas têm se destacado nas produções acadêmicas, correspondendo a quase metade do total de artigos encontrados, como mostramos abaixo em tons de vermelho:



Além disso, quando analisamos essa fatia com os 109 artigos inseridos nos campos “Saúde Mental” e “Educação” e relacionamos esses trabalhos com os anos em que foram publicados, percebemos uma linha ascendente no número de publicações, conforme mostraremos na figura a seguir. Enquanto em 2012 esse portal publicou somente 2 artigos com essas características, em 2022 foram publicados 19 trabalhos. Isso quer dizer que, a cada ano, não apenas mais pesquisas têm se preocupado com o tema da medicalização, mas a maioria tem se interessado mais especificamente por essas duas áreas: Educação e Saúde Mental.



Percebemos que o discurso medicalizante têm aparecido com bastante força nos trabalhos que abordam tanto o processo de ensino-aprendizagem, envolvendo a convivência das crianças e professores no espaço escolar, quanto questões relacionadas aos atendimentos e dispositivos da rede pública de saúde mental.

E ainda, destacamos um número expressivo de trabalhos encontrados cujo tema principal era o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), terminologia que também tenho ouvido bastante dos pacientes no consultório particular e que também aparece nas redes sociais, como o discurso daquele rapaz da postagem dos 77 sem day off, que justifica a necessidade de estabelecer e seguir àquelas metas por conta de “ter TDA/H”. Dos 44 artigos que incluímos na área da Educação, 9 artigos continham o nome desse transtorno explicitamente em seus títulos, e dos 65 artigos da Saúde Mental, 8 trabalhos tratavam diretamente desse transtorno mental.

Sobre essas duas áreas de interesse, atravessadas pela produção de trabalhos interessados no tema da medicalização, sinalizadas no gráfico anterior, produzimos algumas análises:

Com relação ao campo da “Saúde Mental”, pensamos que o número de publicações tem crescido nos últimos anos porque este tem se tornado um lugar propício para o discurso da medicalização aparecer. Os sujeitos atravessados pelo discurso neoliberal não apenas procuram os serviços de saúde para suas dificuldades cotidianas, mas buscam neles uma validação da ideia de que

possuem um transtorno mental (Freire, 2013; Kramer, et al, 2014). Transtorno mental este que, supostamente, explicaria todos os seus problemas vivenciais, seu “fracasso” enquanto “empreendedores de si” e que são compreendidos restritivamente por esses sujeitos e, muitas vezes, pelo profissional da unidade de saúde, como um problema genético, naturalmente passível de tratamento apenas farmacológico.

Essa lógica é reforçada pela indústria farmacêutica, que tem hoje uma presença importante na economia mundial - maior do que tinha há 10 ou 20 anos atrás, que já era grande. De forma explícita, essa indústria tem injetado, a cada ano, mais e mais dinheiro em congressos, cursos e fomentado pesquisas médicas, na direção de reforçar a identificação desses sujeitos com os transtornos mentais. Diagnósticos como TDA/H, Dislexia e TOD não são “doenças físicas”, mensuráveis ou detectados por exames laboratoriais ou de imagem, o que quer dizer que a avaliação clínica do médico tem um protagonismo na “detecção” deles. Por isso a preocupação e o investimento enorme da indústria farmacêutica nas pesquisas e na formação dos médicos. Afinal, quanto maior a quantidade de sujeitos percebidos como doentes, maior seu mercado consumidor.

Assim como Amarante (2017, p.15), entendemos que o campo da Saúde Mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento (a psiquiatria) e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, por esse profissional (o psiquiatra). Nele, temos diversos saberes que se entrecruzam, como a neurologia, neurociências, psicologia, assistência social, enfermagem, filosofia, sociologia, já que estamos falando de história, de sujeitos, de sociedade. Tanto que nessa categoria que denominamos “Saúde Mental”, encontramos autores de artigos com diferentes formações, como terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, que, vinculados em sua maioria a algum dispositivo da Rede de Saúde Mental, traziam discussões conceituais e críticas frente a banalização dos psicodiagnósticos e prescrições medicamentosas.

A partir dessas considerações, analisamos que as pesquisas críticas ao problema da medicalização em Saúde Mental têm crescido a cada ano porque o discurso da medicalização também tem se expandido proporcionalmente por esse território, atravessando práticas não somente médicas, mas também desses outros profissionais. Essa equipe multiprofissional que atua no dispositivo de saúde mental poderá reproduzir ou questionar o viés medicalizante dependendo da forma como acolhe esse paciente na sua unidade, paciente este que chega, como já dissemos, muitas vezes ao serviço com uma queixa já medicalizada.

Com relação à área da “Educação”, analisamos que muitos trabalhos têm sido publicados porque o discurso medicalizante também tem aparecido com bastante força nos territórios das escolas, nos processos de ensino-aprendizagem e na retificação de comportamentos indesejáveis. O processo de medicalização da vida escolar é aqui compreendido, de forma resumida, como expansão da

jurisdição médica para o âmbito dos processos educacionais (Heckert; Rocha, 2012) e o neoliberalismo, ancorado a esse discurso, tem investido cada vez mais cedo em nossos corpos, desde a infância.

Em “Revolução Molecular: pulsações políticas de desejo”, no texto “As creches e a iniciação” (1987), Guattari se dedica sobre essa questão, destacando que nas sociedades industriais desenvolvidas, toda organização por faixas etárias parece ter desaparecido. Segundo esse autor, nas sociedades pré-industriais, a entrada da criança nos papéis especificados pelo campo social adulto situava-se aproximadamente em torno dos 10 anos. Contudo, no contemporâneo, é como se desde a infância começasse um processo de iniciação, de adaptação dessas crianças a sociedade. As creches e escolas da educação infantil teria, nesse sentido, um papel fundamental nas sociedades de controle pois iniciariam essas crianças ao saber e aos valores do capitalismo, produzindo subjetividades em seus corpos desde muito cedo para serem governados e atender aos interesses do capitalismo.

Percebemos que as creches e os primeiros anos escolares tornaram-se lugares de excelência para a atuação de práticas medicalizantes, chegando o discurso médico nesses espaços para justificar individualmente uma série de situações, medicalizando o “fracasso escolar”, o comportamento das crianças que não acompanham a turma, as que não produzem como deveriam e que, em última instância, desviam da norma instituída. Segundo o artigo “A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz” (Signor, 2017), atualmente inúmeras queixas na saúde são referenciadas a estudantes que:

(...) “não conseguem permanecer sentados por muito tempo”; “pedem para sair da sala constantemente”; “mostram-se distraídos”; “não se engajam nas atividades”; “não copiam do quadro”; “têm escritas em que faltam letras”; “cujos textos não têm sentido”; “têm dificuldades para aprender”; “não conseguem ler”; “são agressivos”, “não aceitam regras” etc. (p.745)

Essas queixas escolares são encaminhadas aos serviços de saúde, que acabam sugerindo diagnósticos médicos e tratamentos farmacológicos para o controle de comportamentos que se manifestam em sala de aula, medicalizando essas condutas. Desse modo, muitos desses artigos afirmaram certa paralisa dos profissionais da educação diante de um “não saber como lidar” com situações que se passam na escola, percebendo que a intervenção educacional se vê atrelada, muitas vezes, à intervenção de um psiquiatra infantil ou de um psicólogo clínico para solucionar questões sociais, pedagógicas e de políticas públicas.

Nesta categoria “Educação”, encontramos também vários artigos abordando o tema não tanto a partir dessas crianças medicalizadas e seus biodiagnósticos, mas da prática docente e formação de professores. Dos 44 trabalhos, 7 continham no título essa preocupação com a formação de docentes.

Essa questão será retomada mais adiante nesta tese, como uma pista desmedicalizante<sup>9</sup>. Mas, nesse momento, vale já dizer que muitos desses artigos afirmavam como necessário que o tema da medicalização estivesse presente nos cursos de formação inicial dos professores vendo como primordial a necessidade do envolvimento significativo dos professores e educadores de modo geral a esse problema.

Entre esses artigos, alguns investigaram também a questão dos sentidos atribuídos às dificuldades no processo de escolarização por esses profissionais e suas perspectivas e desejos dentro da carreira. Compreendiam essa profissão como uma das mais estressantes e afirmavam que ensinar hoje, no Brasil, se tornou uma atividade desgastante, repercutindo na saúde física, mental e no desempenho do docente. Esse desgaste tem a ver com as pressões do trabalho, baixos salários e cobranças das Secretarias de Educação e do Ministério da Educação, que vêm gerando um grande mal-estar do corpo docente, cujas consequências são vivenciadas fisicamente (com bursites, tendinites, problemas da voz e alterações da pressão arterial) e por outros sintomas (estresse, depressão, angústia, desânimo, apatia, impaciência, síndrome de *burnout*).

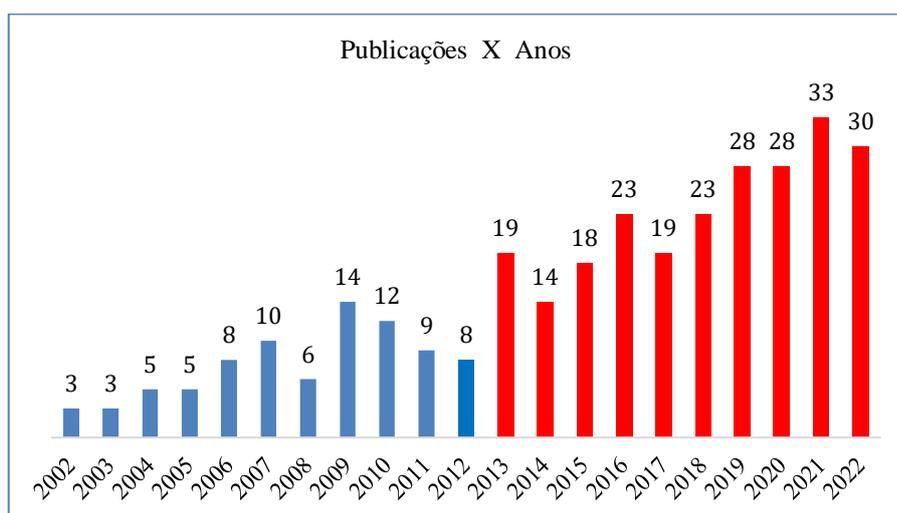
Essas doenças relativas ao trabalho levam, muitas vezes, esses mesmos profissionais, que encaminham os estudantes aos postos de saúde para avaliarem se possuem determinados transtornos mentais, a buscarem ajuda também para si. Dessa forma, procuraram cardiologistas, neurologistas, psiquiatras e psicólogos para tratarem seus adoecimentos com medicamentos e se manterem na profissão.

## **1.2 Analisadores do contemporâneo**

A partir dessas considerações, nos interessamos por outra pergunta: desde quando o tema da medicalização tem se destacado na literatura acadêmica? Partimos então para outra análise, relacionando todos os 254 artigos encontrados com seus respectivos anos, e percebemos um aumento nas publicações com o decorrer do período pesquisado: enquanto em 2012 foram 19 artigos publicados, em 2021 e 2022 foram publicados 33 e 30 artigos, respectivamente. E, interessados em ampliar ainda mais esse intervalo de tempo, utilizamos os mesmos filtros e buscamos artigos desde 2002 publicados nesse portal eletrônico, quando constatamos diferenças significativas na quantidade de trabalhos:

---

<sup>9</sup> Ver página 100.



Na primeira década (de 2002 a 2012), em azul, a média de publicações por ano foi 7,5 de trabalhos; enquanto na segunda (de 2012 a 2022), em vermelho, esse número cresceu para 22 trabalhos. Ou seja, em vinte anos, praticamente, triplicaram as publicações anuais nesse portal interessadas pelo tema da medicalização. E esse fato não se deu por acaso. Analisamos esse aumento expressivo de publicações nos últimos anos como efeito do aumento de práticas medicalizantes que têm cada vez mais se difundido nos consultórios, ambulatórios e escolas. E, se nos propomos a pensar nessa tese pistas de práticas desmedicalizantes, elegemos então como importante discutir a seguir algumas condições de análise no contemporâneo que têm fomentado esse discurso e que, conforme nossa leitura, têm produzido efeitos nas pesquisas interessadas e críticas a ele.<sup>10</sup>

Primeiro lembramos aqui da **evolução gigantesca da internet** nos últimos anos:

A cada dia surge mais uma ferramenta no mundo virtual, não apenas de lazer e jogos, mas também de divulgação e produção de conhecimento. São redes sociais, aplicativos de celular, *sites*, *blogs*, portais de notícias, entre outros canais, além do televisivo, que vão abordar a questão do sofrimento humano e as dificuldades escolares a partir de certa ótica, fomentando inclusive soluções farmacológicas congruentes ao discurso da medicalização.

Além de divulgarem terminologias médicas e sintomas de “doenças”, esses canais da internet têm aberto espaço para psiquiatras dizerem ao público como ele deve se tratar, encorajando-o a “cuidar de si”. Esse cuidado está relacionado muito mais à melhoria de uma performance e à figura do empreendedor de si, do que um cuidado que leve em conta os processos de singularização de cada um desses sujeitos. Se antes tínhamos “medo” dos transtornos psiquiátricos, hoje notamos uma “demanda” por eles, no sentido de *“por favor, me diga (ou me confirme) o nome do que eu tenho”*.

<sup>10</sup> Esses analisadores serão destacados em negrito no decorrer do texto deste tópico.

E a internet com o “*Dr. Google*” tem sido o primeiro doutor que os pacientes se consultam, chegando ao consultório não mais com perguntas, mas com respostas.

Lembramos de outro fenômeno no contemporâneo: **ao aumento de autodiagnósticos e de práticas psicológicas baseadas em baterias de testes e laudos psicodiagnósticos.**

Na última década, percebemos uma disseminação de testes, tanto os validados e usados exclusivamente pelos profissionais da psicologia, quanto aqueles autoadministráveis que encontramos facilmente na internet. Conforme abordamos na dissertação de mestrado (DAMASCENO, 2016), essa disseminação de testes reforça o discurso medicalizante a medida em que escalas de autoavaliação são preenchidas pelo público leigo de forma online, gratuita sem qualquer acompanhamento profissional. “*Em menos cinco minutos!*” você consegue especular se tem TDAH por meio, por exemplo, de uma escala de autoavaliação conhecida como ASRS-v1.1 ou ASRS-18, composta por uma lista de sintomas que é facilmente encontrada na internet. Como nesse material mesmo consta:

Esse questionário se destina a estimular o diálogo do médico com o paciente e a *confirmar* a existência de sintomas do transtorno. O conteúdo do questionário *auxilia a descoberta* de sintomas, deficiências e histórico que podem levar ao diagnóstico correto.<sup>11</sup> (Grifos nossos)

Segundo Pombo (2017), faz parte do processo de medicalização a prática do autodiagnóstico, e isso faz com que cada vez mais seja comum pacientes chegando ao consultório apenas para confirmar seu diagnóstico, proferido por um site. Grupos de apoio e de auto-organização de pacientes, que muitas vezes contam com o patrocínio de empresas farmacêuticas, também parecem contribuir para o autodiagnóstico, detalhando informações sobre as diversas doenças mentais, dadas inclusive pelos próprios doentes, testes e os remédios disponíveis no mercado para tratá-las (Conrad, 2007 *apud* Pombo, 2017).

Frente a isso, uma primeira pista desmedicalizante desta tese que encontramos aqui é [o psicólogo não aceitar de antemão esses autodiagnósticos que muitos pacientes trazem nas primeiras sessões, sejam proferidos por eles ou pelos médicos pelos quais já passou.](#) Encarado muitas vezes como “verdades absolutas”, esse paciente chega com a expectativa de confirmar se tem mesmo determinado transtorno, o que produziria certo “alívio” imediato (por responder sua angústia e “explicar” suas experiências e seus “fracassos”), mas que também o rotularia, produzindo outras subjetividades nesse sujeito que, agora, passaria a ter uma doença mental. E isso não é pouco quando pensamos na construção das bioidentidades (Lima, 2005, 2011; Ortega, 2003; Caliman, 2012) e na

---

<sup>11</sup> <https://www12.senado.leg.br/institucional/sis/pdfs/asrs-18-tdah-adultos>. Acesso em 22 de fevereiro de 2023.

produção de destinos (Patto, 2010; Freitas, *at al*, 2009; Bourdieu, 2018; Santos; Ferrarotto, 2021), discussão que retomaremos mais adiante nos Capítulos 2 e 3.

Quando afirmamos “não aceitar de antemão esses autodiagnósticos” não é no sentido de confrontar o paciente, impor a ele outra visão ou questionar sua “verdade” a ponto de constrangê-lo. Mas falamos no sentido de adotarmos um posicionamento clínico crítico, que se refletirá nas nossas posturas e leituras sobre a queixa que ele nos traz.

Nesse momento, lembro de um hábito natural que desenvolvi no consultório de não utilizar certas expressões medicalizantes nas minhas intervenções, como “transtorno” e “doença” para me referir ao que o paciente está sentindo ou contando em terapia. Mesmo que ele se utilize dessas expressões, eu não as repito. E mesmo sem abordar essa questão diretamente com o paciente, é interessante que, com o decorrer do processo terapêutico, ele mesmo passa a não mais se utilizar desses termos, deixando de se referenciar enquanto alguém com um transtorno mental em sua fala. Alguns chegam a se corrigir sozinhos quando “tropeçam” em alguma dessas expressões, como:

*“Tenho tido muita insônia, Luísa, por causa do meu transtorno de ansiedade, aliás, por causa do meu sintoma, né, de ansiedade”.*

Nomear como “sintoma” e não “transtorno” implica em uma diferença importante, pois se eu tenho um sintoma, posso deixar de ter, produzir outro, transformá-lo em outra coisa; já um transtorno, nem sempre. A terminologia “transtorno” remete ao senso comum como algo mais definitivo, pois segundo a psiquiatria tradicional, muitos são genéticos, passados de geração a geração e “não temos muito como escapar”. De forma isolada, é claro que essa mudança no modo de dizer, de nomear o que sentimos, não vai garantir que o paciente passe a ter uma leitura desmedicalizante de suas questões, mas encaramos aqui como um começo. Talvez seja outra pista desmedicalizante [pensarmos nas terminologias que temos usado com os pacientes em nossas práticas](#). Em que medida também não “tropeçamos” e reforçamos a lógica medicalizante em nossas falas?

Uma terceira condição no contemporâneo que justificaria o aumento expressivo de artigos publicados nos últimos anos sobre o tema é a **expansão de especializações da área da neurologia para profissionais da educação e psicólogos**, refletida por uma “onda” de profissionais com títulos como neuropsicomotricistas, neuropsicólogos, neuropsicopedagogos. No Caderno Temático intitulado “Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 2” (CRP/SP, 2019b) encontramos textos que nos ajudam a pensar essa questão:

Nós, psicólogos, estamos sendo pressionados, inclusive, a entrar nessa medicalização. Eu tenho percebido o quanto nossa categoria tem sido pressionada a fazer especialização em neuropsicologia. Nada contra estudar neurologia. Mas o que é essa pressão? Eu tenho escutado, “olha, se a gente não faz isso, fecha muito o mercado de trabalho, então amplia muito o mercado de trabalho você fazer especialização em neuropsicologia”. Agora, vamos ver como são os programas desses cursos de neuropsicologia; são todos biologizantes e tudo na base de teste padronizado descontextualizado. (Souza, 2019, p.63)

E Souza (2019) segue problematizando que esses cursos não abordam políticas públicas, tampouco seus efeitos na educação, não discutindo a produção de massas de estudantes que não estão sendo alfabetizados, que estão pedagogicamente abandonados e enlouquecendo - “porque é muito humilhante essa situação, em passar por anos desse jeito na escola, abandonado pedagogicamente, humilhado porque não sabe ler e escrever direito em séries avançadas” (p.63).

Essa “onda de neuropsis” aparece também nas demandas que tenho recebido no consultório particular. Nos últimos anos, tenho ouvido com frequência perguntas de pacientes como “*Você não acha que eu devia fazer uma avaliação neuropsicológica?*”. Nessas horas, enquanto profissional de psicologia que sustenta sua prática numa perspectiva ética, política e desmedicalizante, sou categórica em me posicionar e responder a esse paciente que *não, não acho*.

Acolho primeiro sua pergunta, porque, afinal, é legítimo que tenhamos dúvida sobre essa questão. Os pacientes não estão “fora” desses discursos que atravessam o contemporâneo e recebem tanta (ou mais) informação da internet sobre autodiagnósticos e biodiagnósticos quanto eu. Eles assistem aos mesmos programas de televisão, navegam pelos mesmos sites e, assim como eu, tem vários amigos se autodiagnosticando com transtornos x ou y. Então é claro que primeiro acolho sua dúvida, sem desqualificá-la ou fazer qualquer juízo de valor.

Na resposta, no entanto, sou doce e firme em descartar o encaminhamento para uma “neuro-avaliação-psi”. Se estamos buscando pistas desmedicalizantes, lembro nesse momento que uma conduta que costumo seguir nessas horas é responder ao paciente que *não* e ao invés de explicar o porquê, faço algumas perguntas para que ele mesmo me responda. Com um tom de curiosidade, indago: “*Em que esse laudo te ajudaria? O que mudaria para você ir a um neuropsicólogo?*”.

Percebo que não são perguntas fáceis de responder. Não raras as vezes, a resposta surge no sentido de “*para ter uma medicação para o problema*”. E aí noto uma confusão que muitas pessoas fazem (e aproveito essas oportunidades para esclarecer) quanto a diferença entre terapeuta, psicólogo, psiquiatra e neurologista. São nomes parecidos e quem não é da área, confunde mesmo. E explico que um neuropsicopedagogo não vai receitar um medicamento...

Outras vezes, a resposta aparece no sentido de “*para saber o nome do que eu tenho*”. Nessas horas, eu insisto e pergunto mais uma vez: *Mas no que vai mudar você saber o “nome” do que você tem?* Lembro de uma paciente adolescente que quando eu fiz essa pergunta, ela refletiu por alguns minutos olhando a janela e disse: “*Acho que em nada...*”. E retornando o olhar para mim, abriu um sorriso e completou: *É como os signos, né Luísa, a gente tem que ter um pra jogar a culpa*”.

E tem sido dessa forma, com uma linguagem acessível e com exemplos e respostas que cada paciente tem me trazido, na sua singularidade, que consigo que eles se interroguem sobre essa busca

por um psicodiagnóstico. Consigo, assim, abordar a nossa desimplicação enquanto sujeito quando reduzimos tudo ao biológico. É com um trabalho de “formiguinha”, no caso a caso, com pequenas intervenções, que tenho conseguido desfazer ou pelo menos questionar o discurso medicalizante que atravessa com frequência os processos terapêuticos dos pacientes.

No Caderno Temático (CRP/SP, 2019b), encontramos a transcrição da palestra de Angelucci, em que aborda outra questão do contemporâneo que nos interessa aqui: **a produção dos “especialismos”**. Concordamos com esta autora quando afirma que muitos profissionais têm fundamentado suas investigações em testes e limitado suas práticas em meros encaminhamentos para outros especialistas. Esses profissionais passam a trabalhar de forma desarticulada, menos como uma equipe e mais como uma sobreposição de saberes, emitindo mais e mais documentos e fazendo outros encaminhamentos para outros atendimentos (*ibid.*, p.86).

Efeito desses encaminhamentos, recebo muitos pacientes para a entrevista inicial carregando uma pasta com diversos papéis, exames, laudos, receitas. É o “histórico do tratamento”, como alguns pacientes conseguem nomear essa pasta. Outros comentam durante a sessão os especialistas pelos quais já passaram, mas como foram tantos, já não lembram quando ou qual medicação tomou, porque tomou e que avanços sentiu ou não com aquele trabalho.

A produção desses especialismos no contemporâneo se expressa em verdadeiros “guetos”, onde psicólogo só dialoga com psicólogo, onde só quem entende o discurso do médico é outro médico, e assim por diante. Cada especialista pressupõe deter “o saber” a respeito de seu paciente, ou no máximo acredita que os efeitos de sua intervenção possam ser facilitados por outras práticas “complementares”, justapostas à sua. Os saberes passam a ser hierarquizados, onde às vezes um desqualifica o outro e o paciente se encontra perdido meio a essas condutas isoladas:

*“A outra terapeuta me disse isso também, Luísa. Mas o psiquiatra na época discordou e passou a medicação. Eu comprei para ele [o filho] porque foi o médico que falou né. A professora também achou ótimo, mas acho que era fono que também discordava...”*

Os discursos se confundem, se inter cruzam, alguns se destacam e temos a nítida impressão de que esses profissionais não dialogam entre si. Conversando com colegas que trabalham em dispositivos públicos da Rede de Saúde Mental, tenho a mesma notícia. Dizem que apesar de atuarem no mesmo espaço físico e compartilharem dos mesmos casos clínicos, nada garante que os profissionais trabalhem em equipe. Assim, cada profissional (da psicologia, medicina, serviço social ou fonoaudiologia) formula uma estratégia de trabalho individualizada e, muitas vezes, medicalizada ao propor corrigir aquele sujeito apenas por diferir de um padrão por ele esperado e entendido como “normal”.

Junto a isso, recebemos no consultório pacientes procurando a psicoterapia ou a psiquiatria enquanto “especialidades” que, isoladas, dariam supostamente “conta do problema”. Em seus discursos, relacionam as queixas escolares a um psicodiagnóstico, o qual não apenas explicaria essas dificuldades, mas seria um indicador de que a solução para o problema é o trabalho de um “psicoterapeuta especialista naquele transtorno”. É comum ouvir no consultório demandas como: “*Procuramos a terapia porque o André já recebeu o diagnóstico de TDAH, mas ele continua tirando nota baixa*”. Como se houvesse a expectativa não apenas de receber um psicodiagnóstico, que explicaria as dificuldades escolares, e também as resolveria. A lógica é essa: André vinha fazendo uso de medicação há alguns meses, mas como suas notas não melhoraram, o problema não é mais psiquiátrico, mas psicológico. Trocam-se os profissionais, interrompem os trabalhos e, assim, da fonoaudiologia vai para a psiquiatria, da psiquiatria vai para a psicologia, da psicologia vai para o reforço escolar, do reforço escolar retorna para psiquiatria passar uma medicação, e assim por diante. Continuamos individualizando a questão ao produzirmos práticas desarticuladas com a de outros profissionais.

Entendemos, a partir da perspectiva desmedicalizante, que as dificuldades no processo de escolarização transcenderiam a esfera individual. Sendo assim, um trabalho interdisciplinar conversaria com essa perspectiva, uma vez que teríamos diferentes saberes de especialistas, atravessando nosso modo de compreender aquele sujeito com seu sintoma. O diagnóstico, por exemplo, pode orientar condutas, tratamentos, mas não pode ser entendido enquanto fim. Quando trabalhamos em uma equipe interdisciplinar ou quando atuamos em um consultório mas temos contato próximo com outros profissionais, buscamos leituras diferentes das do nosso campo, o manejo de demandas como essa com viés desmedicalizante é facilitado, apesar de não ser garantido. Caso contrário, poderíamos reduzir a queixa do paciente a um problema individual e natural *dele* por uma falta de conhecimento *nosso* em outras áreas.

Alertada por essa questão, reflito que, em minha prática clínica, tenho procurado com frequência conversar com os demais profissionais que acompanham meu paciente. Não podemos fazer um trabalho “isolado” no consultório, desarticulado com a escola, a família e o psiquiatra que atende aquela criança. Na maioria das vezes, faço esse contato com médicos-psiquiatras, que têm recebido meu telefonema ou mensagem muito bem. Outras vezes, já cheguei a marcar online uma conversa em que os pais também participaram. Com alguns minutos consigo me apresentar, ouvir como cada um tem percebido o caso e expor minha leitura sobre determinada queixa, assim como o cuidado em não medicalizarmos determinado comportamento. Quando atendo o público infanto-juvenil, além do psiquiatra, o contato com a escola tem sido fundamental e procuro sempre conversar

presencialmente (ou pelo menos por telefone) com a professora ou coordenadora pedagógica sobre o paciente, pensando junto com elas alguns direcionamentos.

Não são conversas longas, mas percebo que nos ajudam a romper com lógica das ações isoladas desses “especialismos”, que imperam em muitas práticas, em especial, nos consultórios particulares. Desse modo, sinalizamos enquanto uma pista desmedicalizante [a importância do diálogo entre os profissionais, que, mesmo com suas especializações, consigam ter uma leitura ampla da demanda que recebem e que promovam espaços de conversa.](#) chegando a alguns acordos no modo de conduzir o mesmo caso clínico.

Retornando para demais analisadores do contemporâneo que consideramos que têm fomentado o discurso medicalizante e refletido no aumento das publicações em períodos nos últimos anos, não podemos deixar de lembrar que foi justamente nessa última década (em 2013) que a poderosa *American Psychiatric Association* (Associação Americana de Psiquiatria – APA) lançou a quinta versão do **DSM, conhecida como a “bíblia da psiquiatria”**.

No gráfico que produzimos com o levantamento dos artigos, observamos que foi justamente a partir de 2013 que aumentou ainda mais a produção de artigos nesse portal – fato que não podemos tratar como isolado e ignorar que no mesmo ano foi publicada uma nova versão do DSM. Esse manual é ainda hoje considerado a maior referência em termos de pesquisa em Saúde Mental, bastante utilizada por médicos, não só nos EUA, mas também em outros países, como aqui no Brasil.

Em 2017, participei do 1º Seminário Internacional organizado pela Ensp/Friocruz, intitulado “A Epidemia das Drogas Psiquiátricas: Causas, Consequências e Alternativas”. Na conferência de abertura, o norte-americano Robert Whitaker e autor do livro “Anatomia de uma Epidemia”, discorreu de forma crítica a respeito desse manual, afirmando que hoje vivemos uma epidemia de diagnósticos:

*“O público, então, passou a ser ensinado que depressão, ansiedade, TDAH e esquizofrenia eram doenças do cérebro, causadas por desequilíbrios químicos, e que uma nova geração de drogas psiquiátricas havia sido desenvolvida para “corrigir” esses desequilíbrios cerebrais”*.

Apesar de ainda ser muito utilizado, desde seu primeiro esboço, apresentado em 2010, essa última versão do DSM, vem sendo alvo de críticas por parte de instituições e profissionais de diversas formações. Isso pode ter provocado o interesse em mais pesquisadores em problematizar esse material em artigos científicos, evidenciando suas limitações e fragilidades nos critérios diagnósticos, e abordando a partir daí o tema da medicalização.

Nos últimos anos, percebemos também **uma intensa movimentação legislativa**, onde associações de familiares, comunidade e políticos têm proposto projetos de lei ou alterações das leis

em vigor com viés medicalizante, estabelecendo lutas ao esbarrarem com grupos de resistência, formados por profissionais e pesquisadores, que também se articulam na esfera legislativa.

Citamos como exemplo aqui a notícia que tivemos, enquanto profissionais da saúde, da alteração do ECA, via lei 1º 13.438, em 2017, para tornar obrigatória a adoção pelo SUS de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Apesar de ser apenas um parágrafo, essa alteração coloca como obrigatória a aplicação de protocolo ou instrumento para todas as crianças de zero a 18 meses para detecção precoce de “risco psíquico” em bebês. Ou seja, um rastreamento universal em bebês, que acarreta inúmeras questões como possíveis resultados com altas incidências de falsos positivos e falsos negativos, justamente por se aplicar a uma faixa etária tão precoce.

A partir do encontro dessa mãe com esse diagnóstico tão precoce, como olhar para seu filho do mesmo modo que olhava antes. Que efeitos essa consulta produzirá no modo como essa família vai se relacionar com esse bebê? Conforme o médico sanitário Tourinho (2019), a respeito dessa alteração, “até um ano e meio de idade, querer rastrear por teste, questionário, protocolo, problemas psíquicos em bebê, é no mínimo absurdo”. E segue:

E eu pergunto: risco psíquico é agravo? Risco psíquico só existe de zero a 18 meses, depois não mais? Não estamos todos, enquanto estamos vivos, em risco de adoecer, sofrer, cambalear, a nossa saúde mental não é algo dinâmico que pode ter idas e vindas ao longo de toda a vida? Então, por que essa fixação em zero a 18 meses? (p.119)

Como últimas análises, lembramos aqui que foi justamente na última década que **surgiram ou se fortaleceram movimentos sociais e grupos de pesquisa** direcionados ao debate da medicalização vinculados a projetos de ensino, pesquisa e extensão nas universidades.

Em 2022, participei de modo remoto do “II Seminário do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Medicalização da Educação – UFES: “A construção de práticas (des)medicalizantes na educação”. E a psicóloga Lygia de Souza fez justamente essa observação. Segundo ela, as pesquisas sobre medicalização começaram em 1985, mas têm crescido exponencialmente desde 2010, por conta da criação e difusão do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, apresentado em 2010 em São Paulo.

No artigo “Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura” (Beltrame; Gesser; Souza, 2019), os autores também fizeram essa mesma afirmação. Nesse trabalho, os autores fizeram um levantamento bibliográfico semelhante ao nosso (com descritores diferentes e entre os anos 2010 e 2016), justificando esse intervalo de tempo escolhido porque observaram que, nesses anos, muitos trabalhos foram publicados. E associaram esse fato ao lançamento do Fórum sobre Medicalização em 2010, compreendendo que este tem tido um papel determinante na produção de pesquisas hoje no Brasil.

Ao promover congressos nacionais e internacionais, entendemos essas organizações e movimentos sociais, que envolvem estudantes, professores, clínicos e pesquisadores, têm permitido trocas entre grupos de pesquisa de diferentes universidades e Estados. Além do Fórum, destacamos outras duas organizações no Brasil: o Despatologiza (Movimento pela Despatologização da Vida) e o Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (GIQE).

Discorreremos a seguir um pouco sobre cada uma delas:

O Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade foi oficialmente lançado em 2010, no I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, em São Paulo. Desde então, tem sido permanente sua atuação junto à comunidade, afirmando como um de seus principais objetivos “o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento”<sup>12</sup>.

Durante a pesquisa, nos chamou bastante a atenção sua composição extensa e diversa, que inclui instituições, movimentos e pessoas de todo o Brasil, tendo apoio de vários Conselhos profissionais, departamentos de universidades, associações como a Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE), sindicatos, chegando suas ações, inclusive, aos poderes Judiciário e Legislativo.

Hoje o Fórum se articula nas redes sociais, produzindo eventos *online*, facilitando seu agenciamento a outras redes de estudantes e pessoas fora da universidade. Lembro que na graduação, o contato com os materiais e eventos promovidos pelo Fórum foram fundamentais na época para a produção do meu trabalho de conclusão de curso, elaborado em 2013. Contudo, sua inserção na internet estava longe de ser algo parecido com o que encontramos hoje: um canal próprio no *youtube* com registro de vários vídeos que datam em especial os últimos 7 anos. Desde o período da monografia, permaneci acompanhando seus eventos e em alguns inscrevi trabalhos compartilhando experiências de serviços por onde transitei, sendo o último, de modo presencial, no V Seminário Internacional “Existirmos, a que será que se destina?” (Fórum, 2019), que aconteceu em Salvador/BA. Podemos assim entender que todos esses inúmeros encontros que o Fórum promoveu na última década produziram efeitos nas universidades, nas pesquisas e consequentemente na quantidade de artigos publicados nesse período.

Outro grupo nacional, mais recente, mas que cresceu nos últimos anos foi o Despatologiza – Movimento pela Despatologização da Vida. Um de seus documentos é a Carta de Campinas produzida em 2017 por militantes do grupo de diferentes Estados, como Espírito Santo, Minas Gerais,

---

<sup>12</sup> <https://abrapee.wordpress.com/forum-medicalizacao/>. Acesso em 17 de março de 2022

Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, que se reuniram em Campinas/SP para reafirmar os princípios que norteariam o Movimento:

1. combater a patologização e a judicialização da vida;
2. enfrentar desigualdades, preconceitos e discriminações;
3. afirmar as diferenças entre as pessoas como um valor essencial da vida;
4. defender os direitos humanos, a democracia, a equidade e a justiça social;
5. produzir e divulgar conhecimentos e ações despatologizantes.<sup>13</sup>

Percebemos hoje uma inserção do Despatologiza especialmente no canal *youtube*, com vídeos que datam em sua maioria a partir de 2020. Entendemos que as condições impostas pela pandemia fomentaram coletivos como esse a explorarem os recursos da internet, tanto na forma de *lives*<sup>14</sup>, quanto simpósios e congressos *online*. Também observamos que o Despatologiza, apesar de estar referenciado a Universidade Estadual de Campinas/SP, se articula a outras universidades e instituições, divulgando inclusive em seu site eventos em outros Estados, como os Seminários Internacionais “A epidemia das drogas psiquiátricas”, que têm acontecido anualmente na Fiocruz/RJ. Estive presente em todas as cinco edições desse Seminário, e em algumas contamos com apresentações do Harmonia Enlouquece, grupo musical referenciado já a outra universidade, a Universidade Federal do Rio de Janeiro, e também a Rede Humaniza SUS.

Por último, citamos o Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (GIQE)<sup>15</sup>, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Em seu portal, encontramos dois documentos que datam 2013 e 2015 a respeito da história do grupo<sup>16</sup>, que relatam como a organização do grupo eclodiu da necessidade de constituir uma rede que congregasse de modo mais sistemático profissionais com as mesmas preocupações voltadas para a Educação. Em 2004, aconteceu o “I Encontro Interinstitucional de Atendimento Psicológico à Queixa Escolar”, em São Paulo, marcando o início das articulações. Apesar de serem quase vinte anos se reconhecendo enquanto grupo, percebemos que houve um fortalecimento nas suas ações e produções de materiais a partir de 2013, quando realizaram o IV Encontro de Atendimento Psicológico à Queixa Escolar, muitos anos após as três edições anteriores (em 2004, 2005 e 2006).

Em seu portal, temos acesso a um *drive* com o compilado de vídeos, textos científicos, inéditos ou não, relatos de experiências, materiais visuais, materiais didáticos destinados a pais, professores, crianças e jovens – inclusive um material atualizado referente a pandemia. O grupo se reconhece como “uma rede informal e autogestionada de psicólogos de instituições públicas, privadas e de terceiro setor”, e se articulam com outras redes que envolvem os conselhos de Psicologia, sindicatos,

---

<sup>13</sup> <https://www.despatologiza.com.br/>. Acesso em 17 de março de 2022.

<sup>14</sup> Na linguagem da Internet, essa expressão passou a caracterizar as transmissões ao vivo feitas por meio das redes sociais.

<sup>15</sup> Disponível em <https://www.queixaescolargiqe.com/>. Acesso em 22 de março de 2022.

<sup>16</sup> Disponíveis em <https://www.queixaescolargiqe.com>. Acesso em 22 de março de 2022.

e também o Fórum sobre a Medicalização já citado aqui. Realizam reuniões presenciais regulares e mantém o contato com os todos membros por uma lista de e-mails ativa:

Nela, trocam-se informações e notícias de acontecimentos, divulgam-se cursos e eventos científicos, indicações de leituras e links interessantes, discutem-se questões e ações do Grupo, organizam-se tarefas e tomam-se decisões emergenciais. (Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, 2015, p.3)

Buscando a respeito desse Grupo, encontramos, ainda, outro coletivo vinculado: o da Orientação à Queixa Escolar (OQE). Esse coletivo se descreve enquanto uma abordagem breve e focal de atendimento psicológico a crianças e adolescentes que enfrentam dificuldades ou sofrimento no âmbito escolar. Esse coletivo “entende as queixas escolares como produção de uma rede de relações que tem uma história, e assim, envolve os seus principais participantes (pais e escola, além dos estudantes, na maioria das vezes)”<sup>17</sup>. Em seu site, percebemos uma ênfase na sua proposta permanente de disponibilizar materiais e conhecimentos produzidos no Centro-Escola do Instituto de Psicologia da USP, ganhando destaque a formação profissional quando se oferece um Curso de Aperfeiçoamento a profissionais de todo o país voltado para questão da queixa escolar, demanda que atravessa o fenômeno da medicalização.

Poderíamos citar mais coletivos, inclusive fora do Brasil, como o Fórum Infâncias na Argentina e o Stop-DSM na Espanha, que também têm contribuído significativamente com a difusão da crítica à medicalização da vida através da publicação não só de artigos científicos (que foi o recorte do nosso levantamento), mas também de livros, vídeos, documentários e a promoção de eventos acadêmicos, inserindo a discussão na mídia e redes sociais. Todos esses coletivos se formaram ou se fortaleceram nos últimos anos, potencializando a discussão da medicalização e gerando efeitos, portanto, na quantidade de trabalhos publicados anualmente, especialmente a partir de 2015, conforme constatamos em nosso levantamento.

Um ponto que tivemos interesse em pesquisar com esse mapeamento foi com relação também aos efeitos da pandemia nas publicações acadêmicas. Esperávamos inicialmente que o número de publicações nos anos 2020, 2021 e 2022 pudesse ter diminuído com o cenário pandêmico, devido às pausas e mudanças nas atividades escolares, universitárias e em alguns serviços de saúde, o que poderia ter afetado diretamente as pesquisas realizadas nesses campos, mas isso não ocorreu. Pelo contrário, o levantamento de artigos que fizemos no portal da *Scielo* indicou que o número de trabalhos publicados, mesmo durante a pandemia, continuou crescendo gradualmente.

A partir daí levantamos outra pergunta: Será que a pandemia foi abordada nesses trabalhos? Separamos, então, os artigos publicados nos anos 2020, 2021 e 2022, classificados nas categorias

---

<sup>17</sup> <https://orientacaoqueixaescolar.ip.usp.br/apresentacao/#oquee>. Acesso em 17 de março de 2022.

“Saúde Mental” e “Educação”, que totalizaram uma amostra com 46 artigos. A partir daí, fizemos uma leitura superficial buscando por expressões como “covid-19” e “pandemia”. Para nosso espanto, tivemos como resultado apenas 2 artigos abordando diretamente o tema da medicalização articulado com o cenário pandêmico. (Gouveia, *et.al*, 2021; Couto, *et al.*, 2021)

Foi interessante encontrar esse dado porque, em contrapartida, na internet nos deparávamos com facilidade com vários materiais produzidos por algumas dessas organizações que comentamos (Fórum, Despatologiza, Grupo Queixa Escolar), publicados na internet, que faziam essa articulação entre pandemia e medicalização. Citamos alguns abaixo para conhecimento do leitor:

A cartilha “Crianças na Pandemia Covid 19”, da série *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19*, elaborada em 2020 por pesquisadores Fiocruz (Marin, *et.al*, 2020);

O livro “O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados” (Amarante, *et al.*, 2020);

O livro “Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?” (Ceccim; Freitas, 2021), composto por 18 capítulos, reunindo 41 autores de diversos pontos do Brasil;

O dossiê temático produzido por membro dos Fórum: “A medicalização da educação no Brasil e no Chile: diferentes perspectivas” (Viégas; Lage; Negreiros, 2019)

O dossiê temático “A Epidemia de Diagnósticos e a Medicalização da Educação: desafios à formação e atuação docentes” (Klein; Lima, 2020)

Entre muitos outros textos disponibilizados no portal da Orientação a Queixa Escolar<sup>18</sup>.

Ou seja, percebemos um “descompasso” entre as publicações de artigos em revistas indexadas ao portal da *Scielo* e a produção feita por essas organizações, que têm publicitado seus materiais na internet e meio acadêmico, não prioritariamente em formato de artigos, mas em livros, cartilhas, anais de congresso, textos livres nas *homepages*, vídeos em canais do *youtube*, e postagens nas redes sociais.

Esse analisador nos remeteu a uma dificuldade que encontramos no início do doutorado quando buscamos por artigos na *Scielo* que tratassem diretamente de “práticas desmedicalizantes” ou “práticas substitutivas à medicalização”. Encontramos pouquíssimo material. Dentro da nossa amostra de 254 artigos, apenas 5 trabalhos tinham essa característica - sendo que 3 continham o termo “desmedicalização”, mas traziam somente discussões teóricas-conceituais, dialogando com autores como Foucault e Ivan Illich, “com vistas a oferecer ferramentas conceituais para o estudo dos movimentos contestatórios à medicalização” (Gaudenzi; Ortega, 2012). Ou seja, apenas 2 artigos afirmavam tratar de práticas assumidas enquanto desmedicalizantes.

---

<sup>18</sup> <https://orientacaoaqueixaescolar.ip.usp.br/pandemia/pandemiaeducacao/>. Acesso em 24 de março de 2022

No primeiro ano deste doutorado, isso foi uma questão. Quando fizemos esse levantamento bibliográfico, foi preciso utilizarmos no filtro a terminologia “medicalização”, já que quando buscávamos pelo descritor “desmedicalização” não encontrávamos trabalhos. Notamos que esses artigos carregam um tom crítico ao discurso da medicalização, mas não afirmam práticas ou saídas desmedicalizantes. Em contrapartida, tivemos notícia com o decorrer da pesquisa dos portais eletrônicos dessas organizações (Fórum, Queixa Escolar e Despatologiza), em que, neles sim, encontramos uma produção intensa de materiais, tanto com relação à pandemia, quanto à afirmação de práticas desmedicalizantes.

Essas considerações nos levam a definir mais uma pista antes de encerrarmos este capítulo: [a busca por práticas desmedicalizantes não deve se limitar a revistas científicas, pois há um vasto material escrito por pesquisadores e profissionais que não estão sendo publicados no formato de artigos, mas estão circulando na rede no formato de vídeos, anais de congressos, livros, cartilhas e dissertações/teses.](#) Talvez essas sejam, hoje, as fontes mais interessantes para recorrermos em termos de repensar nossas práticas e termos notícias de outras desmedicalizantes.

## CAPÍTULO 2 - SOBRE NOSSOS PROCESSOS FORMATIVOS

O mapeamento do discurso da medicalização na literatura que foi feito no capítulo anterior nos permitiu encontrar algumas pistas desmedicalizantes. Nos próximos dois capítulos, continuaremos buscando essas pistas, mas, agora, a partir de um lugar diferente: a partir, principalmente, das experiências que tive no Ambulatório de Psiquiatria Infantil da UFF, dispositivo de saúde mental vinculado à universidade, que atravessou toda a minha formação e, também, das experiências que tenho tido no consultório particular, hoje, atuando enquanto psicoterapeuta.

Entre 2010 e 2014, acompanhei esse Ambulatório enquanto estudante de psicologia e extensionista, e entre 2014 e 2016 atuei, mesmo que um pouco mais distante, como psicóloga voluntária e mestranda. Esse Ambulatório consistia em um serviço de atendimento à comunidade vinculado à universidade, composto por alguns projetos de extensão, monitoria, pesquisa, e também profissionais e ex-estudantes, que continuavam atuando no espaço mesmo após a conclusão do curso.

Nossa intenção ao trazer aquela experiência não é produzir uma imagem romantizada daquele serviço ou de um modelo reproduzível a toda região ou situação, de forma panfletária e pretensiosa. Até mesmo porque não existe um único tratamento apropriado para todas as pessoas, já que entendemos que nenhum processo terapêutico é linear, mas dinâmico, que pode atender ou não às necessidades daquele paciente ou comunidade. Contudo, como entendemos que a forma como era conduzido o trabalho naquele serviço apontava para uma prática crítica ao discurso da medicalização, nossa aposta ao trazer aquela experiência é continuar pensando junto com o leitor pistas de práticas desmedicalizantes, a partir da análise de algumas singularidades que atravessaram tanto nossos processos formativos, quanto de algumas estratégias teóricas-metodológicas adotadas por esse Ambulatório e que orientam até hoje minha prática clínica no consultório.

### 2.1 A formação universitária

“É preciso desformar o mundo:  
Tirar da natureza as naturalidades.  
Fazer cavalo verde, por exemplo”.<sup>19</sup>

Meu primeiro encontro com o conceito de medicalização foi no início da faculdade, antes de chegar a esse Ambulatório. Em 2009, me inscrevi na disciplina eletiva “Desenvolvimento infantil”, que era oferecida ao curso de medicina e que tinha como uma de suas principais referências o livro “Saúde e Educação” (Werner, 2000). Nesse livro, tive contato com um capítulo específico sobre a

---

<sup>19</sup> Trecho retirado do poema “As lições de R.Q”, de Manoel de Barros.

medicalização da educação e sua leitura me despertou o interesse por temas como a produção do fracasso escolar e a perspectiva histórico-cultural para a compreensão do desenvolvimento infantil. Ministrada naquela época pelo professor Jairo Werner, trazia, frequentemente, relatos de casos clínicos atendidos no Ambulatório de Psiquiatria Infantil da UFF, espaço em que esse professor atuava enquanto psiquiatra e coordenador. Dizia-se que naquele Ambulatório, o foco dos atendimentos não era o tratamento medicamentoso, tampouco eram as categorias diagnósticas baseadas nos manuais em psiquiatria, mas que se trabalhava de uma outra forma...

No ano seguinte, passei no processo seletivo para ser extensionista daquele serviço e permaneci lá atuando até mesmo após a graduação. Costumo dizer que fiz dois cursos em paralelo e complementares: os cinco anos do curso de Psicologia e os quatro anos atuando naquele Ambulatório. E as singularidades desse meu percurso formativo, tanto nas disciplinas cursadas, quanto nos projetos de pesquisa e extensão em que atuei, no entendimento dessa tese, podem nos indicar algumas pistas desmedicalizantes, como veremos a seguir.

A primeira pista deste capítulo diz respeito [a importância do estudante em ter acesso a disciplinas, livros e autores críticos ao problema da medicalização desde os primeiros anos na universidade](#). Pensamos que várias disciplinas que cursei, especialmente na psicologia, mas também na educação, enquanto me graduava em licenciatura, foram fundamentais para minha formação profissional, produzindo efeitos no modo como trabalho até hoje. O acesso a essa perspectiva desde o início da faculdade me permitiu construir aos poucos, já enquanto estudante, um olhar crítico frente ao discurso da medicalização, e, hoje, conseguir pensar minha prática clínica no consultório mais segura e sustentada por esse olhar.

Outra pista desmedicalizante diz respeito mais especificamente a essa disciplina eletiva que cursei, vinculada ao Ambulatório. Pensamos a partir dela [o quanto pode ser interessante a composição de turmas heterogêneas e multidisciplinares, para discutirmos assuntos comuns e transversalizantes a diferentes cursos](#). Lembro que o que mais me chamou a atenção na época foi observar que alguns temas e autores poderiam interessar diferentes profissionais. A turma dessa disciplina era cheia e composta, principalmente, por estudantes da medicina, por ser uma disciplina obrigatória em seu currículo, mas não apenas: havia estudantes de várias outras áreas, como educação física, pedagogia, história, enfermagem, psicologia, nutrição, sendo que alguns estavam no final do curso, já atendendo, lecionando ou fazendo estágios, e outros estavam ainda no início da faculdade, assim como eu.

Isso permitia que os estudantes participassem das aulas com perguntas e comentários a partir de diferentes olhares quando, por exemplo, o professor citava um dos muitos casos encaminhados à psiquiatria com queixas escolares, como dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento. Não lembro de nenhuma outra disciplina que tenha cursado composta por tantos

curso diferentes. Nela, problematizávamos, à luz da perspectiva histórico-cultural, as leituras reducionistas e patologizantes que poderiam aparecer em diferentes instituições, tanto nas de saúde (contemplando os estudantes dos cursos de medicina, enfermagem e nutrição), quanto nas instituições escolares (contemplando os estudantes que queriam pensar suas práticas enquanto professores de educação física, educadores do ensino infantil, profissionais do corpo pedagógico da escola, psicólogos clínicos, etc).

Durante a escrita dessa tese, encontramos uma publicação feita por esse professor na Revista de Pediatria da SOPERJ<sup>20</sup>, que ilustra bem esse olhar desmedicalizante abordado em suas aulas. Segundo Werner (2018):

Novas demandas têm chegado ao pediatra, tais como a questão do uso excessivo de telas eletrônicas – que podem vir a causar danos tanto à saúde física (obesidade, dor lombar e ausência de exercícios) quanto à saúde mental (agitação, ansiedade, hiperatividade, dificuldade de comunicação, dificuldade de sono, dependência) de crianças e adolescentes – , criando desarmonias evolutivas importantes. É o caso de menino de três anos e meio, que, ao ingressar na creche, foi encaminhado ao pediatra com suspeita de autismo, pois apresentava dificuldade de interação e comunicação. A causa identificada, entretanto, foi a ausência de interação social adequada, pois o menino nos seus primeiros anos de vida interagiu basicamente com tablets e outros dispositivos eletrônicos. (p.1)

Comentários sobre casos semelhantes eram trazidos constantemente nessa disciplina e, apesar de muitas vezes não ser intencional ou foco principal da ementa, nela tínhamos notícias de como no Ambulatório, eram organizadas práticas interventivas que conseguiam desfazer o discurso da medicalização no modo como se trabalhava. Ou, pelo menos, tínhamos a notícia da importância de interrogarmos esses encaminhamentos escolares e a certeza que a família trazia de que o filho tinha algum transtorno mental - leitura que individualizaria toda a questão e nos levaria a reproduzir a lógica medicalizante.

Outro ponto interessante é que essas aulas aconteciam dentro de um hospital universitário. Essa afirmação contrariava a ideia que eu tinha de que a perspectiva histórico-cultural seria tema apenas para os cursos próximos à pedagogia e à psicologia. Por acontecer dentro de um hospital e ser oferecida ao curso de medicina, era mais provável que essa disciplina remetesse à lógica medicalizante, que abordasse o desenvolvimento infantil a partir dos biodiagnósticos e dos manuais em psiquiatria. Entretanto, o professor abordava os modelos teóricos de desenvolvimento (mecanicista, organicista e histórico-cultural), que serão citados mais à frente<sup>21</sup>, pontuando suas diferenças e aproximações, para indicar as contribuições de Vygotsky para assuntos como avaliação clínica nas áreas de saúde e educação, e, assim, repensarmos as relações entre profissional/paciente e professor/estudante, conforme as áreas de formação de cada um.

---

<sup>20</sup> Sigla referente à Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

<sup>21</sup> Ver páginas 89 e 90.

Como uma próxima pista desmedicalizante, [indicamos que não basta a universidade oferecer aos estudantes disciplinas, cuja ementa aborde o tema da medicalização, e turmas multidisciplinares, se não há uma aproximação entre o que é discutido em aula e o modo como a própria disciplina funciona.](#) Em algumas disciplinas que cursei durante a graduação e a licenciatura, percebi que havia um desencontro entre os conceitos que estudávamos relacionados aos temas da educação (e ao tema da medicalização também) e o modo como as próprias aulas e as avaliações eram pensadas.

Recordo da primeira disciplina que tive de Psicologia Social, em que estudávamos textos da Maria Helena de Souza Patto, Pierre Bourdieu, Benjamin e até Paulo Freire, mas era composta somente por aulas expositivas, em que os estudantes, sentados em carteiras enfileiradas e em silêncio, olhavam para o professor à frente, que se utilizava somente de jargões da psicologia para dar suas aulas. Com uma fala aparentemente “bonita”, mas “tão bonita”, que os estudantes não entendiam nada.

Lembro que sabíamos apenas reproduzir o que era dito e, por isso, combinávamos entre a turma de gravar os áudios dessas aulas para listarmos aqueles termos eloquentes para citarmos na prova e garantirmos uma boa nota. Termos da psicologia social como “modos de produção de subjetividade”, “formação de uma hermenêutica do sujeito”, “contribuições epistemológicas”, que hoje me fazem muito sentido, mas que naquela época, enquanto estudante do primeiro ano do curso, não fazia ideia sobre o que se tratavam. Hoje, enquanto pesquisadora de pós-graduação, estranho esse movimento e o modo naturalizado como nós, estudantes, nos adaptávamos a espaços de formação com esse funcionamento, que deveriam ser completamente outros.

No final do semestre, nos desentendemos enquanto turma com aquele professor, pois pedimos para que não tivéssemos sua aula em um dia específico em que teríamos uma prova de estatística. Já que a prova ocorreria no horário seguinte à sua aula, estávamos preocupados que não déssemos conta de estudar a matéria ou que não chegássemos a tempo para a prova, pois teríamos que andar até o outro campus da universidade. Quando percebemos que todos da turma estavam pensando em faltar nesse mesmo dia, optamos por avisar ao professor sobre a questão.

Contudo, o professor recebeu muito mal nosso pedido e passamos a ter mais outro problema. O docente nos informou que, naquele mesmo dia, teríamos não apenas sua aula, mas que seria também aplicada uma prova surpresa. Teríamos que fazer uma redação com um número mínimo de laudas e de autores, citando-os necessariamente conforme as normas da ABNT, sem consulta ao caderno e sem entendermos tampouco o que era essa formatação. Entendemos que sua atitude, ao invés de problematizar conosco a pergunta que fizemos e, não necessariamente concordar, mas pensar outras saídas com a turma, foi a de mudar seu modelo de avaliação para que concorresse e ficasse tão difícil quanto à prova de estatística, que estávamos justamente criticando e submetidos.

Por isso, afirmamos, nesta tese, que não faz sentido indicarmos como pista desmedicalizante somente o oferecimento de disciplinas que abordem em sua ementa uma postura crítica à medicalização, seja direta ou indiretamente, sem incluir a problematização do funcionamento de muitas disciplinas na universidade. Nela, por exemplo, estudávamos sobre o fracasso escolar como conteúdo, enquanto fazíamos prova de recuperação, como foi o caso da minha turma, com vários com notas três ou quatro por conta daquela prova. Isso é inconcebível...

Voltamos a citar, aqui, aquela experiência da Tutoria já referida nessa tese. Conseguimos nos identificar facilmente com aqueles 120 estudantes ingressantes reprovados na disciplina de cálculo, pois, se tivemos essa experiência em um curso de psicologia, em uma disciplina que aborda o próprio tema do fracasso escolar, como não imaginá-la em um curso de exatas, que passa longe de discussões semelhantes? Seria mesmo uma questão individual a reprovação daqueles estudantes? Afirmamos, portanto, que não é possível explicar o desempenho de qualquer estudante por meio de um discurso medicalizante. Não é possível desconsiderarmos a dimensão política que atravessa necessariamente outras relações, como a relação da turma com o professor, a didática das aulas, o modelo de avaliação e o próprio funcionamento do curso.

Recordo de outra disciplina, também oferecida nos primeiros períodos da psicologia, em que o professor constantemente inibia a participação da turma. Enquanto docente, fazia perguntas diretas aos estudantes de forma individual e respondia nosso não-saber com falas como: “Como *you*, futuro psicólogo, não sabe me responder isso?”. Esse comportamento se repetia em todas as suas aulas, e eram poucos os estudantes que se sentavam nas primeiras carteiras para que, justamente, não fossem alvos de suas intervenções. Além disso, vários colegas corriam para bandejar porque não se podia entrar na sala sequer cinco minutos depois que o professor entrasse. Nas aulas, não podíamos desviar o olhar do tablado e do quadro, pois éramos chamados a atenção.

É curioso que esse professor, com formação esquizoanalítica, tinha vários artigos publicados, que, na compreensão dessa tese, eram críticos a posturas como essa. Tínhamos a notícia, por seus estagiários, que essa forma de agir era para *nos provocar a estudar mais*, pois no estágio *ele era ótimo, completamente diferente*. Não sabemos se essa era sua “intenção”, mas o que se produzia era outra coisa, muito mais próxima a um adoecimento e afastamento da turma ao conteúdo aprendido, do que a um incentivo ao estudo. Naquele início do curso, tinha uma única certeza: após a graduação, faria formação em qualquer linha da psicologia, mas jamais “nessa tal de esquizoanálise”, pois me remetia a uma postura autoritária, por mais que seu conteúdo me parecesse interessante. Percebem como essas experiências que atravessam a graduação são importantes na nossa formação, para além das bibliografias das ementas?

Por outro lado, felizmente, minha formação foi atravessada em sua maioria por diversas disciplinas que iam na contramão a essas posturas. Lembro de uma optativa que o professor trazia não apenas autores da psicologia, mas notícias de jornais, crônicas, textos de Eliane Brum e Fernando Pessoa, charges, tirinhas, para compor a bibliografia das aulas. Esse professor disponibilizava todo o material em uma pasta na xérox, “*que nos serviria como uma caixa de ferramentas*”, conforme ele dizia. Essa caixa era construída coletivamente e alimentada continuamente, onde, tanto ele, quanto nós, podíamos incluir outros textos-ferramentas ao longo do semestre.

Essa disciplina foi pensada da seguinte forma: os estudantes individualmente escolheriam um daqueles textos-ferramentas para ler em casa e trazer comentários para a aula seguinte. Era interessante como os materiais não se repetiam, pois cada estudante escolhia um texto diferente, talvez por chamar mais atenção o título ou por ser de um autor mais conhecido, e conseguíamos, com isso, discutir juntos um mesmo tema proposto pelo professor ou um tema que emergia enquanto demanda pela própria turma. Mesmo aquele estudante que não tinha tido tempo para ler um texto grande naquela semana, conseguia participar das aulas, pois tínhamos como opção comentar apenas um cartum ou uma notícia que assistimos na televisão por aqueles dias. Os materiais conversavam entre si e disparavam discussões bastante interessantes, como algumas relacionadas à escolarização, exclusão social, produção de desigualdades e, inclusive, relacionadas ao fenômeno da medicalização.

Com o decorrer das aulas, percebemos que a expressão “caixa de ferramentas”, utilizada por esse professor, fazia referência ao mesmo termo citado no texto “Os intelectuais e o poder”, em que mostra um diálogo entre Michel Foucault e Gilles Deleuze:

Uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. (...) (Foucault; Deleuze, 1979c, p.71)

Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate. A teoria não totaliza; a teoria se multiplica e multiplica (Foucault; Deleuze, 1979c, p.71)

Esse texto, inclusive, estava entre os textos-ferramentas contidos na pasta da copiadora. Foi um feliz encontro meu com essa citação na época, pois já naquele momento problematizava com meus colegas a incoerência entre as ementas das disciplinas e o modo como alguns professores davam as aulas. Ao cursar disciplinas como essa, percebia uma clara diferença quando comparava com as demais, pois a forma como foi pensada sua didática, apesar de isso não ser dito explicitamente à turma em nenhum momento pelo professor, nos dava notícia dos próprios conceitos que estávamos estudando. Conseguíamos vivenciar essa citação de Foucault na prática, ao percebermos como textos

tão diferentes (da psicologia, jornalísticos, crônicas) conseguiram nos servir, de fato, como textos-ferramentas, como os óculos dirigidos para fora, produzindo ricas discussões.

A disciplina “Desenvolvimento Infantil” que era vinculada ao Ambulatório, citada anteriormente, também foi uma outra disciplina em que nós, estudantes, conseguíamos vivenciar os conceitos ensinados. Essa disciplina abordava a perspectiva histórico-cultural e, apesar disso também não ser dito explicitamente, o modo como o professor pensava seu funcionamento, sua relação com os estudantes e seu modelo de avaliação, no entendimento dessa tese, dialogavam com o referencial teórico da sua ementa.

Quando aplicada à Educação, a questão central dessa perspectiva é a aquisição de conhecimento do sujeito por meio de sua interação com o meio. Entende-se que o sujeito não é apenas ativo, mas também interativo, pois é na troca com outros sujeitos que o conhecimento e as funções sociais são co-construídas. O professor, nesse sentido, teria o papel explícito de mediar esses processos e provocar avanços nos estudantes, criando o que Vygotsky chamou de zonas de desenvolvimento proximal. Não apenas o professor, mas qualquer outro par com maior conhecimento sobre determinado assunto seria visto enquanto um mediador e compartilharia da atividade de aprendizagem com esse estudante. Assim, o diálogo (tanto o externo, com os outros; quanto o interno, a fala interior, consigo mesmo) seria visto enquanto uma ferramenta crucial para o sucesso no processo ensino-aprendizagem. (Vygotsky, 1991; 1998; Rego, 1995).

Essas considerações teóricas eram abordadas nas aulas, mas, ao mesmo tempo, nos remetiam a uma característica já citada aqui sobre a disciplina: sua composição multidisciplinar. A participação dos estudantes, de cursos tão distintos, com perguntas ou comentários, era bastante valorizada por aquele professor, que estimulava nossa participação e a troca entre os cursos. “Conversas paralelas” em tom baixinho de voz, quando aconteciam, não pareciam ser um problema, mas, inversamente: era notório que o professor ficava satisfeito em ter provocado os estudantes a pensarem e a conversarem entre si sobre alguma questão apontada.

Por serem estudantes de cursos e períodos muito diferentes, as dúvidas de alguns eram muito fáceis de responder, na minha visão; assim como o contrário. O aprendizado se dava decorrente da mediação entre o professor e a turma, mas também entre os próprios estudantes, enquanto pares. Lembro o quanto foi interessante, na época, ficar próxima a outras duas estudantes, uma da enfermagem e a outra da pedagogia, pois aprendíamos umas com as outras enquanto comentávamos sobre a aula, já que tínhamos experiências e formações bastante diferentes.

Além disso, essas considerações acerca do pensamento histórico-cultural remetem também ao modo como era feita a avaliação dos estudantes nessa disciplina. Não éramos submetidos a uma testagem tradicional, com aplicação de provas objetivas, sem consulta, em um único dia, ou mesmo

a um seminário para que o professor nos atribuísse a uma nota. Mas, a nota era decorrente de uma avaliação contínua, coletiva e mediada, funcionando da seguinte forma:

A cada aula, o professor reservava os quinze minutos finais para que cada estudante entregasse uma produção escrita (que podia ser uma frase, um parágrafo, uma redação) sobre o que tinha ficado de aprendizado naquele dia. Essa folha era recolhida pelo monitor e novamente entregue a cada estudante na semana seguinte, com breves comentários escritos, para que seguíssemos completando a folha no término de cada aula. Com isso, o professor tinha não apenas o controle de presença, mas a notícias de como aquele conteúdo tinha ficado para cada um. No final do semestre, cada estudante “arrumava” seus escritos em um texto corrido para oficializarmos como trabalho final. Nele, podíamos escrever não apenas sobre a teoria e os conteúdos aprendidos, mas também sobre algo que tinha nos afetado, sobre alguma memória ou algum caso clínico que lembramos a partir dos conceitos abordados naquela aula. Essa produção era coletiva, pois podia ser feita com consulta ao caderno, aos textos da disciplina, ou mesmo em pequenos grupos de duas ou três pessoas.

Por isso, no nosso entendimento, a perspectiva de Vygotsky conversava com aquela proposta de avaliação pois a ideia central desse autor é que o estudante não é apenas o sujeito da aprendizagem, mas aquele que aprende com o outro aquilo que seu grupo social produz. Não fazia sentido, portanto, estudarmos esse referencial teórico nas aulas se o modelo de avaliação final fosse uma prova individual, objetiva, sem consulta, com correções bem demarcadas de certo ou errado. Ou, como naquela disciplina em que o professor exigia um número mínimo de laudas e citações na ABNT enquanto respostas de uma prova. Seria incoerente pedir isso aos estudantes enquanto se lecionava sobre essa perspectiva.

Vistas essas considerações, percebem a importância de olharmos para os nossos processos formativos? Não se trata aqui de vivências individualizadas, pois, conversando com outros pesquisadores, percebemos que todo profissional, de alguma forma, já experienciou situações semelhantes em sua escolarização ou formação superior. Situações em que havia um descompasso entre modo do funcionamento de determinada aula e o tema que se abordava. Lembro de uma paciente do consultório, deficiente física, que comentou em terapia ter ido a um congresso de inovações tecnológicas que não era totalmente acessível a cadeirantes. Notem a incoerência? Ela encontrou diversas barreiras físicas, como escadas, para participar de um evento que se discutia, inclusive, tecnologias assistivas.

Afirmamos, portanto, que não basta que o problema da medicalização seja abordado de forma hermética nas disciplinas (ou, mesmo, que práticas desmedicalizantes sejam colocadas nas ementas para serem discutidas), se não temos o costume de problematizar o funcionamento das próprias disciplinas e das avaliações na formação universitária.

Continuaremos a seguir, olhando para a nossa formação na busca por pistas desmedicalizantes. E encontramos mais uma, que diz respeito [ao lugar que os projetos de pesquisa e extensão ocupam na formação dos estudantes](#). As experiências mais ricas que tive na minha formação foram relacionadas aos estágios curriculares e aos projetos de pesquisa e extensão que participei, não somente os vinculados a esse Ambulatório, mas também os outros que atuei por um tempo menor. Nas disciplinas podemos até discutir textos, apresentar seminários e conhecer autores que atravessam o tema da medicalização, mas é atuando em projetos e estágios que de fato percebemos na prática esse tema, assim como conseguimos ter notícia de como acolher determinada queixa, fazer contato com a escola, avaliar o paciente, entrevistar a família, sem cair no discurso que patologize o sujeito.

Associada a pista da importância desses projetos na formação do profissional, levantaremos a seguir como outra pista [a disposição de bolsas de pesquisa nas universidades](#). Durante a maior parte da minha graduação, fui bolsista, ora da FAPERJ<sup>22</sup>, ora da PROEX/CAPES<sup>23</sup>, o que foi fundamental para garantir minha permanência nesse Ambulatório. Não precisei procurar estágios remunerados em empresas, como muitos colegas fizeram, talvez em áreas que nem tinham tanto interesse, atuando em recursos humanos ou como analistas apenas pela remuneração. Tive a liberdade de escolher aquele serviço para atuar e compor minha formação - liberdade esta que, infelizmente, a maioria dos estudantes não tem. O valor que os bolsistas do Ambulatório recebiam, na época, era cerca de 270 reais, que contribuía para nossa passagem e alimentação, facilitando nossa dedicação quase integral para o curso (tarde/noite) e as atividades do projeto (manhã).

Durante a escrita dessa tese, em 2023, o atual governo federal reajustou as bolsas de iniciação científica, mestrado, doutorado, que não eram reajustadas há anos<sup>24</sup>. Iniciativas assim são fundamentais porque é extremamente difícil hoje no Brasil pesquisar e ao mesmo tempo atuar no mercado de trabalho. Essa pesquisa de doutorado, por exemplo, não é financiada por bolsa, como muitas pesquisas que se iniciaram no governo Temer/Bolsonaro (2016-2022), e temos sentido o quanto é difícil escrever uma tese, produzir uma pesquisa, enquanto dividimos esse tempo com a carga horária de outro trabalho, seja em órgão público, setor privado ou como profissional autônomo.

Compõe, portanto, como uma pista desmedicalizante reconhecermos a importância das bolsas em pesquisa nas universidades, pois este foi um dos fatores que também me permitiu atuar no Ambulatório por anos, para que hoje pudesse trazer essa experiência em uma tese de doutorado e problematizar aqui o discurso da medicalização, produzindo material de pesquisa e consulta para outros estudantes e profissionais interessados em repensar suas práticas. Afinal, se nossas pesquisas

---

<sup>22</sup> Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

<sup>23</sup> Programa de Extensão Universitária / Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

<sup>24</sup> Disponível em <https://www.gov.br/capes/pt-br/assuntos/noticias/capes-e-cnpq-aumentam-bolsas-de-pos-graduacao-em-40>. Acessado em 20 de fevereiro de 2023.

não serão financiadas pela indústria farmacêutica, se não serão fomentadas por empresas do setor privado interessadas na “produção de nossos resultados”, para qual outra fonte de fomento recorreremos, senão para essas bolsas de apoio estaduais e federais?

Todas as pistas citadas, neste início de capítulo, dizem respeito aos nossos processos formativos na universidade. Após a conclusão do curso, esses estudantes atuarão em diversas instituições, como escolas, dispositivos de saúde, consultórios, clínicas, e, se queremos pensar a construção de práticas desmedicalizantes, temos que, primeiro, problematizar a formação desses profissionais. Ainda que não sejam os únicos responsáveis pela medicalização no contemporâneo - pois, como já trouxemos na introdução, outros discursos também atravessam essa questão (farmacêutico, mídia, redes sociais, família, comunidade) -, esses profissionais são importantes atores no processo.

## 2.2 A dimensão política dos discursos

Tudo que não invento, é falso<sup>25</sup>.

Os pontos que foram discutidos no item anterior com relação à formação universitária nos remetem aos estudos de Michel Foucault, especialmente, quando este autor analisa a dimensão política dos discursos.

Em suas obras (2008a, 2008b; 1979a, 1979b; Veyne, 1998), Foucault não desenvolve uma filosofia do sujeito, mas se volta para os modos de subjetivação. Isso porque aquilo que normalmente reconhecemos como verdadeiro, segundo esse autor, não está *nos* objetos, porque estes não preexistem, não são dados. Tampouco está *nos* sujeitos, enquanto essências. O que chamamos de verdadeiro também não está adotando uma leitura pós-estruturalista, no *entre*, na adequação entre uma instância e outra, já que objeto e sujeito não são unidades fixas e pré-determinadas. O que Foucault discute é que sempre estamos lidando com produções discursivas, de modo que tanto o sujeito do conhecimento, quanto o objeto a ser conhecido, são tomados enquanto efeitos discursivos.

Nessa lógica epistemológica, podemos pensar, por exemplo, que a loucura ou o transtorno mental em si “não existem”, o que não quer dizer que sejam nada (*ibid.*). Essa questão será retomada mais adiante<sup>26</sup>, quando discutiremos sobre as concepções teóricas-metodológicas que orientam nossos trabalhos, que podem reforçar ou interrogar a patologização de determinadas questões. Mas, nesse momento, trazemos a perspectiva foucaultiana para sinalizar para o leitor que inserimos essa pesquisa e as pistas desmedicalizantes, que estamos nos propondo a buscar, em um campo discursivo.

---

<sup>25</sup> Trecho retirado do poema “O livro sobre o nada”, de Manoel de Barros.

<sup>26</sup> Ver Capítulo 3 desta tese.

Esse campo não se fecha no interior do próprio discurso, entendido como uma dimensão isolada. Mas, nele, temos o problema da medicalização sempre associado a outros discursos. Conforme estudamos no mestrado (Damasceno, 2016) e citamos na introdução desta tese<sup>27</sup>, compreendemos que o discurso da medicalização é efeito de fatores históricos, econômicos, sociais, políticos, bem como de outros discursos (médico, farmacológico, psicológico, midiáticos, pedagógicos). Partindo dessa ideia, sinalizamos como pista, em nossas práticas, [olharmos para as condições sócio-históricas que fizeram emergir nossos objetos de pesquisa e intervenção – seja o doente mental, o louco, a criança, a família, o estudante, etc.](#)

Ao mesmo tempo, ainda pensando com Foucault, o pesquisador e o clínico, que se propõem a investigar seus objetos (que pode ser sua pesquisa, paciente ou grupo terapêutico), também não preexistem antes do ato de conhecê-los, mas emergem enquanto sujeitos junto com seus objetos *no ato*. Por isso, sinalizamos enquanto outra pista [olharmos para as condições sócio-históricas que fizeram emergir aquele profissional enquanto um sujeito do conhecimento, que o faz ocupar um lugar de destaque na sociedade científica, como alguém que detém um saber técnico frente ao seu paciente.](#)

Essas pistas foram pensadas a partir do momento que percebemos, no ato de pesquisar, a importância dos processos formativos em nossa prática profissional. Compreendemos, com Foucault (1979a; 1979b; Veyne, 1998), que o discurso da medicalização gera conhecimento, operando sobre esses corpos medicalizados, constituindo-os e garantindo sua visibilidade como objetos de estudo das ciências humanas, sociais e médicas; e, nesse processo, nós, profissionais, somos responsáveis também por produzir outras realidades, outros mundos, já que não ocupamos uma posição neutra diante do paciente que recebemos em nossos consultórios ou ambulatórios de saúde. O que nos leva a uma pergunta crucial para esta pesquisa: que realidades têm sido produzidas a partir dos nossos atendimentos? Associada, então, as outras duas últimas pistas citadas, sinalizamos uma terceira pista: [a relevância de nos interrogarmos sobre quais discursos têm sido fortalecidos e legitimados com nossas pesquisas e intervenções.](#)

Na prática do Ambulatório, refletíamos sobre essa questão a partir da autora Maria Helena Souza Patto. Naquele dispositivo, compreendíamos o fracasso escolar, presente nos encaminhamentos dos pacientes até aquele serviço de psiquiatria, a partir da noção da ciência como uma prática engajada. Tomávamos o discurso da psicologia, dos profissionais da educação e da medicina enquanto produções e nos indagávamos à serviço que de que(m) essas ciências estavam, quando, por exemplo, recebíamos como demanda adaptarmos àquelas crianças a um determinado processo de escolarização por meio de uma prescrição medicamentosa.

---

<sup>27</sup> Ver página 23.

Compreendíamos com Patto que, historicamente, a invenção da psicologia e da medicina vem da necessidade de justificarmos “cientificamente” a desigualdade estrutural própria a uma sociedade de classes, e controlar o corpo social com procedimentos compatíveis com a ideologia liberal à serviço do modo de produção capitalista. (Patto, 2010, Coimbra, 1995). Era baseado nessa perspectiva que o Ambulatório se afirmava, nas reuniões de equipe e nos atendimentos, explicitamente enquanto um coletivo, que, como qualquer outro, opera na realidade, produzindo olhares e legitimando práticas sobre aqueles sujeitos que se apresentam inicialmente como doentes, como estudantes-problema, crianças-que-não-aprendem, que precisariam ser corrigidos e normalizados.

Retornaremos, ainda nesse capítulo sobre esses pontos. Mas, nesse momento, vale apontarmos para algumas aproximações do Ambulatório com as contribuições que trouxemos de Michel Foucault, apesar desse autor não compor como referencial teórico daquele serviço. Encontramos afinidades do Ambulatório com a perspectiva foucaultiana quando esse autor destaca a dimensão política dos discursos das ciências, desconsiderando uma suposta neutralidade científica do trabalho, e substituindo-a pela noção de que nós, enquanto profissionais de Saúde e Educação, produzimos e reproduzimos o tempo todo discursos que legitimarão normas e práticas, que podem ser, inclusive, medicalizantes.

Em 2010, concluí a disciplina Desenvolvimento Infantil, que tinha a duração de um ano, e passei na seleção para fazer parte dos extensionistas do Ambulatório. Uma das primeiras impressões que tive ao chegar, foi ver o quanto a formação profissional era umas das prioridades daquele serviço. Acreditamos que essa característica era decorrendo da própria formação do coordenador Jairo Werner, que, além de psiquiatra, era professor da universidade e tinha uma formação médica atravessada pela área da Educação, em que, inclusive, fez seu doutorado. Por isso, o Ambulatório se voltava não apenas para o atendimento à comunidade, mas exercia um importante papel na formação dos estudantes que por ali circulavam. Esses estudantes compreendiam não somente os extensionistas, mas também àqueles que chamaremos, nessa tese, por “estudantes visitantes”, que eram estudantes residentes de outras universidades, monitores, estudantes do internato do curso de medicina, estudantes de graduação das disciplinas Trabalho de Campo e da própria Desenvolvimento Infantil - ou qualquer outro estudante que estava visitando o serviço por algum tempo, sem vínculo formal com os projetos.

Quando iniciei no projeto de extensão, outros dois estudantes de medicina passaram na mesma seleção. Recordo que esses estudantes demonstraram certo estranhamento no modo como aconteciam os atendimentos naquele serviço, principalmente, quando as crianças-pacientes os demandavam à pequenas intervenções, como, por exemplo, ajuda para amarrar o cadarço do tênis. *Amarra aqui, tio?*

Ficavam sem jeito porque não sabiam se, em um serviço de psiquiatria, o médico teria essa função e se poderia interagir de modo tão próximo com aquele paciente.

Nos quatro anos que atuei naquele serviço, tive contato com diferentes equipes, e os estudantes novos sempre estreavam desse modo, “endurecidos”. Quando recebíamos estudantes da pedagogia, era diferente, porque essas estudantes tinham muito mais facilidade no manejo dos atendimentos e não estranhavam o fato de nos sentarmos no chão para desenhar, caso a criança não quisesse se sentar à mesa, enquanto também um recurso para a nossa avaliação clínica. Contudo, quando recebíamos os estudantes visitantes do curso de medicina, observávamos que, muitos deles, chegavam com uma postura de querer observar passivamente o atendimento à criança, com a intenção de não intervir em sua avaliação. Apesar de isso não ser dito, percebíamos que eles colocavam as cadeiras no cantinho da sala, o mais distante do atendido possível, como se pudessem ocupar um lugar fora-do-atendimento.

Era interessante notar que logo esse lugar era desconstruído pelo coordenador: *Escolhe um daqueles tios ali sentados para desenhar com você*. E a criança que estava sendo avaliada caminhava até esses estudantes que, sem muito jeito, recebiam a folha de papel e o lápis. Outras crianças, mesmo sem a intervenção do coordenador, interagiam com esses estudantes novos de modo muito espontâneo, pois conheciam o Ambulatório muito mais do que aqueles estudantes, por serem pacientes antigos e terem chegado ali antes. Com suas mãozinhas, nos abordavam ainda no corredor para mostrar ou pedir alguma coisa, nos convocando a sair de uma suposta neutralidade e atender seus pedidos. Solicitavam com frequência, por exemplo, que abríssimos o armário onde guardávamos os jogos e pegasse o *beyblade*, uma espécie de pião que estava na moda na época, para que elas jogassem no corredor. Afirmamos com isso que essas crianças, enquanto pacientes do serviço e objetos de nossas intervenções, não eram apenas sujeitadas e passivas frente aos nossos discursos, mas faziam parte ativamente dessas relações.

No Ambulatório, a ruptura dos parâmetros positivistas (de uma suposta neutralidade e objetividade científicas nos atendimentos) não era vista como um problema, assim como entendíamos que não era possível ser de outro modo. Recordo que comparecia ao serviço sempre com roupas confortáveis e retirava meus brincos, pois, caso tivesse que pegar alguma criança no colo, poderia querer puxá-los. Diante dessa possibilidade, como não interferir no meio que atendemos? Não estamos atendendo números, nem observando experimentos químicos previsíveis e mensuráveis. Nossas avaliações comportavam como possibilidade as crianças rirem conosco, fazerem piadas ou perguntar sobre alguma tatuagem nossa que estava à mostra na roupa, ou debocharem do modo como desenhávamos. Dessa forma, conseguiam desconstruir nossas certezas de um atendimento que, supostamente, deveria ser imparcial e verticalizado (Fim, 2022; Rodrigues; et.al, 2018).

Tendo em vista esses apontamentos, na avaliação clínica do paciente, considerávamos qualquer ator social que participasse do atendimento para efeito de análise. Tanto o médico responsável pelo atendimento propriamente dito, quanto os estudantes que acompanhavam a consulta, tinham um papel não apenas ativo, mas também interativo, sendo vistos como partes integrantes do processo de regulação do comportamento daquela criança, afetando necessariamente suas respostas. O suposta neutralidade e imparcialidade na avaliação clínica não era atingida, tampouco desejada pelo serviço.

Essa afirmação nos remete a pista anterior que citamos, que pode ser dita de outra forma: [a importância de compreendermos nossas práticas clínicas sempre enquanto práticas políticas, que necessariamente produzem efeitos e desmontam o ideal na neutralidade das ciências exatas e naturais.](#) Quanto mais cedo tivermos essa leitura, menos tempo e energia perderemos tentando “não interferir no que o paciente é/tem para nos mostrar” e nos permitiremos afetar e sermos afetados com o seu encontro - liberando nossas atenções para analisar os discursos em que somos produzidos e o que temos produzido com/nesses pacientes.

No final dos atendimentos do dia, o coordenador costumava reunir brevemente os extensionistas e estudantes visitantes em uma sala, não apenas para falarmos sobre os casos clínicos atendidos daquele dia, mas para saber sobre nossas impressões:

*Como foi para você atender o João hoje? Alguém teve dúvida, quer fazer alguma pergunta?*

Nessas horas, recorro o quanto era comum os estudantes visitantes se limitarem a perguntar sobre os diagnósticos ou medicações do paciente:

*Aquele paciente tem qual diagnóstico? O João faz uso de quê?*

Ao receber esse tipo de perguntas, era comum o coordenador conversar com esses estudantes sobre a formação médica. Diferente dos cursos de pedagogia e psicologia, tínhamos a notícia, até pelos próprios estudantes, que o curso de medicina abordava conhecimentos muito distantes daqueles que fundamentavam nossas práticas no Ambulatório. Os estudantes chegavam por meio do internato para atuar com o público infantil, mas nunca tinham ouvido falar da perspectiva histórico-cultural ou estudado qualquer autor que abordasse o desenvolvimento infantil ou questões escolares. O coordenador explicava que as disciplinas de desenvolvimento infantil deveriam ser anteriores, na grade curricular da medicina, às de psiquiatria de adulto:

*Notem que as crianças não são adultos em miniatura. Dessa forma curricular, parece que são, porque muitos chegam no final do curso sem saber como interagir com uma criança. Isso não é uma questão individual, dos estudantes, mas do próprio modo como o curso está estruturado.*

O que acontecia é que os estudantes cursavam primeiro as disciplinas de psicofarmacologia e psiquiatria geral e, só quando chegavam no final do curso, tinham contato com uma disciplina de

psiquiatria infantil: como se fosse uma aplicação daquilo que eles aprenderam no tratamento de adulto, só que no público infantil. E esse movimento ia na contramão da proposta do Ambulatório, que consistia em pensar o desenvolvimento infantil conforme as especificidades dessa faixa etária, e não segundo os modelos hegemônicos de assistência psiquiátrica, baseados no atendimento do adulto, muitas vezes restritos prioritariamente ao tratamento farmacológico.

Quando comentamos aqui sobre a dimensão política da clínica e que seria uma pista desmedicalizante interrogamo-nos sobre a naturalidade de nossos objetos de intervenção, introduzimos a ideia do quanto seria importante pensarmos a criança enquanto um conceito atravessado e constituído por vários outros discursos. Pode ser estranho pensarmos dessa forma porque todos nós já fomos criança um dia e isso nos remete a algo muito natural, como se a criança fosse somente um estágio de preparação para o sujeito adulto, como se fosse um ensaio. Parece haver, no nosso modo de pensar, apenas dois lugares possíveis e engessados para compreendermos a vida: o lugar do adulto e o da criança.

Na dissertação de mestrado “O adultocentrismo e as políticas públicas destinadas às infâncias no Brasil: pistas para um crianciar com trabalhadoras” (Fim, 2022), o autor discute justamente essa questão por meio das práticas adultocêntricas, colocando em análise como essas práticas atravessam e constituem as políticas públicas destinadas às infâncias no Brasil. Segundo o pesquisador, agimos e pensamos como se a fase do adulto e da criança fizessem parte de um mesmo contínuo do desenvolvimento, como se a criança fosse uma oposição em função do adulto, e não como uma existência singular (*ibid.*). Apontamos, assim, como uma pista desmedicalizante [relacionarmos o problema da medicalização do público infantil às práticas adultocêntricas.](#)

Abordar o adultocentrismo como problema coloca em evidência as práticas de cerceamento e controle da infância, reduzida como uma passagem a outro estado mais completo ou desenvolvido, tomada como uma tabula rasa a ser preenchida por aquilo que os diversos saberes produzidos por adultos julgam como necessário para que a criança se torne um adulto ideal e economicamente produtivo (Fim, 2022, p.38).

O movimento do adultocentrismo se articula com o da medicalização porque é na expectativa de encontrarmos características esperadas para um adulto, que muitas intervenções com a criança são pensadas, a fim de que elas alcancem tais capacidades e atributos. Por exemplo, buscamos que uma criança use a razão frente às suas decisões, mostre uma capacidade de administrar uma mesada, se adapte à realidade e tolere frustrações sem grito, birra ou choro, conforme “uma mocinha” ou “um rapazinho”. Tais características, almejadas por um adulto maduro, são colocadas em oposição a uma imaturidade e a uma incompletude atribuídas à criança e ao adolescente, justificando práticas, sobretudo, de medicalização.

Fim (2022) nos mostra como as práticas nomeadas em sua pesquisa como adultocêntricas, também produzem a captura dos corpos das crianças em função da expectativa de um adulto-padrão. Impomos a expressão de gênero a partir do momento em que a grávida faz seu chá revelação e apresenta seu “menino” ou “menina” aos familiares, matriculamos as crianças em inúmeras atividades esportivas, de línguas estrangeiras e aulas de robótica para “desenvolver suas habilidades”. Conforme dissemos na introdução desta tese<sup>28</sup>, a sociedade neoliberal (e nós, profissionais de saúde e educação, não estamos fora dela) tem se interessado cada vez mais cedo pela infância, e essas práticas adultocêntricas encontram ressonâncias nesse cenário.

Em contrapartida, medicalizamos aquelas que não se interessam por essas atividades por serem demasiadamente bagunceiras, desatentas, desafiadoras ou, chamadas por nós, de imaturas. Afinal, em tempos de neoliberalismo, é um problema a criança ou o adolescente apresentar um comportamento que se afaste de um modo adulto ideal de reagir às frustrações da vida, e é baseado nesse problema que o discurso da medicalização encontra um terreno fértil ao fomentar que haveria algum problema biológico ou mental na criança que explicaria esse “desvio”, essa “inadaptação” ao mundo – que está referenciado ao mundo do adulto.

Retornando para o Ambulatório, ao percebermos essas peculiaridades na formação médica, inauguramos, na época, um projeto chamado “Nossos Futuros Médicos”. Nesse projeto, participavam o coordenador do serviço, eu da psicologia, duas estudantes da pedagogia e alguns estudantes da medicina. A proposta era reservarmos um horário para acolhermos esses estudantes novos que chegavam ao Ambulatório e estavam interessados em trabalhar com a especialidade da pediatria ou da psiquiatria infantil. Entendíamos que aquele espaço era bastante diferente de outros que experienciavam no Hospital Universitário ou em outros programas de estágio e residência, e pensamos naquele projeto a partir das seguintes questões:

Diante de expressiva demanda, o desempenho do pediatra precisaria ir além do objetivo de identificar e encaminhar os casos de suspeita de transtornos mentais e de comportamento. O pediatra, por ser o primeiro profissional de saúde que acompanha de perto a criança e a relação pais-filho, deve ser capaz de atuar em qualquer situação que coloque em risco o desenvolvimento infantil, por exemplo episódios de depressão materna pós-parto. (Werner, 2018, p.1)

A formação do pediatra deve prepará-lo para assumir, sempre em cooperação com a família e a escola, papel relevante na promoção da saúde mental de sua clientela, contribuindo, inclusive, para evitar o excesso de diagnósticos e modismos psicopatológicos relacionados ao comportamento da criança e do adolescente – em processo de transformação permanente. (Werner, 2018, p.1)

No projeto, colocávamos como proposta discutir com esses estudantes esses atravessamentos nas formações, desconstruindo algumas ideias pré-concebidas que tinham sobre como seria pesquisar

---

<sup>28</sup> Ver página 16.

e atuar na área da infância e adolescência - referenciadas a uma psiquiatria tradicional, medicalizante, que não se alinhava com o nosso modo de trabalhar. Estudávamos com eles alguns pequenos textos a respeito da perspectiva histórico-cultural de desenvolvimento infantil, pois considerávamos que o pediatra e, em certa medida, o psiquiatra infantil também, como responsáveis pelo acompanhamento global da criança. Por isso, entendíamos que deveríamos nos preocupar com a formação daqueles estudantes, discutindo questões referentes ao desenvolvimento infantil, como as expressas na pedagogia de Vygotsky.

Com o tempo, tivemos a notícia de que esse projeto passou por algumas mudanças, se voltando para um atendimento psiquiátrico ambulatorial desses estudantes. Não nos surpreendemos com essa mudança porque, já naquela época, percebíamos que alguns daqueles estudantes de medicina consistiam em um público adoecido, devido, entre outras questões, às pressões sofridas dentro do próprio curso. Tínhamos a notícia de que reproduziam o olhar medicalizante com eles próprios - que passava, inclusive, pela automedicação, para melhorar o desempenho nas provas ou para diminuir sintomas como ansiedade e depressão. Por conta disso, apontamos, aqui, mais uma pista desmedicalizante: [olharmos não apenas para formação dos estudantes e profissionais, mas, principalmente, para a formação médica, porque esses profissionais lidam diretamente com prescrições medicamentosas.](#)

Quando cursei licenciatura, recordo de uma professora comentar sobre uma pesquisa que discutia que a maioria dos professores ensinavam em suas aulas tomando como referência as próprias aulas que assistiram enquanto estudantes. Ou seja, apesar de estudar autores e textos relacionados à didática, a maioria reproduzia comportamentos que vivenciaram em suas formações. No curso de medicina, esse movimento não seria diferente. Relembro aqui, a fala de um colega médico, que citei na Introdução dessa tese<sup>29</sup> que me sugeriu *um medicamento ótimo* - sem sequer eu pedir - quando comentei que estava no fim do mestrado, para que eu desse conta de entregar o texto. Se esse médico reproduz esse discurso entre seus colegas, é evidente que, enquanto profissional, compreenderia como completamente normal receitar a mesma medicação para um paciente que lhe procurasse com a mesma queixa. Percebem a importância de pensarmos práticas desmedicalizantes desde a formação médica?

No Ambulatório, por estar vinculado à uma universidade, havia uma rotatividade grande na equipe. Os atendimentos individuais e as oficinas terapêuticas oferecidas aos pacientes não eram compostos apenas pelos profissionais e estudantes extensionista, que costumavam atuar por pelo menos um ano, que era o tempo de duração dos projetos, mas também pelos estudantes visitantes circulando pelo serviço por algumas semanas ou meses. Como fui extensionista daquele dispositivo

---

<sup>29</sup> Ver página 31.

por quatro anos, pude acompanhar o movimento de cada grupo se formando e se desfazendo, assim como as mudanças no modo como os estudantes chegavam e saíam do serviço.

Era interessante perceber as mudanças nos estudantes visitantes, que passavam a ficar mais à vontade nos atendimentos com o tempo e a não ver problema, por exemplo, em sair da sala para levar um paciente até o bebedouro, como qualquer outra criança que lhe pedisse água. Compreendiam melhor o funcionamento do serviço e a proposta intencional de interferirmos na avaliação clínica das crianças, atuando enquanto mediadores nas atividades coletivas propostas. Recordo de um desses estudantes da medicina que, no final do internato, nos surpreendeu ao contar que, como relatório, escreveu um poema sobre as crianças atendidas no Ambulatório. Essa tese entende que isso diz respeito aos efeitos nesses estudantes que o Ambulatório produzia enquanto um serviço, não apenas de atendimento à comunidade, mas de formação.

Enquanto produzimos essa pesquisa, nos damos conta que o Ambulatório costumava, também, se preocupar com formação dos profissionais que nele atuava, não apenas estudantes. Essa formação acontecia por meio de cursos livres, conforme as parcerias com outras instituições e profissionais se construía. Neles, eram abordados temas como fracasso escolar, processos leitura-escrita, desenvolvimento infantil e alfabetização. Recordo de um em que estudamos o método natural de alfabetização da educadora Heloísa Marinho, organizado pelas pedagogas da equipe, que, sem esse curso, dificilmente teria tido contato com as contribuições dessa educadora. Foram alguns dias de trocas a respeito de necessidade de conhecermos e respeitarmos os interesses de cada criança/estudante, assim como trazer partir da realidade desse estudante o conteúdo e vocabulários a serem aprendidos, enfatizando a relação entre escola e vida social. Nesses cursos voltados para a educação, não estávamos para aprender a alfabetizar uma criança, assumindo o papel pedagógico que é por excelência da escola, mas enquanto profissionais da saúde, aprendendo os diferentes tipos de métodos pedagógicos de ensino.

Nesses cursos, participavam psicólogas, psicanalistas, psicopedagogas, médicos, estudantes da medicina e da pedagogia, assistentes sociais e terapeutas de família. E, ao lembrar desses encontros nessa pesquisa, percebemos outra preocupação do serviço, que não era colocada explicitamente, mas que com seu funcionamento percebíamos: [fortalecer os vínculos entre os profissionais e estudantes do serviço enquanto equipe](#). Essa nos parece ser mais uma pista desmedicalizante interessante para levarmos para outros dispositivos de saúde mental, pois, em rede, o profissional se sente muito mais seguro para atuar e, inclusive, interrogar certas demandas medicalizantes. O contato com outras áreas de formação pode ajudar o profissional a construir e a sustentar uma prática desmedicalizante em sua clínica.

Além disso, [abordar o tema da medicalização por meio de cursos livres e no formato de breves encontros para profissionais já formados](#) também pode ser entendido enquanto uma pista desmedicalizante. Ou seja, não apenas pensarmos na formação acadêmica dos estudantes, mas também na formação dos profissionais que já estão atuando nos serviços de saúde e nas escolas, e que muitas vezes se incomodam com as leituras reducionistas e patologizantes, mas não encontram outras formas para atuar substitutivas a essas. Assim como na disciplina cursada, nesses cursos vinculados ao Ambulatório, recordo que me causava certa estranheza ao olhar em volta e perceber que um grupo tão heterogêneo pudesse compartilhar de temas em comum. Entretanto, com o tempo fui entendendo: afinal, como vamos avaliar uma criança com dificuldades de aprendizagem se não entendemos o mínimo sobre os métodos pedagógicos nem sobre a relação ensino-aprendizagem? Como um médico vai acolher uma criança com um diagnóstico de dislexia se, por exemplo, não tem ferramentas teóricas e conceituais para poder inclusive questionar a construção desse diagnóstico feito pela escola?

Ao reencontrar algumas fotos do serviço, nos damos conta que a prática e as redes construídas eram totalmente presenciais. Essa questão será retomada no quarto capítulo desta tese quando abordaremos os atravessamos da pandemia naquele serviço. Mas, por ora, analisaremos essa afirmação associando-a ao fato de que, no cotidiano, o dia era bastante corrido naquele serviço. Quando não estávamos atendendo individualmente um paciente ou participando de alguma oficina, estávamos nos reunindo presencialmente com aqueles estudantes visitantes da medicina, discutindo algum caso clínico ou mesmo em algum curso livre, em que a equipe toda costumava participar. Não podemos esquecer que, paralelamente, estávamos cursando a graduação, com provas, disciplinas e estágios obrigatórios. Essa rotina corrida não nos permitia termos, ainda, um momento específico para produzirmos publicações, em formatos de artigos ou capítulos de livro. Teria sido interessante, já naquela época, compartilhar sobre o Ambulatório na literatura, oferecendo sugestões desmedicalizantes para outros serviços de saúde mental semelhantes.

Outra questão é que as ferramentas tecnológicas disponibilizadas naquela época também eram diferentes das de hoje. As memórias aqui trazidas são decorrentes de uma experiência que se iniciou no final de 2009, quando o canal de *Youtube* não estava tão difundido, assim como não tínhamos acesso a *Instagram*, a *Whatsapp* e a ferramentas como *Google Drive*. Releio os e-mails trocados naquele período e vejo que esse era o nosso principal canal de comunicação virtual. Encontro também uma agenda telefônica com os telefones fixos da casa de cada estudante, já que, a depender da operadora, era dispendioso ligarmos de celular para celular. Uma realidade que, apesar de não ter tanto tempo assim, nos parece muito distante, enquanto hoje fazemos o *backup* dessa tese na *nuvem*, caso o computador dê algum problema.

Após quase quinze anos, as ferramentas tecnológicas mudaram bastante, popularizando aparelhos de smartphones e redes de *wifi*, que hoje têm muito nos facilitado no armazenamento e sincronização de arquivos. Recordo que o próprio trabalho final que o bolsista precisava produzir aos órgãos de fomento era escrito de forma mais independente por cada um, sem tanto acesso aos trabalhos anteriores, em que imprimíamos mais uma perspectiva individual no trabalho, do que uma proposta estruturada sobre o Ambulatório. Em 2013, fomos contemplados pelo XI Prêmio Josué Casto de Extensão da 18ª Semana de Extensão da UFF, onde um dos bolsistas relatou sobre sua atuação no serviço, trabalho este que não encontramos hoje na internet porque não ter sido publicado. Talvez, se tivéssemos tido acesso às tecnologias que temos hoje, algumas escritas circulariam dentro da própria equipe e não dependeríamos somente dos encontros presenciais e de e-mails para nos articularmos e pensarmos em publicações em revistas científicas.

No final da semana, às sextas, eram as reuniões com toda a equipe. Durante a semana, muitos participantes da equipe não se encontravam, outros até mesmo não se conheciam, pois suas oficinas ocorriam em dias diferentes. Por isso, essas as reuniões semanais eram importantes, onde trocávamos notícias sobre as oficinas que ocorreram durante a semana, divulgávamos eventos, organizávamos simpósios para fazer dentro da universidade, e podíamos pensar algum caso clínico específico. Nessas reuniões, dificilmente recebíamos estudantes ou profissionais de fora do serviço, pois em geral eram reuniões somente compostas pelo coordenador e a equipe mais fixa, como osicineiros, os técnicos e os extensionistas do serviço. Esses encontros começavam à tardinha, pois durante o dia aconteciam os atendimentos, e iam até a noite. Tudo envolto de uma atmosfera afetuosa, lanche coletivo e não era raro as famílias dos pacientes, atendidos durante o dia, trazerem de casa algum bolo caseiro para a equipe, pois sabiam que ficávamos até tarde naquele dia: *“Para a reunião de vocês logo mais”*.

Mensalmente, recebíamos às sextas um convidado-palestrante de fora do serviço. Revisitando meu diário de campo, encontro algumas anotações desses momentos. Primeiro, encontro o registro de conceitos e indicações de leituras sobre a palestra de uma professora da Faculdade de Educação, que discorreu sobre as principais contribuições das obras Vygotsky. Depois, anotações de uma palestra de um psiquiatra visitante sobre o surgimento das ciências modernas e conceito de medicalização a partir dos estudos de Michel Foucault, que, apesar de não ser um autor conhecido por todos ali, como já dissemos nessa tese, tinha muitas afinidades com nossas práticas. Encontro, ainda, algumas reflexões colocadas por uma palestrante, sexóloga e terapeuta de família, que cito a seguir:

Como cuidamos da saúde do outro, se dentro do nosso próprio curso, se dentro da medicina, da psicologia, dos cursos de educação, temos tabus para falar de sexo? Estamos realmente preparados para sairmos de nossas caixas identitárias e atendermos a toda e qualquer população? Ou vamos atender somente a uma parcela dessa população e a outra, quando tivermos notícia, tentaremos ajustá-las, moldá-la conforme nossos referenciais?

Todas essas experiências fizeram composição com minha formação enquanto psicóloga e encontram ressonâncias até hoje em minha prática clínica. Revisitando o email que utilizava na época, material também de consulta para essa tese, vejo a seguinte mensagem do coordenador do serviço sobre um dia específico:

Psicóloga Luisa. Espero que tenha gostado do evento de ontem. Queria deixar registrado o carinho que vc tem com a D.M. [nome da paciente], ela chegou perguntado por vc e saiu muito melhor com sua atuação. O que faz nossa profissão importante é quando somos capazes de afetar o outro desse modo.

Eram retornos como esse que recebíamos enquanto estudantes, não apenas do coordenador, mas entre a própria equipe, que faziam a diferença no modo como pensávamos uma clínica em saúde mental. Afinal, o que pode um corpo senão afetar e ser afetado? (Spinoza, P 2009).

É interessante que nesse mesmo email, encontro também mensagens sobre um estágio em Psicanálise que fiz já no final da faculdade. Certo dia, lembro que a supervisora me questionou porque aceitei o presente de uma paciente e não a indaguei o motivo de ela estar me presenteando. A paciente, no caso, tinha apenas 6 anos e era dia do professor. A mãe, naquele dia, compareceu àquele serviço público de psicologia com um conjunto de sabonetes para a filha me dar, assim como deve ter feito com os demais professores da escola. *Mas você, Luísa, precisa demarcar que esse espaço aqui não é uma escola. Como vamos interpretar esse gesto? Não aceitamos presentes assim de paciente.* Foi o retorno que recebi na época da supervisora.

Naquele tempo, e tampouco hoje, essa visão fez ou faz sentido para mim. Isso porque, provavelmente, já tivesse entrado em contato com outras práticas clínicas durante minha formação com modos diferentes de conceber a clínica e a prática do psicólogo. Caso não conhecesse o Ambulatório e outros serviços pelos quais circulei, cursado certas disciplinas no curso de psicologia e da licenciatura, ou mesmo tido contado com aqueles colegas, professores e o coletivo de pesquisa, que encontrei na minha trajetória de mestrado e no doutorado:

...talvez enxergasse também problema em receber um presente no dia dos professores, ou um pedaço de bolo que o paciente guardou de seu aniversário do final de semana;

...talvez visse como uma questão interpretativa retribuir o abraço de uma criança-paciente que, ao me ver do outro lado da rua do Ambulatório, vinha correndo pela calçada e gritando “*Tiiiiiiiiia!*”;

...ou talvez percebesse como um problema amarrar o tênis de um paciente durante o atendimento, como os estudantes da medicina achavam no primeiro momento.

Tudo isso mudaria meu modo de pensar e atuar hoje com a psicologia. Portanto, não podemos falar de desmedicalização sem problematizar essas experiências que atravessam nossos processos formativos.

## CAPÍTULO 3 - SOBRE NOSSAS APOSTAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Compreendemos no capítulo anterior a importância de olharmos para os nossos processos formativos, para os nossos encontros que tivemos com determinadas disciplinas, cursos, leituras e experiências de pesquisas e estágios na academia. A depender desses encontros, o estudante poderá no futuro, enquanto médico, psicólogo ou educador, adotar uma prática profissional sustentada por uma perspectiva desmedicalizante. Ou, ao contrário, poderá reproduzir leituras medicalizantes em suas práticas, percebendo comportamentos ou ritmos de aprendizagem de seus pacientes/estudantes enquanto sintomas e indicadores de doenças, por estarem fora da norma esperada ou desejada socialmente.

Neste terceiro capítulo, permaneceremos buscando pistas para a construção de práticas desmedicalizantes em saúde mental, mas, agora, voltaremos nossa atenção para os modelos teórico-metodológicos que sustentam nossas intervenções. Traremos, mais de perto, o funcionamento do Ambulatório de Psiquiatria Infantil da UFF e como eram feitos os atendimentos e avaliações clínicas dos pacientes naquele serviço, na intenção de pensarmos, junto com o leitor, modos possíveis de se atuar em um dispositivo de saúde de forma desmedicalizante. Se, compreendemos até aqui que as relações entre pesquisador/pesquisa, professor/estudante, médico/paciente não são dadas, mas são articulações históricas, são discursos produzidos meio à determinadas condições, é de suma importância olharmos para que concepções teóricas-metodológicas temos fundamentado os nossos trabalhos e que podem reforçar ou interrogar a lógica da medicalização.

### 3.1 Reflexões sobre os atendimentos clínicos

“que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica  
nem com balanças nem com barômetros etc.  
Que a importância de uma coisa há que ser medida  
pelo encantamento que a coisa produza em nós”.<sup>30</sup>

A porta de entrada do Ambulatório era feita pela assistente social. A família, por telefone, marcava a primeira consulta com essa profissional, que registrava suas preocupações (queixa inicial), recebia o encaminhamento da escola ou do posto de saúde (se houvesse) e fazia uma breve entrevista para se saber sobre a composição e a renda familiar, que outros medicamentos ou tratamentos o paciente já tinha feito antes e anotações breves sobre o histórico escolar e social da criança.

---

<sup>30</sup> Trecho retirado do poema “Sobre importâncias”, de Manoel de Barros.

Nesse primeiro contato, raramente algum estudante acompanhava a entrevista porque entendíamos que alguns casos eram atravessados por questões mais delicadas, como violência sexual, tráfico ou questões tutelares, envolvendo a justiça. Esses casos eram poucos, mas também chegavam ao serviço. Por isso, esperávamos ser feita essa primeira entrevista com a assistente social para que pudéssemos ter acesso ao prontuário do caso e a acompanhar as sessões seguintes.

O segundo atendimento já era com o psiquiatra e coordenador do serviço, em que se solicitava que os pais comparecessem ao Ambulatório acompanhados da criança ou do adolescente. Nesses atendimentos, era comum a nossa presença, enquanto estudantes extensionistas, e também dos demais estudantes visitantes. Para que a sala não ficasse cheia, nos dias em que a equipe estava com quatro ou cinco integrantes, era sugerido que nos dividíssemos, conforme nossos interesses: alguns participavam do atendimento à família, outros da avaliação com a criança.

Na sala de atendimento com a família, líamos o prontuário aberto pela assistente social, fazíamos uma anamnese mais detalhada e acolhíamos as queixas atualizadas. Na outra sala, com a criança ou o adolescente, fazíamos o atendimento propriamente dito, onde disponibilizávamos alguns brinquedos, conforme a idade da criança, e pensávamos em atividades coletivas para que ela pudesse participar, como desenhos ou determinados jogos em grupo, de modo a interagir com a equipe.

Durante os anos de atuação nesse Ambulatório, a única atividade em que me mantive do início ao fim foi a participação nesses atendimentos iniciais. Neles, era verificada a necessidade de incluir ou ajustar alguma medicação pelo psiquiatra, dada a devolutiva e orientações para a família da observação clínica da criança e, por fim, feita a triagem que direcionaria o paciente para a(s) oficina(s). Essas oficinas, disponibilizadas pelo serviço, eram pensadas no sentido de trabalhar tanto as questões trazidas pela escola/família, quanto as avaliadas pela equipe após nosso atendimento com a criança.

No atendimento inicial com a criança, era comum o coordenador do serviço convidar outras crianças que estavam na recepção, aguardando a consulta, a participarem também das atividades e da avaliação. Esse atendimento em grupo produzia efeitos diferentes se estivéssemos avaliando a criança sozinha porque, em grupo, a criança interagia não apenas com o psiquiatra e estudantes-adultos, mas também com outras crianças, que tinham faixas etárias próximas à sua. Emergia, assim, como possibilidade o aparecimento de comportamentos não previstos durante a avaliação, como, por exemplo, a criança não cooperar com as atividades, disputar um brinquedo ou puxar o papel da mão de outra criança. Esses comportamentos costumam ser vistos como indesejáveis em um atendimento, por produzirem certa “desordem” em uma consulta médica, mas, naquele serviço, entendíamos como importantes para a nossa avaliação.

Como uma pista desmedicalizante, podemos pensar em [avaliarmos nossos pacientes em pequenos grupos, sempre que possível](#). Desse modo, a avaliação se amplia, pois deixa de ser meramente individual, e passa a considerar os processos intersubjetivos em condições interativas e dialógicas mais semelhantes ao contexto sociocultural da criança (Werner, 1999, p.168). Com a avaliação em grupo, conseguíamos avaliar melhor suas funções psíquicas superiores (como atenção, linguagem, memória, controle motor, percepção e aprendizagem) de modo mais próximo à sua realidade, nos distanciando de leituras medicalizantes.

Na concepção teórica-metodológica do Ambulatório, a formação das funções psíquicas superiores envolve um processo recíproco de imersão do sujeito na cultura. Isto é, o surgimento do pensamento verbal não acontece de forma mecânica e linear de ação do meio sobre um indivíduo passivo. Também não decorre da ação isolada de um indivíduo ativo sobre o meio. Mas é na relação do sujeito com o mundo que acontece a internalização da linguagem, que só é possível através da mediação de um outro sujeito. Sobre essas funções, entendemos com Werner (1997) que o estudo da relação entre linguagem, pensamento e ação nos ajuda para compreendermos suas formações, pois, para a perspectiva histórico-cultural:

O pensamento tipicamente humano é constituído pela linguagem, pois é a partir do momento em que a linguagem entra em cena, no curso do desenvolvimento, que o pensamento se torna verbal e a fala racional. (Werner, 2015, p.34).

Por isso, sinalizamos como interessante o atendimento em grupo. É na relação do sujeito com seus pares que ele vai se constituindo e também alterando seu modo de operar na realidade. Juntamente com a função planejadora e organizadora da linguagem, a criança, com o pensamento verbal, passa a dominar a manipulação de objetos e a solucionar problemas. Nesse sentido, o sujeito passa a ser objeto de seu próprio comportamento à medida que a fala, além de facilitar sua efetiva manipulação dos objetos, passa a controlar também seu próprio comportamento. (Vygotsky, 1991; 1998).

Um conceito vygotskyano que estaria vinculado a formação dessas funções seria o de zona de desenvolvimento proximal. Já abordamos esse conceito no capítulo anterior, quando discutimos sobre o modo que aquela disciplina que cursei, vinculada ao Ambulatório, funcionava e avaliava seus estudantes.<sup>31</sup> Naquele momento, afirmamos que não apenas o professor, mas qualquer outro par com maior conhecimento sobre determinado assunto seria visto enquanto um mediador na aprendizagem. E, trazendo essa mesma lógica para os atendimentos clínicos, compreendemos que o profissional que está avaliando seu paciente deve ser considerado enquanto um mediador na relação entre a criança e o conteúdo a ser aprendido, que está sendo avaliado. Não somente o profissional, no caso, mas toda

---

<sup>31</sup> Ver páginas 62, 63 e 64.

a equipe de estudantes que acompanhava o atendimento e também as outras crianças, entendidos enquanto pares e participantes também da avaliação. A partir do encontro do paciente com toda essa equipe, perceberíamos seu desenvolvimento em potencial.

A avaliação diagnóstica tradicional em psiquiatria decorre, em geral, de paradigmas advindos das ciências naturais, como buscar neutralidade e objetividade nos atendimentos clínicos (Werner, 1999). Esses paradigmas reduzem o sujeito e complexidade do comportamento e do psiquismo humanos enquanto fenômenos naturais, reduzindo sua prática a uma leitura anátomo-fisiológica e, portanto, medicalizante. Partindo do pressuposto histórico-cultural, no Ambulatório tínhamos uma leitura crítica a essa visão, pois valorizávamos a participação do outro na constituição do sujeito, ao considerar que o próprio desenvolvimento biológico da criança poderia ser transformado pelo e no social. Defendíamos, assim, a ideia de que o social não apenas “interage” com a dimensão biológica do sujeito, mas seria capaz de criar novos sistemas funcionais, por isso o atendimento em grupo nos parecia interessante. (Vygotsky, 1991; Werner, 2000, 2015).

A partir desse modo de pensar, indicamos como uma pista desmedicalizante [analisarmos nas avaliações clínicas os processos, e não os diagnósticos iniciais das crianças em si.](#) Tentávamos encontrar explicações para os comportamentos ou sofrimentos das crianças que revelassem as relações dinâmicas e históricas que estavam associadas a eles, e não uma dimensão biologizante da questão. O eixo da avaliação era, assim, deslocado do sujeito avaliado para as relações interpessoais, de modo a identificar tanto seus modos de operar na realidade já formados, quanto os que estavam em transformações e apareciam com a mediação do avaliador, na atuação - no que Vygotsky nomeou de zonas de desenvolvimento proximal.

Outra pista desmedicalizante que podemos pensar a respeito das avaliações clínicas é [atentarmos para a carga afetiva das relações produzidas.](#) Compreendíamos que o desenvolvimento se daria dependendo de determinada carga afetiva presente na dinâmica dialógica. Quanto mais organizada e significativa fosse a coletividade na qual o sujeito se orienta, e quanto mais ele se orienta para essa coletividade e para o outro, mais complexo seria seu mundo interior e mais organizada e forte seria sua atividade mental. E isso tem que ser levado em consideração em uma avaliação, seja psicológica, escolar ou médica.

Portanto, não fazia sentido avaliarmos naquele serviço o paciente a partir de um biodiagnóstico, seja produzido pela nossa equipe ou proferido pela escola e família. Ao receber uma criança com um diagnóstico de dislexia, por exemplo, qual o objetivo de aplicarmos uma avaliação que a desafie a ler determinado texto? Só para confirmar o diagnóstico? Não é necessário. Nós consideramos a avaliação pedagógica feita pela professora e acreditamos quando a escola afirma que aquela estudante tem dificuldades na leitura-escrita. Por isso, pensamos que a prática do psicólogo e do psiquiatra não deve

se limitar a confirmar ou a produzir diagnósticos, mas pensar junto com a família e a escola não apenas sobre as dificuldades daquela criança, mas que as estratégias pedagógicas e médicas adotaremos para o desenvolvimento dessa menina.

Essa forma de avaliar clinicamente um paciente nos dava notícia não de um prognóstico e tratamento daquele paciente. A partir da interação da criança com os demais atores em seu processo de avaliação (o avaliador e as outras crianças presentes na sala), observávamos tanto suas habilidades já consolidadas, quanto as que estavam em formação e eram potencializadas com a mediação correta. Isso nos orientava no planejamento das assistências necessárias para aquela criança, ou seja, nos orientava quanto ao tratamento e orientação que deveríamos dar à família e a escola. (Werner, 1999)

Outro ponto interessante nesse modo de conceber uma avaliação clínica é que, enquanto avaliadores, não sabíamos qual era a queixa inicial daquele paciente e os motivos de seu encaminhamento a um serviço de psiquiatria. Atendíamos primeiro a criança para depois conversar com a família. Ou, quando estávamos em grupos maiores, os estudantes que estavam na sala para atender a criança não tinham contato com seu prontuário antes de conhecê-la. Essa metodologia nos permitia [conhecermos primeiro a criança e não os comportamentos que causavam problemas em casa ou na escola](#), o que nos parece ser uma pista desmedicalizante.

Adotar essa conduta nos dava certa liberdade na forma como olhávamos e interagíamos com aquele paciente, sem pré-conceitos ou rótulos diagnósticos mediando nossa relação. Essa proposta que o Ambulatório tinha (primeiro conhecer a criança, para depois ler a queixa do encaminhamento) permitia que o profissional/estudante construísse seu próprio olhar a respeito do paciente, antes de voltar-se para percepções de terceiros, como as dos professores, diretora, médicos e psicólogos por onde essa criança já havia passado.

Nessa mesma direção, quando a criança chegava ao serviço por meio de um encaminhamento da escola, era verificado primeiro se havia algum relatório sobre ela. [Se houvesse, este relatório não era lido imediatamente, pois aguardávamos o primeiro contato com a criança e com os pais](#). Adotávamos essa metodologia porque era recorrente recebermos crianças já com supostos diagnósticos, proferido pelo corpo pedagógico da escola, escritos explicitamente nesses relatórios. Recordo de um desses relatórios recebidos com páginas e mais páginas sobre os comportamentos daquela criança. Com uma tabela, se descrevia o comportamento indesejado, dia, horário e local dos “delitos” que o estudante cometeu no ambiente escolar, e que justificariam, segundo aquele relatório escolar, determinado diagnóstico e intervenção psiquiátrica.

Por isso, quando a recebíamos esse tipo de relatório, em que se “colava” a criança a certo diagnóstico, este não era lido de imediato ou antes do atendimento. [Compreendíamos que aquela nomenclatura indicava a apresentação de certa conduta, mas nada dizia sobre a explicação de sua](#)

[natureza](#), como se houvesse uma doença *a priori*, uma entidade responsável por tais “sintomas”. Esse modo de compreender as nomenclaturas diagnósticas nos parece ser mais uma pista desmedicalizante se pensarmos a função social do diagnóstico tradicional

Para Vygotsky, o diagnóstico tradicional cristaliza o que deve ser visto Como parte da dinâmica do desenvolvimento. Dessa forma, a deficiência é coisificada, e a consequência do diagnóstico orientado para aquilo que “falta”, de modo a estabelecer limites a priori para o desenvolvimento infantil. Ao invés disso, a avaliação diagnóstica deveria propiciar conhecimento sobre as possibilidades ou potencialidades de funcionamento daquele sujeito (Werner, 2007).

Entendemos que a nomenclatura do diagnóstico ao mesmo tempo que orienta certa terapêutica, pode cristalizar o que deveria ser visto como processo dinâmico do desenvolvimento infantil. Ou seja, diagnóstico produz subjetividades naquele sujeito e nas pessoas com as quais ele se relaciona e, dependendo do modo como a família recebe o diagnóstico pelo médico, indicando sem qualquer cuidado o “nome” do transtorno mental, este pode vir acompanhado por certa conformidade, como se a “doença” fosse inevitável. E esse modo de compreender a doença é complicado quando estamos falando de desenvolvimento infantil. A literatura já indica que quando os hormônios do crescimento não têm motivo social relevante para serem produzidos e usados, a mente-corpo da criança interrompem seus desenvolvimentos. (Werner, 2000). Conforme discutimos na dissertação de mestrado:

Pensamos que, dependendo da forma como o profissional faça e anuncie esse diagnóstico à família, este pode, muitas vezes, interromper uma potência, um fluxo, um desejo de aprender, limitando ainda mais a criança ao invés de potencializá-la. Se for concebido como determinista, o diagnóstico pode inibir qualquer possibilidade de investimento afetivo e social por parte da família e, sem expectativas, a predição dos diagnósticos acaba transformando-se em realidade. (Damasceno, 2016, p.85)

Para pensarmos práticas desmedicalizantes, temos então que nos distanciar de práticas psicológicas e médicas baseadas em diagnósticos fechados e classificações, a partir de interrogatórios sugestivos ou instrumentos como testes de QI e de nível de atenção. Esses materiais estabelecem limites a priori para o desenvolvimento do sujeito, predizendo de forma determinista um potencial do sujeito que só pode ser concebido na relação com o outro. (Vygotsky, 1991).

Recordo, nesse momento, de um paciente que atendi no consultório. O adolescente dizia ter procurado psicoterapia para *tratar seu TOC*<sup>32</sup>. Ele nunca tinha ido a um psiquiatra e seu “diagnóstico” foi feito por ele mesmo, baseado nas informações encontradas na internet, prática muito comum no contemporâneo, como já afirmamos.

---

<sup>32</sup> Sigla referente ao Transtorno Obsessivo Compulsivo

Nas primeiras sessões, sua fala era reduzida a explicar o que era transtorno, a citar os sintomas que o fizeram se enquadrar nesse diagnóstico, se naquela semana repetiu mais ou menos vezes determinada “mania” – rituais que de fato lhe traziam muito sofrimento no dia a dia. No final de toda sessão, insistia em me pedir um manual, um livro, ou um filme que ele pudesse recorrer para “estudar em casa e se curar do TOC”, demanda que eu não atendia.

No decorrer de seu processo terapêutico, contudo, muito incentivado por mim, passou a utilizar aquele espaço também para falar sobre o início da faculdade, suas ansiedades e expectativas, sobre sua infância e família, me conta que começou a namorar e como estava sendo esse relacionamento.

Meses depois de ter iniciado a terapia, enquanto falava sobre uma dessas questões... se interrompe por um instante, e reflexivo, desabafa: *Eu só queria saber se sou eu que estou questionando essas coisas... ou se é o TOC.*

*Como assim?* – eu pergunto. E recebo a seguinte resposta: *Queria saber se essas dúvidas sobre meu namoro são minhas mesmo mes-mo, ou se não fazem parte de mim, se são O TOC.* E gesticula, primeiro com a mão no peito e, depois, batendo ao lado no sofá, como se TOC fosse uma entidade, um fora, e não uma composição do seu corpo.

Como pensar essa cena de modo a não reforçar o discurso medicalizante que esse paciente traz desde sua primeira sessão? Elegemos, então, como importante pista desmedicalizante [olharmos para as concepções teóricas que fundamentamos nossas práticas](#). Que modelos teóricos fundamentam nossas metodologias de trabalho? Alinhados a que autores concebemos os problemas de aprendizagem, de comportamento, os transtornos mentais (como o TOC, por exemplo) e conceitos como normal, anormal, desenvolvimento, doença e saúde na nossa prática clínica?

Entendemos que alguns modelos teóricos se aproximariam mais do discurso medicalizante que outros, especialmente quando aplicados a Educação e a prática clínica, no que se refere a forma de compreender os processos de desenvolvimento e aprendizagem, conforme veremos a seguir:

O modelo teórico organicista, por exemplo, entende que os sujeitos seguiriam invariavelmente o mesmo ritmo de aprendizagem, fazendo sentido para essa concepção estabelecer um padrão de condutas esperadas. Associada a um discurso medicalizante, essa forma de compreensão levaria o profissional a conceber enquanto “anormal” o estudante que apresentasse um comportamento diferente daquela norma pré-estabelecida, esperada e desejada dentro de uma certa faixa etária, sendo essa diferença medicalizada - por ser entendida enquanto uma variação quantitativa do indivíduo entre o momento estático da saúde e o da doença.

Outro modelo teórico que entendemos que se aproximaria de um viés medicalizante é a concepção mecanicista de desenvolvimento. Segundo ela, os sujeitos seriam semelhantes a máquinas, reagindo passivamente frente às interferências do meio externo, o que determinariam suas

modificações. Essa concepção traz a ideia da “tábula rasa” dos processos maturacionais, compreendendo o comportamento humano enquanto binômio estímulo e resposta. Nela, o ambiente teria um importante papel em estimular esse sujeito e ajustá-los conforme um ideal de normalidade.

Percebemos que a sociedade contemporânea tem organizado seu cotidiano apoiando-se na noção de “normalidade”, reduzindo para isso a complexidade do sujeito à sua dimensão biológica, e fazendo pouco caso da qualidade das relações que ele estabelece com os outros. É “normal”, por exemplo, uma criança aprender certo conteúdo dentro de um tempo ou de uma forma esperada. Aquela criança que, por variados motivos, não atinge ao que lhe é esperado ou desejado no ambiente em que está, passa a carregar consigo um rótulo, de que “ele não é normal”, “tem um problema”, ou ainda, “tem uma patologia”.

Assim, analisamos que muitos profissionais, tanto da Saúde, quanto da Educação, adentram nas instituições família de forma a intervir diretamente no modo como nos relacionamos uns com os outros, a partir dessas questões relacionadas à normalização de comportamentos tidos como patológicos. Tomemos como exemplo a fala a seguir:

*“Primeiro, a professora insistiu que eu levasse ele em um psiquiatra! Levei e consegui o laudo. E aí, olha no que deu! Estão dizendo que, esse ano, para o Fundamental, a escola não está preparada para receber um autista! A diretora que me pediu o laudo ainda me pediu desculpas por não receber meu filho, e sugeriu que eu procurasse uma escola da Rede [municipal] pois dificilmente uma [escola] particular iria querer “pegar esse problema”!. E a mãe se emociona na entrevista: “Aí eu respondi: esse ‘problema’ é o meu filho, doutora! Estou cansada! Quando vão enxergar ele como só uma criança, e não como um doente?”*

O trecho acima refere-se à fala de uma mãe que chegou no início de 2018 ao Ambulatório preocupada com o filho que estava fora da escola pois estávamos em março e nenhuma escola do bairro queria matricular ele. É nesse sentido que indicamos que o discurso do profissional da saúde ou da educação, que reduz o sujeito ao seu aspecto biológico, aparece como barreira à sua inclusão social, o qual mal chega nas instituições e já são categorizadas e medicadas, levando consigo ainda a causa biológica de seus sintomas e dificuldades. Embora esse fato não seja assumido, estariam a priori excluídos da escola os deficientes, os portadores de algum transtorno, os fracos, os que não aprendem (Werner, 2000; 2007).

Às vezes, essa questão não aparece de forma tão clara como nesse caso citado, até porque existe toda uma política de inclusão e uma legislação que proíbe a exigência de laudos para matricular ou manter a matrícula de um estudante, e também não se pode recusar um estudante em função de qualquer comprometimento que tenha, como uma deficiência ou um transtorno mental. Contudo, a

escola coloca tantas barreiras para aceitar a criança que chegamos à pergunta: Qual mãe vai insistir para que seu filho estude, e passe a maior parte de seu dia, em um lugar que não lhe quer?

Bastos (2017) percebe um movimento semelhante:

Ouvimos certa vez de uma profissional que na escola, quando necessário, se pratica a “expulsão branca”. Essa consiste em “convidar” o estudante, que se tornou estudante-problema, a deixar aquela escola. Isso porque, segundo ela, a legislação que regulamenta a educação não permite que os estudantes que não se adequam as regras preconizadas pela instituição – dentre elas, não aprender o conteúdo escolar proposto; não se comportar adequadamente - sejam de fato excluídos das instituições de ensino. Como podemos ver, as formas de segregação praticadas pelas escolas são as mais diversas, em geral focalizadas nos estudantes, deixando de lado a compreensão dos fatores institucionais e sociais que levam a referida inadequação. (p.199-200)

Há um enorme sofrimento desses pais que acabam sentindo-se incapazes de cumprir seus papéis com seus filhos sem recorrer à supervisão ou a pareceres e laudos de especialistas. Ou ainda, como no caso citado, a escola impõe o encaminhamento ao tratamento médico como condição de aceitar essa criança. Sendo que esse laudo acaba sendo usado, muitas vezes, contra ela mesmo. Conforme Bastos (2017):

Encaminha-se às instituições de saúde quando se acredita que o estudante é portador de algum tipo de doença física ou mental que interfere no rendimento escolar. Caso a instituição saúde não detecte uma doença no estudante ou o Conselho Tutelar não se mostre efetivo – posto que a escola tenha tentado de tudo na expectativa de resolver o problema internamente, e o problema se mantenha - opta-se por outra medida: negociar com as demais escolas da região a transferência do estudante, o que nem sempre se viabiliza. (p.199)

Desse modo, os pais percorrem uma trajetória pelos postos de saúde, consultórios e ambulatórios para obter respostas que ofereçam uma explicação de fundo biológico ao “comportamento agitado” do filho, a “indisciplina”, o porquê de suas dificuldades escolares ou de sua “falta de concentração” nos deveres de casa. Com isso, questões de ordens sociais, históricas, pedagógicas, familiares e políticas, passam a ser reduzidas por um senso-comum a problemas de âmbito médico.

Recordo também de outra paciente, que procurou a terapia em função de outras questões que não envolvem a filha, mas que em um de seus atendimentos relata indignada: *“Agora você vê! To vindo da escola da mais velha e a diretora falou que ela não vai poder ir no passeio! Disseram que não sabem como ela vai se comportar, já que o autista é imprevisível! Tudo bem, ela tem umas diferenças, mas quem é que não têm! Ela é super independente, estava animada para ir... Ela precisa mesmo é desse convívio, por que qual criança que não é imprevisível?”*

São falas como essa que nos motiva a continuarmos pesquisando o discurso da medicalização, seus efeitos, e, principalmente, a buscar formas de resistir a ele. Compreendemos que o profissional

não deve centralizar seu modo de intervenção somente na criança, mas ter uma compreensão ampla da importância das relações sociais que seu paciente estabelece na instituição de saúde, escolar, em casa, em sua comunidade. Entendemos que, se não há essa atenção especial, corremos o risco, muitas vezes, do próprio laudo médico desempenhar um papel legitimador da exclusão social, a partir do momento em que cristaliza o desenvolvimento infantil, que deveria ser visto como um processo dialético e contínuo.

Além das concepções organicistas e mecanicistas de desenvolvimento, que giram em torno dessa questão na normalização dos comportamentos, há outras concepções teóricas que têm fundamentado críticas consistentes ao discurso da medicalização e apostamos nelas para a construção de práticas desmedicalizantes.

No primeiro capítulo desta tese, fizemos um levantamento bibliográfico na busca por pistas desmedicalizantes. Nele, encontramos um artigo interessante para pensarmos sobre essas questões teóricas que atravessam e fundamentam nossas práticas. Esse artigo, nomeado “Medicalização Escolar em Periódicos de Psicologia e Educação no Triênio 2010-2012” (Gomes; Simoni-Castro, 2017), traz um levantamento bibliográfico semelhante ao que fizemos na literatura, mas com diferentes descritores, fontes e intervalos de tempo. Os autores buscaram artigos na literatura que, não necessariamente abordassem o tema da medicalização, mas discutissem, de modo geral, os processos escolares, como o não aprender ou o não se comportar na escola, em revistas tanto de Psicologia quanto de Educação.

Uma das análises produzidas por esse trabalho foi que os autores se depararam com uma quantidade expressiva de artigos fundamentados nos manuais diagnósticos e que abordavam as dificuldades escolares aproximando-as de doenças e padrões de normalidade. Esses artigos compreendiam os processos do não aprender e/ou não se comportar na escola como algo alocado no estudante, de modo individualizado e totalmente descontextualizado, sendo que, em sua maioria, eram amparados em testes, escalas, avaliações padronizadas nacional ou internacionalmente, que rotulavam os avaliados antes mesmo da aplicação dessas ferramentas.

Percebem como as concepções mecanicistas e organicistas estão por detrás de trabalhos como estes? Essas pesquisas percebem os estudantes enquanto massas homogêneas que devem seguir, invariavelmente, o mesmo ritmo de aprendizagem, indo ao encontro de uma ciência positiva e adaptacionista. Aquele sujeito que destoe do desejado é ora culpado individualmente, dada sua incapacidade de aprender ou se comportar na escola, ora a culpa se direciona para os estímulos por ele recebido, que são questionados e as intervenções entendidas como ineficazes para produzir comportamentos desejáveis. Independente da explicação escolhida, medicalizam o processo, uma vez que a responsabilidade do desajustamento é, ora organicamente do objeto de intervenção (estudante), ora do sujeito (pesquisador/profissional), que erra na escolha do estímulo a ele oferecido.

Gomes e Simoni-Castro (2017) também encontraram artigos críticos à medicalização escolar, mas, segundo os autores, eram a minoria. Dos 61 artigos analisados, apenas 15 deles tinham um posicionamento crítico e que, inclusive, traziam argumentações teórico-filosóficas fundamentadas principalmente em autores da escola Foucaultiana e da Psicologia Histórico-Cultural.

Quando, no primeiro capítulo desta tese, fizemos o levantamento dos artigos interessados pelo tema da medicalização na literatura, percebemos o mesmo resultado. A maioria dessas publicações abordavam o tema de forma crítica fundamentada em duas principais argumentações teórico-filosóficas: na escola foucaultiana e na perspectiva Histórico-Cultural proposta por Vygotsky. Havia, ainda, alguns poucos artigos referenciados na Psicanálise e na Fenomenologia, mas, sem dúvidas, as outras duas escolas se destacaram em nosso levantamento.

Gomes e Simoni-Castro (2017) não desenvolveram sobre o modo como esses artigos desconstruíam o discurso medicalizante em suas práticas. Contudo, sinalizaram que esses artigos encontrados rompiam com os conceitos de transtornos de aprendizagem, assinalando a preocupação com o uso de terminologias que rotulam e excluem quem está aquém do esperado. Essa análise encontra ressonância ao que dissemos também, anteriormente, quanto ao cuidado no uso das terminologias nos atendimentos enquanto uma pista desmedicalizantes<sup>33</sup>.

Sinalizamos, portanto, enquanto uma pista [dialogarmos com autores como Vygotsky e Foucault para fundamentarmos teórica e metodologicamente nossas práticas desmedicalizantes](#). Não estamos aqui esquecendo que são autores com perspectivas diferentes quanto aos modos de produção de subjetividade, pois, enquanto o primeiro tem uma leitura estruturalista e se vincula do método dialético marxista, o segundo é considerado pós-estruturalista, interessado nos processos de sujeição e na ruptura dos modos identitários na compreensão da realidade. Contudo, estamos sinalizando que ambos têm muito a contribuir quando queremos problematizar o discurso da medicalização e repensar nossos modos de intervir na escola ou na clínica.

Para Foucault, a história da humanidade é uma história de luta e resistência contra o assujeitamento do homem pelo homem, por isso o mais importante não é descobriremos quem somos, no sentido orgânico/biológico, mas recusarmos aquilo que somos. Os estudos de Foucault, portanto, nos ajudam a analisar os discursos enquanto mecanismos de controle social, entendendo que eles produzem realidades, efeitos nos corpos dos sujeitos. Já Vygotsky trabalha com a noção de um ser social, constituído na inter-relação com a realidade social, reconhecendo que a aprendizagem e o desenvolvimento da criança não podem ser abstraídos da realidade concreta, da economia vigente, do cenário político, do funcionamento institucional presente nas escolas e do cotidiano familiar.

---

<sup>33</sup> Ver página 50.

Feitas essas considerações, encontramos ressonâncias nas teorias de Foucault e Vygotsky quando partem do princípio de que não é o homem que constitui a linguagem, mas a linguagem que constitui o homem. (Fontes, 2002). Tanto para Foucault, quanto para Vygotsky, a subjetividade constitui-se socialmente através da linguagem e o sujeito sempre é visto de forma contextualizada e situado historicamente. Esse é o ponto que mais nos interessa aqui. Ambos referem-se à concepção de um sujeito produzido sempre em relação com o social, entendendo que a aprendizagem e o desenvolvimento da criança não podem ser abstraídos de sua realidade social, tanto no que diz respeito a questões macropolíticas (economia, políticas de educação e inclusão, saneamento básico, superlotação dos transportes públicos, entre muitos outros fatores que produziriam efeitos na escolarização dessa criança); quanto em suas relações próximas com sua comunidade, com os serviços que saúde por onde passou, com o funcionamento institucional de sua escola, com a dinâmica de sua família, etc.

Parecem óbvias essas considerações, mas quando lembramos que existem práticas clínicas que se sustentam na busca por uma neutralidade e objetividade científica, percebemos o quanto é necessário discutirmos essas questões. A principal diferença entre os trabalhos fundamentados na escola foucaultiana ou no modelo histórico-cultural, em comparação as concepções mecanicistas e organicistas comentadas anteriormente, é que aquelas partem do pressuposto que as relações sociais não simplesmente “condicionam” ou “estimulam” a criança, mas a constituem como sujeito, produzindo subjetividades. O sujeito não é, desse modo, representado nem pela metáfora de uma máquina nem por um organismo vivo medicalizado, mas por um corpo social.

Retornando para o funcionamento do Ambulatório, vemos que, fundamentado na perspectiva histórico-cultural de Vygotsky, aquele serviço compreendia, em sua prática clínica, que os biodiagnósticos em psiquiatria são de caráter descritivos e não autoexplicativos. Por isso, os relatórios com os diagnósticos proferidos pela escola não eram lidos imediatamente. Nossa prática clínica não se sustentava nessas nomenclaturas que direcionariam nosso olhar para a falta, para aquilo que o paciente não consegue fazer, e não para as suas potencialidades enquanto estudante.

Quando trouxemos a cena daquele rapaz se questionando no consultório se o que ele pensava era *dele mes-mo*, ou se era do TOC, percebemos que aquele sujeito tomava seu diagnóstico enquanto uma entidade nosológica. Partia da ideia de que aquele transtorno mental seria responsável por provocar nele pensamentos que não seriam *dele*, enquanto uma essência, que corromperia sua “índole” ou “personalidade” ou “carácter”. Atravessada pela minha formação na universidade e, também, pelas experiências do Ambulatório, aprendi, enquanto clínica, a não fazer pouco caso do sofrimento de pacientes assim, disputando com eles uma verdade, confrontando-os para chegar à conclusão se eles teriam ou não o TOC *em si*.

Conforme entendemos com Foucault, na clínica, não devemos colocar em jogo uma disputa de quem está com a verdade (o médico ou o paciente?), caso contrário, cairíamos na mesma armadilha de tomar as categorias diagnósticas enquanto entidades, que explicariam ou não os comportamentos. Recordam de quando afirmamos nesta tese que, com Foucault, queremos pensar que o transtorno mental em si “não existe”, o que não quer dizer que seja nada (Foucault, 2008a). É sobre essa perspectiva que estamos falando aqui.

Me emprestando do modo como o Ambulatório compreendia as nomenclaturas diagnósticas, trago hoje para minha prática clínica no consultório o entendimento dessas categorias enquanto descritivas. Ou seja, enquanto terminologias para uso burocrático, para garantir um passe livre do paciente, acesso ao tratamento, para facilitar nossa comunicação enquanto profissionais que atendem o mesmo paciente. Quando recebo um paciente que diz que *tem TOC*, preciso ter uma noção do que compõe esse transtorno para entender seus sintomas, seus comportamentos, mas isso é diferente de tomarmos essa sigla enquanto explicativa para esses comportamentos, enquanto uma entidade. Como se ele pudesse ter o TOC, e em determinado momento não mais. Ou como se aquilo que estivesse pensando não foi ele, mas o TOC que o obrigou a pensar daquela forma e não de outra. Discursos assim desimplicariam o sujeito daquilo que se queixa em terapia.

Ainda sobre essa questão dos biodiagnóstico, recordo de outro caso que vivenciei no consultório. Recebi para atendimento uma paciente que era mãe de duas meninas, próximas de seus 10 anos de idade. Ela se referia às filhas como “a do TDAH” e “a da Fobia”. Eu a interrogo sobre isso e ela me conta que tudo começou quando uma delas foi encaminhada a um neuropediatra aos seis anos de idade.

*- Ela não queria ir à escola, não falava com desconhecidos, nem para comprar um pão! Me deixava desconcertada na rua!*

*- Ah, ela era tímida? – pergunto.*

*- Que nada! Tinha problema de cabeça mesmo.*

E então ela me conta que saiu do neuropediatra com um laudo de fobia social e a receita de um medicamento, que não lembra mais o nome. E continua me contando que, depois de um tempo, a escola se queixou da outra filha, que estava, segundo a professora, muito dispersa em sala de aula.

*- O que eu fiz? Voltei naquele médico, é claro!*

A menina foi diagnosticada com TDAH naquela primeira e única consulta.

*- E quer saber, Luísa? Comprei a Ritalina para as duas! Eu sei que a da Fobia não tinha esse problema, mas vai que tivesse, né? O médico disse que é genético. E se ia melhorar a atenção, devia ser bom para a outra também.*

Hoje, após três anos, ela não sabe me dizer por que as meninas ainda tomam os remédios, nem se percebeu alguma mudança nelas.

- *Eu vou lá, ele dá a receita, e eu continuo dando. Só sei que a escola parou de reclamar porque elas estão em acompanhamento médico.*

Poderíamos levantar várias questões a partir dessa cena. Mas queremos usá-la para continuarmos pensando: que concepções teóricas vão compor nossas práticas desmedicalizantes? Quando um profissional explica as queixas escolares por um viés teórico reducionista, por uma dimensão orgânica, individual, ou mesmo genética, é esperado que ele recorra a compêndios e manuais diagnósticos, como DSM-V e CID-10, como ferramentas principais de sua intervenção. Essa metodologia consistiria em utilizar esse material para identificar sintomas e classificar esses comportamentos a partir de supostos transtornos e, em seguida, reduziria a conduta médica a uma mera prescrição de medicamentos.

Como trouxemos com o caso dessas irmãs, tem sido muito comum recebermos na clínica discursos que banalizam o uso de medicamentos. Já não se sabe quem mais toma o quê! Apesar de compreendermos que o fenômeno da medicalização vai além da questão medicamentosa, temos observado que muitos médicos e serviços têm fundamentado suas formas de trabalhar nesse movimento: diagnosticar e medicar. Mesmo às vezes indicando que o paciente faça também psicoterapia, os profissionais não têm aberto mão de incluir o uso de antidepressivos, estabilizadores de humor, ou ansiolíticos no tratamento. Por conta disso, levantamos como pista desmedicalizante [nos interrogarmos sobre como concebemos as noções de “doente”, “saúdável” na clínica, caso contrário estaremos reduzindo nossas práticas a esses modos de operar medicalizantes.](#)

Em trabalho citado anteriormente, Gomes e Simoni-Castro (2017) analisaram não apenas as concepções teóricas que sustentavam os artigos sobre o não-aprender, mas as metodologias utilizadas por aqueles trabalhos. Com isso, constataram um número predominante de estudos que se utilizaram de “testes, escalas, avaliações padronizadas nacional e/ou internacionalmente para obter os objetivos propostos” (p.430). O interessante, conforme as autoras, é que:

Desse conjunto, alguns fizeram alusão, em poucas linhas, sobre o *como ensinar*, porém em nenhum dos estudos observou-se o procedimento de ir à escola, avaliar o conteúdo programático, questionar as diretrizes educacionais, os padrões de idade para aprender a ler, a escrever, calcular, etc. Os testes, quando mal empregados - descontextualizados da realidade social, histórica e cultural e, inclusive, do ambiente educacional - tendem a uniformizar os indivíduos, desconsiderando singularidades, anulando subjetividades com base em modelos de comportamentos que são considerados típicos. (*ibid.*, p.430)

No levantamento bibliográfico feito no capítulo anterior, constatamos que o transtorno com maior destaque hoje na literatura é o TDA/H. Em um viés medicalizante, essa sigla pode vir a representar uma disfunção biológica, cuja maturação orgânica encontra-se comprometida a ponto de

interferir na aprendizagem desses sujeitos. Moysés e Collares (2010) afirmam que há mais de cem anos são formuladas hipóteses neurológicas de transtornos que acometeriam a aprendizagem e/ou o comportamento, as quais jamais foram comprovadas, e cujos conceitos continuam inconclusos. Conforme Meira (2012): “Tanto a descrição do transtorno quanto o tipo de sintomas que sustentam o seu diagnóstico revelam a falta de uma análise crítica sobre as relações entre os fenômenos que ocorrem na educação e o contexto histórico-social que a determina. (p.138)

Portanto, retomamos uma pista já comentada nesta tese quando percebemos o quanto se faz necessário hoje [pensarmos práticas que rompam com visões que naturalizam em termos preponderantemente biológicos e individualizantes o fenômeno psicológico.](#) Entendemos que um trabalho baseado exclusivamente em testes e inventários, nada diria respeito à natureza da queixa do paciente, tampouco forneceria informação sobre as estratégias usadas pela criança para a resolução das tarefas ou suas necessidades biopsicossociais. Mas, apenas reforçaria a concepção individualista de desenvolvimento e aprendizagem, pontuando sintomas e estabelecendo classificações e comparações entre as crianças.

No nosso levantamento, não encontramos nenhum trabalho com esse viés porque selecionamos artigos com o descritor medicalização. Ou seja, selecionamos artigos já críticos à medicalização. Mas Gomes e Simoni-Castro (2017), ao buscarem por temas vinculados à não-aprendizagem, e não necessariamente à medicalização, encontraram um número expressivo de artigos que combinaram os testes padronizados e a comparação entre grupos. Em geral, esses artigos dividiam os estudantes-problema em dois grupos, que eram submetidos a um conjunto de informações denominadas de “intervenção” e classificados entre aqueles que obtiveram “sucesso” ou os que “fracassaram” com/sem suas chamadas intervenções. Por fim, confirmavam que o problema era mesmo da criança que não aprendeu, pois o grupo considerado de excelência era confirmado.

Segundo Gomes e Simoni-Castro (2017), a maioria desses artigos só descreviam ou mensuravam o problema, e os poucos que apresentavam “soluções” para as dificuldades escolares eram limitadas a intervenções com o estudante por meio de encaminhamentos individuais para especialistas médicos ou profissionais da educação para “terem aulas de reforço”. Percebem a contradição? Ao mesmo tempo em que alguns autores proclamavam que a causa do “fracasso” seria biológica, prescreviam uma educação pedagógica como forma de superação desse “fracasso”. Ironicamente, isso derrubaria o caráter natural para a justificativa da (não) aprendizagem que eles mesmo afirmam. Desse modo, reafirmamos outra pista já sinalizada nessa tese: [tal instrumento de pesquisa e intervenção se mostra ineficaz em qualquer avaliação à medida que se rotula antes mesmo da aplicação do teste.](#)

Maria Helena de Souza Patto (2010) nos ajuda a pensar nesse sentido. Essa autora discute a produção de destinos nos ambientes escolares por meio da noção de “profecia autorrealizadora”. Esse conceito estaria relacionado ao fato de os sujeitos não reagirem somente aos traços objetivos de uma dada situação, mas também ao sentido que essa situação tem para eles. Em outras palavras, as expectativas que os educadores projetam em seus estudantes influenciam diretamente em seus “sucessos” ou “fracassos”, já que uma dificuldade de aprendizagem não, necessariamente, se daria por conta de uma dificuldade *do estudante*, mas da relação e sentidos que ele constrói com esse professor, com a escola e com aquele conteúdo a ser aprendido.

O estudante com determinado transtorno vai ter dificuldades para aprender...então o professor não ensina determinado conteúdo...e aí estudante de fato não aprende! E ainda surgem falas como “Está vendo, eu já sabia” com relação ao empenho daquele estudante coladas a uma profecia autorrealizadora. No Ambulatório, uma vez conversando com a professora de um paciente encaminhado, ela me disse: “*Eu bato o olho e vejo quem tem problema e quem não tem*”. Percebem como o professor muitas vezes vira um paramédico que separa aqueles que aprenderão e os que não?

Segundo Patto (*ibid.*), os professores tendem a se relacionar com seus estudantes a partir de determinados juízos de valores construídos social e historicamente, e passam a investir nesses estudantes, conforme suas expectativas, consciente ou inconscientemente. Caso um estudante seja associado a um diagnóstico de “transtorno de aprendizagem”, por exemplo, entendemos que o professor não olhará mais para esse estudante do mesmo modo como antes, agindo com ele enquanto *alguém que tem um transtorno de aprendizagem*, pautando-se numa concepção marcada mais por um descrédito e limitações desse estudante, do que na sua capacidade de aprender.

Em contrapartida, emerge nessa relação o estudante-problema, uma vez que esse estudante passa também a acreditar nessas limitações e a agir como age o professor consigo, confirmando a hipótese inicial de que ele teria sim um “transtorno de aprendizagem”. Colado a um discurso medicalizante, diríamos, ainda, que esse transtorno não seria apenas uma dificuldade (um déficit) apresentada por esse estudante em relação aos demais, em relação a um desempenho ideal, desejado ou esperado, mas esse transtorno seria algo genético e passível de ser tratado via medicação. E aos poucos, a questão antes pedagógica passa a ser médica e, daí, surgem os encaminhamentos para consultórios e ambulatórios de psiquiatra para “avaliar” esses estudantes que já foram “avaliados informalmente”. (Freitas, *at al*, 2009; Bourdieu, 2018; Santos; Ferraroto, E 2021)

Sobre essa questão, recordo de uma experiência que atravessou o meu Ensino Médio. Os estudantes eram distribuídos nas turmas conforme suas notas, de acordo com seus desempenhos individuais. Na turma A, estavam os estudantes com as melhores notas, e na turma I, estudavam os estudantes com as piores notas do 3º ano. A cada semestre eram aplicadas novas provas para

“subirmos” ou “descermos” de turma. Analisamos que esse tipo de organização em uma instituição escolar é questionável se pensarmos em tudo o que já discutimos nessa tese. Pensando com Patto (2010), se concordamos que o sentido produzido a partir da relação professor-estudante produzirá efeitos no desempenho desse estudante, associem essa questão com o desânimo que os professores davam as aulas para os estudantes da turma H ou I - que inclusive ficavam em um andar do prédio diferente das demais turmas.

Recordo que essas turmas eram compostas por dois grupos principais: por estudantes bagunceiros, que tiravam notas baixas por não prestarem atenção às aulas, conversarem o tempo todo, desrespeitarem o professor. E por estudantes bolsistas da escola, filhos dos trabalhadores da limpeza ou da secretaria, que chegavam no ensino médio sem base em matemática ou português, apresentando notas baixas por não conseguirem acompanhar os demais que estudavam nesse colégio particular desde pequenos. Recordo que era nítida a expressão que o professor de matemática saía da nossa turma para dar aula no tempo seguinte na turma I. Éramos os estudantes “promissores”, em que provavelmente todos seriam aprovados em alguma faculdade. Mas, e o futuro dos estudantes da turma I?

É nesse momento que compreendemos com Patto (2010) a produção de destinos, seja para o “sucesso” ou “fracasso”, desses estudantes. Os estudantes que estavam começando o ano na turma I já eram reprovados antes mesmo de serem avaliados pelo vestibular. FREITAS et al (2009, p.28) afirma que “é a relação que aprova ou reprova”. A avaliação formal, nessa perspectiva, era utilizada apenas para legitimar decisões advindas desses processos informais de avaliação. “É nessa informalidade que se joga o destino das crianças mais pobres” (*ibid.*).

Podemos fazer um paralelo dessa situação com a de uma avaliação clínica psicológica ou psiquiátrica. No livro “Medicalização em Psiquiatria” (Freitas; Amarante, 2017, p.57-59), os autores relatam uma pesquisa interessante feita em 1973: De forma resumida, um pesquisador tinha como objetivo investigar a experiência de ser internado em uma instituição psiquiátrica. Para isso, orientou algumas pessoas a chegarem à emergência psiquiátrica de determinados hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos queixando-se de “ouvir vozes” e de “sentir um vazio existencial”. Para além disso, deveriam agir normalmente, como eram em suas vidas reais, sem emitir qualquer outra informação que não correspondesse à verdade. Sem grandes dificuldades, todas as pessoas foram diagnosticadas como pacientes psicóticos e internadas.

A experiência de serem internados em hospitais psiquiátricos foi tão marcante para esses voluntários que, exceto uma pessoa, todos quiseram abandonar o hospital logo no primeiro dia da internação. Inclusive, após admitidos no hospital, deveriam não fingir mais nada, parar inclusive de queixar-se das vozes. Freitas e Amarante (2017) relatam que, segundo essa pesquisa:

Um médico chegou a anotar que o paciente adotava o "comportamento de escrever" como sendo característica de sua patologia. Um outro paciente foi visto sentado no refeitório cerca de meia hora antes do horário da refeição... Esse fato de o paciente estar no refeitório com certa antecipação, fez com que um médico constatasse que isso se tratava de uma sintomatologia "oral incorporativa" de sua síndrome psiquiátrica. (p.58)

Não obstante, um professor de psiquiatria na época questionou o pesquisador sobre os resultados, garantindo que se isso tivesse se dado na sua instituição, na qual era diretor, a admissão desses "pseudopacientes" não teria acontecido. Em resposta, o pesquisador anunciou que em determinado mês seriam enviados outros voluntários a essa instituição psiquiátrica universitária. Contudo, o pesquisador não enviou ninguém. No entanto, foram identificados centenas de suspeitos por simularem quadros psicóticos na instituição...

O que queremos discutir, a partir dessa pesquisa, é a crítica à lógica binária entre a criança que ocupa a posição de "doente" e o profissional que reconhece tal doença e propõe a "cura". Se por um lado há um paciente que afirma que suas filhas têm TDAH, por exemplo; por outro, há uma escuta profissional dessa demanda, que pode tanto interrogá-la junto com o paciente, quanto aceitar e sustentar suas intervenções para aquilo que falta nas meninas, na comprovação de suas dificuldades e correção desses comportamentos desviantes.

O que afirmamos é que uma prática clínica baseada no uso exclusivo de ferramentas metodológicas como inventários e testes psicotécnicos, especialmente com relação as questões escolares, pode reforçar o discurso medicalizante. Esse procedimento metodológico seria útil apenas para constatar a dificuldade, mas qual o sentido se essa já é encontrada na fala dos pais e da escola? Conforme comentávamos no Ambulatório, qual o sentido de aplicarmos um teste de atenção para uma criança que já chega ao serviço com a queixa de que é desatenta? Legitimar ou invalidar a percepção da família ou da escola? Disputar com o paciente aquela verdade em si, se ele tem mesmo *mes-mo* o transtorno ou não?

Não desconsideramos que ferramentas como os testes psicotécnicos podem sinalizar, inclusive, um resultado diferente do esperado e sugerido pela queixa. Mas, sinceramente, nunca tive essa experiência da família receber um resultado negativo de determinado transtorno e produzir reflexões a partir deste resultado. O que percebemos é que quando o profissional aplica um instrumento de avaliação que resulta em algo que contraria o que se espera, a família procura outro profissional que confirma.

Recordo de uma paciente que faz parte do corpo pedagógico de uma escola de educação infantil e se queixa em terapia que *falta um psicólogo dentro de cada escola*. Segundo ela, a psicóloga do posto de saúde para qual a escola encaminha os estudantes "*não consegue entender que eles têm algum problema, porque faz o atendimento e depois libera para eles retornarem para as salas*". E

completa: *Preciso encontrar outra opção de serviço de saúde para encaminhar porque essas crianças que voltam sem laudo*”.

De toda forma, mesmo que esse tipo de ferramenta emitisse um resultado contrário ao esperado pela queixa e não identificasse algum atraso ou disfunção, que informações esse procedimento metodológico ofereceria ao profissional e à família sobre as potencialidades e necessidades atuais daquela criança? Não percebemos, portanto, como interessante esse tipo de metodologia porque não nos dá notícia da principal questão de uma criança-que-não-aprende: [que estratégias ela tem inventado para lidar com seu processo de escolarização e suas dificuldades? Esse deve ser o principal foco de uma avaliação clínica e escolar desmedicalizante.](#)

### 3.2 Construção de espaços-tempos de cuidado

“Eu fui aparelhado  
para gostar de passarinhos...”<sup>34</sup>

O Ambulatório contava com um espaço físico singular. Durante um ano, só havia ouvido falar desse serviço enquanto estudante da disciplina e acreditava que os atendimentos aconteciam dentro do prédio do Hospital Universitário, onde tínhamos as aulas. Até mesmo porque o termo “ambulatório” me remetia a um local asséptico, onde se prestaria assistência aos pacientes, em regime de não internação<sup>35</sup> (Ministério da Saúde, 1987). Contudo, o serviço se localizava em outro espaço.

A alguns quarteirões do Hospital Universitário, está o campus denominado de “Mequinho”, menor que os demais *campus* da UFF e constituído, principalmente, por um prédio de dois andares e outras construções menores ao seu redor, como algumas salas, um auditório e um trailer-cantina. As atividades do Ambulatório funcionavam dentro e fora desse prédio principal e contávamos com quatro salas, sendo uma delas a recepção e outras três de atendimento. Também utilizávamos, às vezes, o auditório para algumas reuniões entre a equipe ou Oficinas Terapêuticas. Nos armários, guardávamos os jogos de tabuleiro, materiais pedagógicos, gibis, canetas e tintas guache, sendo a maioria desses materiais doados pelos estudantes e profissionais do serviço.

O jardim do campus era preenchido por muitas árvores e um gramado constantemente cuidado pelo grupo de limpeza com terceirizados da universidade. Havia bancos e mesas ao ar livre onde frequentemente as famílias dos pacientes aguardavam o término da consulta. Mesmo no verão, era um lugar muito fresco por conta das sombras das árvores, nos remetendo mais a aparência de uma escola do que um “dispositivo hospitalar”. Compartilhávamos aquele *campus* com outros projetos da

---

<sup>34</sup> Trecho retirado do poema “O Apanhador de Desperdícios”, de Manoel de Barros

<sup>35</sup> <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>

universidade, como um Pré-Vestibular Social e atendimentos terapêuticos a grupos de idosos com Alzheimer e familiares. Por conta disso, não era raro vermos pelos corredores murais enfeitados com temas de Páscoa, festa junina e Natal, lembrando ainda mais um ambiente escolar.

Esse espaço físico, que incluía não apenas as salas, mas também o espaço externo do prédio, onde também aconteciam os atendimentos e algumas formações, nos sinaliza como mais uma pista desmedicalizante, pois essas características contribuía para que, naquele espaço, pensássemos os processos singulares de desenvolvimento das crianças, em vez de identificarmos patologias em seus comportamentos. É evidente que essa pista, de forma isolada, não garantiria por si só um trabalho crítico à medicalização, pois temos conhecimento de consultórios e clínicas bem decoradas, com pularola, tecidos, tapetes, telas de pintura, mas que ainda adotam práticas completamente patologizantes, focando na *estimulação cognitiva* dos pacientes apenas *porque* possuem um transtorno mental específico.

Essas clínicas especializadas nos remetem a uma condição do contemporâneo, que discutimos no Capítulo 1, na qual observamos uma “onda” de neuroprofissionais atuando na área da Educação e na psicoterapia. Muitos deles estão à frente de clínicas que oferecem atividades lúdicas voltadas para arte e música, mas apenas como complemento ao tratamento medicamentoso do paciente, que já possui um laudo diagnóstico. Nesse contexto, o modo de ser e estar no mundo desse paciente ainda é considerado um desvio, que precisa ser estimulado para se ajustar a um padrão de normalidade, resultando na sua medicalização.

Assim como um espaço físico não garante uma abordagem desmedicalizante, também seria uma leitura superficial do problema se condicionássemos a desmedicalização à necessidade de ter um espaço físico com essas características para realizar nossas atividades. O Ambulatório em questão, por exemplo, nem sempre contou com esse espaço externo arborizado. Com mais de 40 anos de existência (completados em 2016)<sup>36</sup>, soubemos que o serviço passou por várias mudanças com relação aos locais de atendimento. Inicialmente, as práticas aconteciam dentro do Hospital Universitário e, desde então o Ambulatório já se destacava enquanto um serviço diferenciado ao incentivar seus estudantes e profissionais a descenderem para o pátio interno do hospital para realizar as avaliações das crianças. Atualmente, esse espaço não existe mais, os brinquedos foram removidos, o chão cimentado e o espaço foi cedido para uma agência de um banco privado. No entretanto, mesmo antes de serem transferidos para o campus *Mequinho*, onde conheci o serviço, ele já se caracterizava como um serviço com uma abordagem desmedicalizante, devido à sua metodologia e referenciais teóricos.

---

<sup>36</sup> Comemoração do Ambulatório publicada na homepage na universidade: <https://www.uff.br/?q=40-anos-da-psiquiatria-infantil-na-uff>

A convivência diária com aquele serviço me fez repensar na natureza do trabalho de um psicólogo, não apenas em uma instituição de saúde, mas também no contexto escolar. Gradualmente, comecei a questionar a imagem idealizada que tinha de uma psicóloga que, ao se formar, sustentaria sua prática por meio da aplicação de testes e inventários em uma sala isolada, talvez anexa à escola. Nesse ideal, essa figura pitoresca compartilharia com a comunidade os resultados desses exames e palestraria utilizando imagens do sistema nervoso e suas sinapses ao fundo, transmitindo conhecimento em forma de verdades científicas aos professores e demais profissionais da educação. Nesse ideal, parecia inconcebível atender uma criança como atendíamos naquele campus: sentados no chão ou no jardim do lado de fora – um “fora” que também fazia parte da composição da sala de atendimento interna ao prédio.

Complementando o que discutimos no subtítulo anterior, [as intervenções do Ambulatório não se baseavam no tratamento via medicação, apesar dos médicos também prescreverem caso avaliassem necessidade.](#) Essa parece ser uma pista desmedicalizante interessante para pensarmos. A intervenção medicamentosa não era vista como primeira, tampouco como única opção. Mas as intervenções contavam com o trabalho conjunto de uma equipe interdisciplinar e residia em oferecer atendimento e oficinas terapêuticas coletivas às crianças e adolescentes nas áreas da saúde, educação, arte e cultura. E essas oficinas aconteciam nesse espaço físico que descrevemos acima.

Nos anos em que compus a equipe, transitei por diferentes oficinas. O Ambulatório contava com um funcionamento horizontalizado, no sentido de não haver um dispositivo principal ou que se destacasse dentre as oficinas. Era permitida e incentivada a circulação dos estudantes extensionistas e visitantes por todas elas, que aconteciam durante a semana, em diferentes dias e turnos, para que cada um pudesse acompanhar o trabalho conforme sua disponibilidade de horário e interesse, pois nem todas as oficinas interessavam a todos, evidentemente. Não havia a obrigatoriedade de atuar em todas elas e não havia um tempo de atuação mínimo para poder passar de uma para outra.

Nesse sentido, outra pista desmedicalizante que nos parece aqui interessante diz respeito a [oferecer a opção para os profissionais \(e, no caso do Ambulatório por ser um serviço-escola, para os estudantes também\) transitarem entre as atividades do dispositivo de saúde em que está vinculado, inventando modos singulares de atuarem naquele espaço para compor com as atividades multidisciplinares.](#) No Ambulatório, por exemplo, haviam oficinas em que trabalhavam coletivamente uma terapeuta de família com uma psicopedagoga. Em outra, a professora de teatro compartilhava das atividades junto ao médico e uma psicóloga. E assim por diante.

As oficinas eram pensadas a partir da concepção histórico-cultural de desenvolvimento infantil, onde entendíamos as funções psíquicas superiores se desenvolveriam a partir de um movimento contínuo e dialético, podendo sua composição biológica ser alterada significativamente por meio da

experiência social. Se não fosse o contato da criança com certas experiências culturais, educacionais, seu desenvolvimento não ocorreria, como já afirmamos quando discutimos a questão das avaliações em grupo. Conforme Meira (2012):

Não se trata de esperar que as crianças naturalmente sejam atentas na escola, independente dos conteúdos, da qualidade do trabalho pedagógico e das necessidades e possibilidades do desenvolvimento infantil. (...) É um verdadeiro contrassenso que a escola exija da criança funções psicológicas superiores em relação às quais deveria assumir um papel diretivo e efetivo. (p.138-139)

Com relação a minha participação nessas oficinas, no primeiro ano enquanto extensionista, o coordenador sugeriu que, além desses atendimentos clínicos, que participasse das reuniões de equipe e escolhesse alguma dessas oficinas para acompanhar. Me apresentou então a uma professora de teatro, que desenvolvia um trabalho com um grupo de adolescentes e estava na direção de uma peça que envolvia os profissionais da equipe, os pacientes e alguns familiares, como irmãos desses pacientes, para ser apresentada na confraternização de dezembro.

Hoje, ao rememorar essa experiência por via dessa escrita, lembro do meu estranhamento em participar dessas atividades de teatro, e acredito que isso tenha haver muito com minha formação em psicologia e meu processo de escolarização desde o início. Nunca tive qualquer contato com teatro na vida, nem mesmo na escola nos anos do fundamental, e estar em uma oficina de teatro me exigia uma desinibição que eu não tinha naquele momento desenvolvido. Além disso os pacientes tinham idades próximas a minha, cerca de 19 anos, e não sabia muito bem como me posicionar como estagiária da psicologia.

No ano seguinte, conversei com o coordenador, que me sugeriu acompanhar outra atividade: a Oficina Pedagógica. Hoje, após ter feito uma especialização em Psicopedagogia, compreendo melhor e valorizo o trabalho que era desenvolvido pela psicóloga colaboradora do serviço na época. Os encontros eram semanais e os participantes eram crianças com idades aproximadamente de oito a doze anos. Essas crianças faziam acompanhamento com o psiquiatra do ambulatório mensalmente, mas isso não era ressaltado no cotidiano dessa oficina. Contávamos com cartolinas, canetinhas e um material muito lúdico para trabalhar com elas a criatividade, atenção, organização, planejamento e avanços no processo leitura-escrita.

Para que essas crianças pudessem estar ali, desenvolvendo suas habilidades escolares e sociais, não precisavam ser intermediadas por um laudo diagnóstico, baseado nos critérios do DSM-V. Tampouco tinha importância saber quem fazia uso de algum medicamento. Atuei por mais de um ano com esse grupo, mais na condição de observar a Oficina, do que diretamente em planejar as atividades e ter o contato com as mães e a escola, pois isso ficava restrito a psicóloga responsável na época. O foco era desenvolver as competências das crianças, a autoestima, auxiliando-as às vezes com um

reforço escolar, sem limitá-las a rótulos reducionistas, como dislexia, TDAH e tantas outras nomenclaturas comuns nas queixas escolares que chegavam ao serviço.

Tempo depois, passei a acompanhar a Oficina de Alfabetização, que estava sendo inaugurada. Essa era voltada para crianças com cerca de seis e nove anos de idade, mas que traziam a queixa escolar de que *não aprendiam*. Junto a essa queixa, eram atravessadas por discursos que ouvíamos de suas mães conversando na recepção, sobre o fato delas *não gostarem de ler, não darem para o estudo*”, *não nasceram para isso, não eram inteligentes*. Lembrando que estamos falando de crianças pequenas, que iniciaram há pouco tempo sua vida escolar.

Nesse momento, já estava mais familiarizada com serviço e o fato de ter uma oficina de alfabetização em um dispositivo de saúde mental como aquele. Já estava acostumada com a proposta teórica-metodológica do Ambulatório, e não mais estranhava as atividades que eram “receitadas” para os pacientes. O que me passou a me intrigar naquele momento, contudo, eram essas falas sobre elas e a quantidade de escolas que encaminhavam crianças pequenas para um serviço de psiquiatria. Tínhamos fila de espera de crianças que tinham interesse para participarem dessa oficina de alfabetização. Não caberia a escola ter essa função, a de ensinar considerando a diversidade e o tempo do desenvolvimento de cada estudante?

É interessante notar que ao justificar o não-aprender através de causas individuais/biológicas, perde-se totalmente o sentido da relação ensino-aprendizagem, pois se considera que o estudante seja o único sujeito responsável por este processo, que incide, conseqüentemente, em seu fracasso. (Insfran; Muniz; Araújo, 2019, p.89)

Circulando por essas oficinas, estava vendo na prática o que discutíamos em algumas disciplinas do curso de Psicologia, como, por exemplo, quando discutíamos a medicalização do fracasso escolar, tomado enquanto um problema de ordem individual e médica. E, ainda, acompanhava o esforço dos profissionais do serviço em trazer para o paciente e seus responsáveis a perspectiva desmedicalizante, compreendendo inclusive o *não aprender* como efeito de questões outras, como sociais, econômicas, familiares e pedagógicas. Como alguém poderia dizer que uma criança de seis anos *não gosta de estudar* ou *que não deu pra estudo*?

O artigo “Problemas de escolarização, medicalização e docência: outros olhares” (Insfran; Muniz; Araújo, 2019), nos oferecem pistas para respondermos a essas questões. Ao invés seguirem por um caminho onde normalmente os profissionais de educação seriam criticados e julgados por suas atuações medicalizantes, as autoras nos provocam a [refletirmos sobre as precariedades da formação de professores e a produção de angústia, mal-estar e solidão sentida por esses profissionais](#), especialmente por se sentirem despreparados para lidar com situações em que precisariam colocar em análise todo um movimento, um escopo, percebido enquanto hegemônico, seguro e incontestável (Insfran, et al, 2021; Insfran; Ladeira, 2020; Insfran; Ladeira; Faria, 2020).

Para pensarmos, então, a questão dos encaminhamentos escolares feitos aos serviços de saúde dessas crianças-que-não-aprendem, devemos não apenas olhar para o que esse discurso produz nesses corpos medicalizados e seus efeitos na família e na comunidade, mas encará-los enquanto efeito também de outros. Retornamos aqui com Foucault e o que discutimos nesse capítulo sobre a produção de nossos objetos de pesquisa e intervenção. O discurso da escola produz corpos medicalizados, mas também é produzido, assim como o da psicologia quando abordamos nessa tese a questão das nossas formações. A medicalização emerge na escola a partir também de um não-saber-lidar do professor com esse estudante que não aprende ou que não se enquadra à norma senão categorizá-lo em algum diagnóstico médico. Essa categoria é incentivada, inclusive, à função de identificar àqueles que possuem determinadas disfunções patológicas, que justificariam seu “fracasso” no meio escolar.

As autoras pontuam que muitos professores, possivelmente, jamais tiveram a oportunidade de conversarem entre si sobre as angústias que os atravessam em relação aos estudantes que “não-aprendem” e desviam da norma esperada e desejada. Outros, segundo elas, “provavelmente, reproduzem o que fizeram com eles mesmos, enquanto estudantes, e consideram que este seja o único caminho possível para o processo de ensino-aprendizagem, pois jamais foram apresentados a nenhum outro modelo” (Insfran; Muniz; Araújo, 2019, p.97). E ainda:

Quantos professores têm acesso e tempo de se debruçar sobre estudos dos males da medicalização, sobre a epidemia de doenças mentais que assola os Estados Unidos (WHITAKER, 2017) ou tiveram oportunidade de pensar criticamente sobre o fracasso escolar das classes pobres (PATTO, 2015)? Nosso esquadrinhado tempo/ espaço de trabalho docente não nos permite sequer aprofundar relações sociais com nossos colegas, quiçá aprofundar estudos em áreas que não são afins a nossas aulas e pesquisas. (*ibid*, p.98)

Uma pista desmedicalizante seria então [olharmos com atenção para a formação não apenas do médico e psicólogo, que estão na ponta recebendo essa criança no serviço de saúde público ou particular, mas para os professores que estão na outra ponta, lidando diariamente também com essas questões.](#) Para que se sobreviva a uma categoria não valorizada, tampouco bem remunerada e que conta com uma série de precariedades nas infraestruturas das instituições de ensino, esse professor acredita ser necessário uma padronização e faz-se urgente que tanto seus estudantes quanto ele próprio recebam um diagnóstico e medicações. Recebemos, assim, nos serviços de saúde, crianças com diagnósticos de TOD e TDA/H encaminhadas por professores com síndrome de Burnout ou Depressão, que, às vezes, compartilham dos mesmos ansiolíticos e antidepressivos.

Retornando para o trabalho no ambulatório, os pacientes chegavam ao serviço por diferentes instituições, como centros de acolhimento, escolas da rede municipal, estadual e particular de Niterói, pelo Hospital Universitário, e por indicações da própria equipe que atuava. Havia paciente também de outros municípios mais afastados, como Vassouras, Pádua e Paty do Alferes. Mesmo com a agenda cheia, percebíamos que não havia tanta burocracia que dificultasse a entrada de uma criança ou

adolescente no serviço, podendo levar aproximadamente até duas semanas para agendar a consulta inicial na época. O que nos leva a pensar aqui sobre a importância de um serviço de Saúde Mental em agilizar a marcação da primeira consulta e o início do tratamento.

Mesmo para quem tem plano de saúde, a marcação para a especialidade psiquiatria tem demorado semanas, às vezes meses. Nesse tempo, enquanto aguarda o dia da consulta, o paciente ou a família da criança, tendo em vista sua angústia e, em certos casos, a urgência no atendimento, somados às pressões da escola e dos professores, recorrem a psicofármacos receitados por outras especialidades, como pediatras, cardiologistas e neurologistas. E, muitas vezes, seguem o tratamento por lá. Atendi uma paciente no consultório que fazia uso do Rivotril<sup>37</sup> há 20 anos para “tratar sua ansiedade”, receita que era renovada todo mês por seu cardiologista. Apontamos, então, como uma pista desmedicalizante [o cuidado do profissional ou do serviço em tentar agilizar os primeiros atendimentos](#), pelo menos para que o paciente seja recebido e consiga já estabelecer algum vínculo com o profissional.

Esses ansiolíticos são frequentemente obtidos, apesar de proibido, em farmácias sem a necessidade de apresentarmos a receita médica. Então, por indicação de vizinhos ou parentes com “transtornos parecidos”, percebemos que muitas pessoas compram e já fazem uso da medicação antes da consulta com o médico. Conheço uma pessoa que tentou marcar psiquiatra, mesmo particular, e só conseguiu a consulta um mês depois. “*Já estou medicada, peguei o Alprozolam da minha irmã, até a consulta dessa médica chegar*” E afirmamos isso sem qualquer julgamento de valor porque o sofrimento mental e o mal-estar, muitas vezes, não podem esperar. Tendo isso em vista, essa questão de agilizar os primeiros atendimentos não era algo explícito e verbalizado pelo serviço, mas acreditamos que, por entender também dessa forma, os profissionais que atuavam lá tinham essa preocupação e tentavam não deixar o paciente aguardando muitas semanas, pelo menos para essas primeiras consultas

Após a qualificação dessa tese, pensamos que seria interessante situar o Ambulatório enquanto um dispositivo de Saúde Mental dentro do contexto histórico da Reforma Psiquiátrica. Compreendemos que esse Ambulatório, por tudo que já foi dito aqui, oferecia um serviço de atendimento correlacionado às formulações de críticas e práticas resultantes das lutas antimanicomiais, as quais têm transformado o modelo clássico de atendimento em psiquiatria e em saúde mental.

Conforme pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), no Brasil, a reforma psiquiátrica foi um processo que surgiu mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, no final da década de 1970, se apresentando crítica quanto ao subsistema nacional

---

<sup>37</sup> Nome comercial do clonazepam.

de saúde mental na época existente (Amarante, 1995, p. 91). Uma de suas iniciativas foi a criação de ambulatorios como alternativa ao hospital de internação. Em 1992, a portaria 224 do Ministério da Saúde aperfeiçoou a regulamentação dos Caps (Centro de Atenção Psicossocial), dividindo o atendimento em Saúde Mental em dois grandes grupos de atendimento: o hospitalar, que compreenderia a internação e a semi-internação, e o ambulatorial, que compreenderia o ambulatório propriamente dito, mas no sentido amplo, oferecendo atendimentos individual, grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outras), visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias voltadas para a integração dos usuários na comunidade e sua inserção social. (Ministério da Saúde, 2004)<sup>38</sup>

Nascida do reclame da cidadania do louco, no início, a reforma psiquiátrica tratava da discussão sobre os direitos dos pacientes, limitada à questão do aperfeiçoamento dos dispositivos tradicionais e a ampliação do direito à saúde como questão político-social. Contudo, com os anos, o movimento foi se desdobrando para uma diversidade de campos de saberes e o que chamamos de Saúde Mental foi se constituindo enquanto um campo heterogêneo que abarca a clínica, a política, o jurídico, o social, o cultural, etc.

Não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica (Tenório, 2002, p.35).

A noção de Saúde Mental passou a ocupar então um lugar estratégico e, ao invés de estar associada a um processo de adaptação social e de normalização de condutas, passou a considerar os aspectos subjetivos ligados ao sujeito assistido, e a servir como um campo de práticas e saberes que não se restringem mais somente à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais. Por isso que os serviços ditos substitutivos são considerados, no contexto da Reforma Psiquiátrica, como estratégicos para a melhoria da qualidade de vida das pessoas assistidas, tanto via tratamentos, quanto através de projetos relacionados a produção de renda, moradia, lazer, que visam a inserção na sociedade.

O processo adotou o princípio de incorporar profissionais de outras áreas médicas e não médicas, tais como professores de educação física, artistas de teatro, artistas plásticos, músicos, oficinheiros, educadores populares, etc., além da participação dos atores sociais (associações, entidades, movimentos sociais, etc). (Amarante, 2020, p.22)

Essas novas formas de atuação implicaram também na redefinição dos papéis dos profissionais da Rede de Saúde Mental, que passaram a ter uma nova relação entre a equipe e com as pessoas em

---

<sup>38</sup> Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)

E em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html). Acessos em 1 de maio de 2023.

tratamento, “não apenas como “pacientes”, mas como sujeitos e protagonistas de suas histórias” (*ibid.*). Vale dizer, inclusive, que o uso do termo “paciente” nesse texto foi uma reflexão que surgiu após a qualificação. Por que estamos utilizando aqui, nessa escrita, o termo “paciente” e não “usuário”, se estamos situando o Ambulatório no contexto da Reforma Psiquiátrica? Sobre isso, refletimos e optamos por manter a expressão “paciente” ao longo desse texto não por achar que seja a mais adequada, mas porque era o termo mais usado no Ambulatório e que me utilizo no consultório.

Na verdade, durante essa escrita, nos demos que eram poucas as vezes que chamávamos a pessoa atendida naquele serviço como “paciente”. Isso porque era muito mais recorrente chamarmos a pessoa pelo seu próprio nome. Ou então fazíamos referência a quem a levava ou ao município em que morava: *Hoje temos quatro adolescentes para atender*”; *“pode entrar mãe do Matheus*”; *“aquela menina de Maricá*”; *“pode chamar o Felipe de Vassouras*”; *“aquele adolescente que vem com a avó*”. Contudo, como nessa pesquisa não citaremos nomes, por motivos óbvios de anonimato, optamos por manter o termo “paciente” e não fazer essa diferenciação com o termo “usuário”, já que seria uma segunda opção utilizada naquele serviço e no consultório.

Localizar o Ambulatório meio ao movimento da Reforma Psiquiátrica nos ajuda a entendermos melhor o porquê de seu espaço físico ser tão diferente de uma local asséptico que encontraríamos, por exemplo, em um hospital. Quando falamos de desmedicalização, portanto, uma pista importante é [voltarmos nossos olhares para as lutas antimanicômiais](#). Não podemos falar de desmedicalização sem falar dessas lutas, porque a lógica manicomial está presente quando chamamos a pessoa por seu diagnóstico e não pelo seu nome; quando resumimos nossos cuidados em Saúde Mental a psicoterapia individual e medicamentos, e ignoramos todas as outras atividades que teriam efeitos terapêuticos relacionadas às artes, música, esporte; quando estigmatizamos as pessoas com transtornos mentais enquanto pessoas violentas, cujo diagnósticos seriam irreversíveis e passíveis apenas de um controle; ou quando banalizamos os diagnósticos na forma de categorias de transtornos mentais para questões diversas, que, por muitas vezes, são escolares e pedagógicas por excelência.

Hoje, percebemos avanços com relação aos manicômios, mas as lutas ainda se fazem presentes, até porque, segundo a Conferência de Bauru (1987):

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (CFP, 2017)

Ou seja, o fim dos manicômios não garantirá o movimento. Eles representam apenas uma estrutura, são a expressão concreta de toda uma lógica de pensamento, mas há ainda muito para caminhar. Recentemente (maio/2023), o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) determinou o

fechamento gradual dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), específicos para pessoas acusadas de crimes. A resolução 487 do CNJ estabelece que a extinção desses estabelecimentos comece a ser implantada e aconteça, em etapas, até maio de 2024. Mas o que fazer com essas pessoas após fechar os hospitais? Com relação aos hospitais psiquiátricos, como fazer esse gradual processo de transferência para unidades comunitárias especializadas, previstas pela Reforma? Há ainda muito para avançarmos, mas se queremos pensar a desmedicalização da vida, temos que caminhar ao lado de outro processo: a desinstitucionalização desses sujeitos internados, muitas vezes, de forma involuntária e com longa duração, nesses espaços de enclausuramento e controle, há décadas.

Nesse momento, recordo de uma adolescente que atendo no consultório e é sempre levada por seus pais à emergência de um hospital psiquiátrico quando tem uma “crise de ansiedade” - termo que inclui uma série de comportamentos nomeados por eles assim. Esse hospital, inclusive, era onde a avó se tratava do quadro de esquizofrenia, segundo a família, e faleceu por suicídio. Temos notado, tanto eu quanto o psiquiatra que lhe acompanha, que a adolescente tem retornado desse hospital sempre com um discurso estigmatizado, e não pensamos que seja por conta dos profissionais, mas produzido por ela mesma, por estar inserida nesse movimento de mensalmente transitar por uma emergência de um hospital psiquiátrico, passando a trazer falas como:

*“Acho que preciso ser internada. Melhor ficar logo lá, já que vou todo mês. Tem uma moça na igreja que me disse que tem algumas casas que recebem gente doente assim”.*

Essas “casas”, ela se referia às comunidades terapêuticas vinculadas à sua igreja e que tem aparecido para ela como possibilidade após contar na missa para pessoas próximas que tem ido àquele hospital. São discursos semelhantes a este que aparecem no consultório e transversalizam questões importantes para as lutas antimanicomiais. Qual o posicionamento do profissional ao ouvir sobre a possibilidade de internar uma paciente em uma comunidade terapêutica por meses para tratar da sua ansiedade? Se ausentar por desconhecimento não é uma opção, até porque a igreja não se ausenta e é incisiva ao orientar essa família para determinado “tratamento”. Mas é preciso avaliar caso a caso, entender que tipo de tratamento estamos falando, pois senão banalizaremos internações, medicações e comunidades terapêuticas, quando o movimento atual da reforma é justamente o contrário.

Uma pista desmedicalizante que pensamos, a partir desse caso, é o [cuidado do profissional de saúde que atua em consultório particular em conhecer o funcionamento dos dispositivos de saúde mental da sua cidade](#). A emergência de um hospital psiquiátrico seria a primeira opção nesse caso para levar a menina?

As idas constantes dessa paciente a esse hospital têm produzido subjetividades no modo como ela e sua família entendem suas angústias e comportamentos, reforçando a ideia de que possui um

transtorno de saúde mental. E ainda, cada vez que ela retorna, seu tratamento fica ainda mais confuso, pois cada vez é atendida lá na emergência por um psiquiatra novo, que não conhece sua história e prescreve medicações não apenas para aquele momento, mas também para seguir com o tratamento farmacológico em casa. No entanto, essa adolescente, sem vínculo com aquele profissional, não vê sentido em seguir tomando aquele remédio e suspende todos, inclusive os prescritos pelo seu psiquiatra. Como vamos orientar questões como essa se desconhecemos a dinâmica da rede de saúde mental? Por isso também a importância em colarmos nos movimentos antimanicomiais, para que tenhamos acesso a informações e pistas para pensarmos e construirmos práticas desmedicalizantes em nossos consultórios.

Essa adolescente é bastante ativa na internet. Lembrar do caso dela aqui nos remete a outras questões porque, frequentemente, ela traz em suas sessões soluções para sua angústia associadas a textos ou vídeos postados por algum psicólogo ou psiquiatra no *Instagram*. Esse comportamento nos remete a algo que já abordamos nessa tese, , quando relacionamos as redes sociais à mecanismos de governamentalidade no contexto atual da sociedade de controle.

Nessas redes encontramos não apenas postagens de pessoas comuns, como foi o caso daquele rapaz, que dizia “ter TDA/H” e se colocava “a meta dos 77 dias sem day off”, mas também de profissionais que postam textos abordando e legitimando conteúdos relacionados a saúde mental. Muitos desses perfis reproduzem e produzem o discurso medicalizante, reforçando a individualização de questões como dificuldades de atenção, tristeza, agitação, mal-estar ou exaustão. E não é raro encontrarmos perfis “psis” com esse direcionamento. Enquanto produzíamos essa tese, nos deparamos com uma postagem de uma psicóloga com os seguintes dizeres: “*Não se cura Burnout com férias. Seu problema não é o seu trabalho*”. Essa afirmação estava em letras garrafais, o que chamou a nossa atenção para ler o *post* que estava em seguida

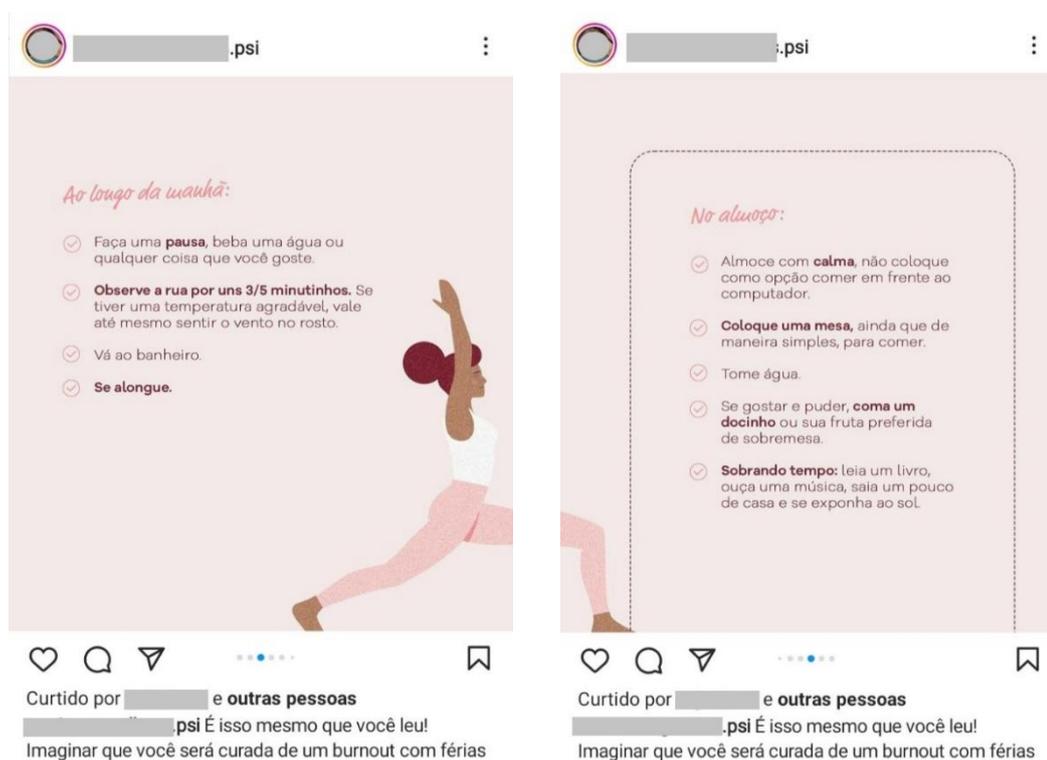


Entendemos a síndrome de *Burnout* ou do Esgotamento Profissional associada a uma série de sintomas (exaustão, estresse, esgotamento físico e mental) resultantes de situações laborais desgastantes, que demandam muita competitividade ou responsabilidade do trabalhador. O próprio Ministério da Saúde afirma que “a principal causa da doença é justamente o **excesso de trabalho**” (grifos da fonte)<sup>39</sup>. Sabendo disso, enquanto profissionais de saúde, como vamos encorajar essas pessoas adoecidas a seguirem ações individuais “saudáveis” sem considerar e sem interferir nas suas jornadas e condições de trabalho? Essa psicóloga, ao produzir esse tipo de conteúdo, não apenas omite, mas desqualifica explicitamente na legenda a importância da licença médica e das férias na produção da nossa saúde mental, comparando-as a “*um papel de parede bonito em uma parede com infiltração*”.

E, ainda, quem hoje, independente desse diagnóstico, consegue dar conta das tarefas do lar, deixar os filhos na escola, pegar duas conduções até o serviço, abrir a loja antes do patrão, atender bem os clientes, dar conta das 44 horas semanais...e incluir na sua rotina *se expor a luz natural do dia*? Quem consegue diariamente *apreciar o silêncio da manhã*? Queremos refletir o seguinte: essas orientações contemplam todos os públicos? Se entendemos que não, então qual referência de “trabalhador”, “rotina” e “saúde mental” para qual essa postagem se dirige? E, ainda, o que ela produz naqueles sujeitos que não têm ou não podem ter esse tipo de ritual?

<sup>39</sup> <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout#:~:text=S%C3%ADndrome%20de%20Burnout%20ou%20S%C3%ADndrome,justamente%20o%20excesso%20de%20trabalho.>

E os imperativos do *post* não terminam por aí. Seguimos lendo:



Percebem como a sensação de fracasso aparece duplamente para as pessoas medicalizadas e que se deparam com esse tipo de conteúdo? Porque além de você estar sofrendo e apresentar sintomas que se combinariam em um quadro chamado *Burnout*, a culpa é sua por estar assim. A responsabilidade é sua por não querer ou não conseguir seguir “*uma série de recomendações simples para vivermos uma vida mais leve*”, expressão usada por essa profissional em resposta a um dos comentários da postagem. Na sua legenda, essa posição fica ainda mais clara, onde afirma, em outras palavras: ignore a opção de tirar uma licença médica para seu adoecimento, porque o que voce precisa é se planejar melhor.

Na lógica neoliberal, o adoecimento de um professor, por exemplo, não tem a ver com o seu ritmo de trabalho e o fato de precisar dar aula em três escolas, trabalhar nos três turnos, para conseguir uma remuneração salarial que pague suas contas. No neoliberalismo, o que se prega é um Estado mínimo em relação aos direitos sociais e discursos como o desse post, legitimado por uma profissional de saúde, responsabiliza os sujeitos adoecidos por seus sofrimentos, ao mesmo tempo que desvaloriza a importância de direitos, como férias remuneradas e licenças médicas, conquistados após muitas lutas trabalhistas. O que é dito é que as férias não são tão importantes, então que paremos de almejá-las e passemos a nos responsabilizar pelo nosso adoecimento – discurso, no mínimo, perverso com o sujeito adoecido.

Sendo o capitalismo calcado na competitividade e no salve-se quem puder, atualiza-se o darwinismo social e a aposta de que os fortes sobrevivem. Assim, fica naturalizada a ilusão dominante de que é o indivíduo o principal responsável por ser forte e se adaptar ao existente. O individualismo abre caminho para a culpabilização individual, tanto quanto a individualização dos enfrentamentos. (Viégas; Carvalhal, 2020, p.30)

Com leituras desmedicalizantes, os trabalhos de Vieira e Russo (2019), Benevides-Pereira (2002, 2012) e Silva (2017) incluem nessas discussões as condições de trabalho e a desvalorização salarial como um dos fatores que promovem a sobrecarga de trabalho. Conforme a dissertação “Medicalização e síndrome de *Burnout*: um olhar sobre o adoecimento docente” (Silva, 2017), o contexto desse adoecer abarca não apenas efeitos físicos e psíquicos, mas também uma produção discursiva que aponta aquele professor exausto como o único suposto responsável pelas condições em que se encontra (*ibid.* p.49). Percebem como implicitamente questões complexas (sociais, trabalhistas, políticas e econômicas) se transformam em problemas individuais e em uma “falta de vontade”? E esse discurso tem sido produzido diariamente por profissionais nas redes sociais.

Retornamos para aquela adolescente, que, frequentemente, vai a emergência de um hospital psiquiátrico ou que me mostra, toda semana, uma postagem de algum psicólogo na rede que está seguindo para “*tratar suas crises de ansiedade*”. Consumindo conteúdos assim, essa paciente não reflete, por exemplo, que sua ansiedade pode estar relacionada às pressões do vestibular, à questão de ter que escolher um curso que terá um importante papel na sua independência financeira. Como depois ela consegue elaborar comigo em terapia:

*“E seu eu escolher o curso errado? Não posso perder tempo porque minha família conta com isso. Meus pais não podem pagar uma particular. Eu preciso passar para uma federal e no curso certo, porque não tem volta”*.

Muitas questões atravessam a fala dessa moça de 16 anos. Mas até chegar a essas elaborações, ela estava compreendendo seu sintoma enquanto um problema de causa e solução individuais. A lógica medicalizante que essa adolescente trazia era a seguinte: *Se mesmo seguindo todas essas orientações da internet, tentando “seguir uma vida mais leve”, não estou ficando bem, logo, estou doente e preciso ser internada e medicada*. Nesse viés, não são problematizadas outras questões, como sua preocupação financeira ou as expectativas que a família e comunidade que colocado na sua escolha profissional, que atravessam seus sintomas de ansiedade.

Ressaltamos nessa tese, portanto, que na internet, nos jornais e nas redes sociais, encontramos conteúdos semelhantes aos dessa postagem que são adoecedores e perversos para qualquer pessoa, mas, em especial, para aquelas que estão em tratamento. Os trabalhadores estão às 7h da manhã em pé na condução lendo no Instagram que precisam se esforçar mais. Não partimos do mesmo ponto e é um desserviço nós, enquanto psicólogos, médicos ou educadores, produzirmos esse tipo de discurso que atravessa a medicalização.

Em contrapartida, [as redes sociais, até certo ponto, podem também nos servir como ferramentas interessantes para a desmedicalização](#). Não estamos querendo afirmar aqui que é uma rede adoecedora o tempo todo, pois, enquanto produzíamos essa tese, encontramos com alegria alguns perfis profissionais que abordam temas relacionados a saúde mental associados a um discurso desmedicalizante. Evidentemente que o tema da saúde mental é abordado por esses perfis superficialmente, mas esses canais também têm provocado na comunidade algumas reflexões, só que em menor escala porque a quantidade de perfis contrários é muito grande. Com uma linguagem acessível e rápida (porque em tempos neoliberais queremos consumir nessa velocidade mesmo), encontro páginas que trazem questões que transversalizam, por exemplo, as lutas antimanicomiais, outras que interrogam postagens como aquela trazia pela psicóloga, que propagam imperativos de como devemos “*trabalhar nossa mente e trabalhar nossos corpos*”, além do que já trabalhamos de forma remunerada para o sistema.

Pensando por esse lado, não é com todo paciente que consigo ter esse tipo de abertura, mas com essa adolescente, em especial, houve um dia que a indiquei alguns perfis no *Instagram* com essa proposta. Essa menina não vai ter acesso a autores e artigos da psicologia que discutem a medicalização, processo em que estava completamente imersa, se não for por meio da terapia. É muito mais provável que seu olhar seja engolido pelos inúmeros perfis “psis” que são mais fáceis de serem encontrados na internet, que patologizam seus comportamentos. Esses perfis reforçam a ideia de que a sua ansiedade está dentro de um transtorno, devendo ser tratado de modo individual, com medicação e “*rituais simples para serem inseridos no seu dia-a-dia*” e, caso seja necessário, até mesmo com uma internação. Foi pensando nesse sentido que passei a me questionar: então, por que não fazer da psicoterapia também um espaço informação e reflexão? Enquanto psicóloga clínica, estava percebendo que os encontros que essa moça tinha comigo eram poucos diante da enxurrada de conteúdos que ela seguia e iam na direção oposta ao modo desmedicalizante que estava pensando seu caso. Talvez essa possa ser uma pista desmedicalizante - um tanto delicada, porque vai de caso a caso - mas, feita essa ressalta, sinalizaremos aqui como também uma aposta: [usarmos as próprias redes sociais ou determinadas páginas da internet para produzir reflexões nos pacientes que consomem diariamente conteúdos que vão na contramão de nossas práticas e são facilmente capturados pelo discurso da medicalização](#).

Recordo ainda de outro paciente, um adulto, que me pediu, logo no início de seu tratamento, “*um livro que o ajudaria a lidar com seu TDA/H*”. Enquanto psicoterapeuta, poderia desconversar seu pedido ou explicar que o processo de terapia não é uma questão de leitura, que não se “aprende em um livro”. Mas o discurso medicalizante aparecia tão forte em suas falas que, ao invés disso, sugeri o livro “*Somos Todos Desatentos – TDA/H e a construção das bioidentidades*” (Lima, 2005)

e disse, com sua leitura, que ele entenderia melhor seu transtorno. A partir daí, o rapaz passou a trazer questões pessoais bastante interessantes em sua análise, que eram deixadas de lado em prol da ânsia em saber *tinha mesmo* aquele transtorno ou não.

E tem dado muito certo adotar essa postura com alguns pacientes que me trazem esse tipo de demanda. Em especial, com aqueles que me solicitam diretamente “*uma leitura para ajudar no seu transtorno*” ou mesmo com o público adolescente que consome conteúdos diariamente das redes sociais. Para pacientes que trabalham diretamente com as áreas da Saúde ou da Educação, ou até mesmo outros psicólogos, tenho respondido indicando cartilhas do Conselho de Psicologia e do Fórum sobre Medicalização, coletivo citado no primeiro capítulo dessa tese, tais como: “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde” (CFP, 2015) e “Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 3” (CRP/SP, 2019).

Para outros pacientes, tenho recorrido a perfis em redes sociais, como @forumsobremedicalizacao, @despatologiza, @despatologiza\_, @psicologa.monicagurjão, @lucianolobatopsico, @aprendeupsi, @saudentalcritica. Com esse movimento, tem sido curioso notar que alguns pacientes passam, inclusive, a gostar desse tipo de conteúdo e a trazer como material de análise outros perfis críticos encontrados com direções semelhantes, não apenas sobre saúde mental, mas que passam pelo direito, empoderamento da mulher e educação sexual (como @advogadosocialista, @agilizalab, @claudiacampolina, @leilianerochapsicologa). As questões que são discutidas nesses perfis hoje passam a servir de disparadores para que o paciente amplie seu material de análise para além da questão do diagnóstico em si.

O caso dessa paciente também me fez lembrar outra pista desmedicalizante. Tenho cada vez mais adotado no consultório a conduta de [colocar como opção para todos os pacientes meu número de telefone, para que possam me encontrar qualquer dia, caso queiram antecipar a sessão da semana seguinte, fazer duas sessões naquela semana, ou mesmo nos falarmos brevemente pelo telefone.](#) Claro que essa também é uma postura delicada, porque vai de caso a caso, mas podemos entendê-la enquanto uma pista porque o mal-estar, a angústia e as frustrações não têm momento certo para acontecer. O tempo lógico dos dias úteis e do final de semana não é o mesmo tempo do nosso corpo, e, às vezes, a angústia não pode esperar até segunda-feira quando abrimos o consultório. *Tentar não deixar a crise aumentar, né Luisa?* Foi como aquela adolescente traduziu o que eu expliquei.

Sinalizamos essa disposição do telefone como uma pista porque temos notícia de que alguns profissionais disponibilizam somente o telefone da secretária da clínica para marcação de consulta. Isso inibe que o paciente os procure e peça para antecipar uma sessão, por exemplo. Às vezes, isso não é nem colocado como opção para ele, porque parece óbvio demais pelo psiquiatra/psicólogo ou

porque de fato não é uma opção ligar diretamente para o profissional. No caso dessa adolescente, fiz esse combinado em conjunto com o psiquiatra do plano de saúde que lhe acompanha. Entrei em contato por telefone com esse profissional, assim como costumo fazer com os demais pacientes, expliquei a situação e meu ponto de vista desmedicalizante. Desde aquele dia, o psiquiatra passou a reforçar com ela que seu número também estaria a sua disposição, caso precisasse. Após esses acordos, algumas vezes a menina precisou ligar para mim ou para o psiquiatra, mas conforme seu processo terapêutico foi caminhando, não senti mais a necessidade e tem conseguido aguardar até nos encontrarmos na próxima semana.

Outra combinação que fiz com o psiquiatra e seus pais, foi que, caso não consigam contato com a gente e os sintomas de ansiedade piorem, como falta de ar ou que ela passe a se machucar, como ocorreu certa vez, que a levem para a emergência de um hospital comum, que, inclusive tem um ao lado de sua casa. Ao chegar no hospital, sugeri que os pais nomeassem para o médico de plantão aquele comportamento dela como sintomas de ansiedade e mostrassem a medicação SOS que o psiquiatra responsável pelo caso lhe receitou, para que o médico não “caísse de paraquedas” no caso, como estava acontecendo no hospital psiquiátrico, que eles não comentavam que ela já estava em tratamento. Essa sugestão que fiz à família, [a de procurar a emergência de hospital comum e não psiquiátrico, para alguns casos](#), pode ser vista como uma pista desmedicalizante. Possivelmente, esse clínico administrará o mesmo ansiolítico que ela já está acostumada e a liberará quando estiver mais calma, e, por não ser sua especialidade, provavelmente esse profissional não intervirá no tratamento continuado do psiquiatra que a acompanha normalmente.

Entendemos, portanto, como fundamental o trabalho multidisciplinar na clínica, sendo uma pista de enorme importância [estabelecermos pequenos acordos coletivos, com os membros da família, com os outros profissionais, com relação ao modo como lidaremos com as angústias e urgências daquela vida.](#)

## CAPÍTULO 4 - ATRAVESSAMENTOS NA VIDA E NA PESQUISA

Nessa tese, não pensamos a pesquisa enquanto fim, mas como meio. A investigação de um tema de pesquisa não é um mero ato de descobrimento de verdades que sempre estiveram ali a serem desveladas para o pesquisador. Também não é viver diversas experiências e selecionar somente as que “deram certo”, segundo nossa razão ou desejo, para compor a pesquisa a ser publicada. Partimos da concepção de que o ato de pesquisar se faz *acompanhando* processos. Ao caminharmos juntos com nosso campo problemático, nos compomos enquanto pesquisadores, e somos convocados a fazer certos desvios, apostas na escrita, escolhas por dialogar com determinados autores e não outros, de seguir por essa e não por aquela direção...

Para chegar até aqui, muitos caminhos não saíram como previstos ou de acordo com o nosso modo representativo de pensarmos uma tese-ideal. Esta pesquisa, datada de 2018 a 2023, teve seu projeto refeito inúmeras vezes por conta de atravessamentos tanto no campo em que estávamos nos propondo inicialmente a pesquisar (o Ambulatório), quanto por conta de acontecimentos ainda maiores, que afetaram a vida de todos, como foi a pandemia do Covid-19 (2020-2023). São sobre essas questões que se trata este quarto capítulo.

Ao apostarmos em uma pesquisa-intervenção como metodologia, essas mudanças de rota são, não apenas possíveis, mas também são interessantes de aparecerem no texto, para oferecer ao leitor a oportunidade de acompanhá-las. Vale dizer, ainda, que optamos por inserir essas mudanças neste último capítulo, e não conforme as situações temporalmente foram acontecendo, para que o texto não perdesse certo ritmo de leitura e escrita. Desse modo, a seguir, discutiremos como foi a construção inicial deste projeto e os deslocamentos feitos, tanto os que optamos por fazer, quanto os que escaparam de nossos desejos e que nos atropelaram nesses cinco anos de pesquisa.

### 4.1 O (re)encontro com o Ambulatório

“Não preciso do fim para chegar.  
Do lugar onde estou já fui embora”<sup>40</sup>

Até esse momento, a maioria das referências e falas de pacientes que citamos sobre o Ambulatório e o consultório foi fruto de um diário de campo escrito, principalmente, nos anos de graduação e mestrado. Quando defendi a dissertação de mestrado, fiquei sem contato com o Ambulatório por quase dois anos e segui atuando somente em consultório particular. Me reaproximei do serviço somente no final de 2017, após um evento de encerramento das atividades que compareci

---

<sup>40</sup> Trecho retirado do poema “O livro sobre nada”, de Manoel de Barros.

para rever os colegas. Naquele dia, o pátio do campus foi tomado por diversas atividades com o tema “Festa Medieval”, organizadas pela equipe do serviço (profissionais, monitores, extensionistas) e pacientes com seus familiares, produzindo apresentações de teatro, danças e exposição, em tendas ao ar livre, dos trabalhos fruto das oficinas terapêuticas. Foi naquele momento que me surgiu a ideia de retornar àquele serviço com um projeto de doutorado.

A ideia inicial era propor alguma oficina àquele espaço, ou mesmo somente acompanhar os atendimentos clínicos e as várias outras oficinas que já aconteciam, com o objetivo de investigar pistas desmedicalizantes naquele dispositivo de Saúde Mental. A intenção era, enquanto psicóloga formada e não mais como estudante extensionista, acompanhar os processos de trabalho, as resoluções que faziam das queixas escolares e como o discurso medicalizante estaria sendo desfeito naquele campo. Outras possibilidades incluíam entrevistar aqueles profissionais, propor algum trabalho coletivo com as famílias dos pacientes, entrar em contato com as escolas que faziam os encaminhamentos, problematizar a construção das queixas escolares, entre outras. E assim, demos início a presente pesquisa de doutorado.

Porém, quando retorno ao cotidiano do Ambulatório, percebo mudanças significativas que mudariam esse projeto inicial. Primeiro, observei uma diminuição na equipe. Conversando com alguns colegas, analisamos que essa diminuição da equipe dizia respeito ao corte das bolsas de pesquisa/extensão/monitoria e outras fontes de fomento que contemplavam o serviço. Além disso, o coordenador caminhava para uma aposentadoria e outros projetos fora do espaço, diminuindo sua participação nos atendimentos clínicos. Muitos profissionais colaboradores que atuavam juntos há anos não estavam mais e tive a notícia de que alguns saíram para se inserirem no mercado de trabalho. Assim, me deparo com um Ambulatório novo, com uma equipe menor e diferente daquela conhecida e da qual havia me despedido há dois anos atrás.

Conforme sinalizamos nessa pesquisa<sup>41</sup>, a disposição de bolsas surge como uma pista desmedicalizante importante porque são fundamentais para garantir o funcionamento de muitos serviços que prestam atendimento à comunidade e são vinculados à universidade. Com cortes estratégicos na Educação, que se agravaram no governo Temer-Bolsonaro (2016-2022), diminuiriam-se as bolsas, o que afetou na composição da equipe de estudantes para atuar nos projetos de pesquisa e extensão do Ambulatório. Analisamos que, como efeito de um projeto de governo, muitas oficinas terapêuticas deixaram de ser oferecidas e a equipe que trazia de forma mais enérgica a perspectiva crítica frente ao discurso da medicalização, à luz da perspectiva histórico-cultural, foi desfeita.

---

<sup>41</sup> Ver página 69.

O espaço físico do Ambulatório, outra pista desmedicalizante que sinalizamos<sup>42</sup>, também passou por algumas mudanças. O serviço não perdeu suas semelhanças com um ambiente escolar, conforme caracterizamos, mas mudou bastante: a tinta bege das paredes, agora, contava com um tom forte de azul, intercalado com um branco neve; foi colocado piso no chão em que antes era apenas cimento; aparelhos de ar condicionado finalmente foram instalados nas salas; foram colocadas cortinas com blackout na recepção, que almejávamos há anos para amenizar o calor no verão que afetava as mães que aguardavam os atendimentos; algumas divisórias foram retiradas e salas juntadas; mesas de atendimento rearranjadas. Até mesmo os jogos, papéis, brinquedos e outros materiais lúdicos que nos auxiliavam nas avaliações mudaram de armário. Alguns desses materiais, inclusive, foram substituídos e cheguei a sentir falta de outros, como alguns jogos em madeira, doados durante meu período enquanto extensionista, mas que não encontrei com o meu retorno. Era definitivamente outro Ambulatório.

Essas mudanças levaram meu corpo-pesquisador a compor de uma outra forma com aquele serviço. Passei a conhecer alguns estudantes e profissionais da equipe nova, como um psiquiatra e recém professor da Faculdade de Medicina, que estava iniciando seus atendimentos naquele espaço. Este psiquiatra trazia de forma vívida a ideia de criar uma oficina de música voltada para crianças autistas, a partir de suas experiências em outros dispositivos em Saúde Mental. E foi a partir do meu (re)encontro com o Ambulatório e o desejo em retornar àquele serviço, somado ao seu desejo de construir um diálogo com a Psicologia, que iniciamos um trabalho coletivo. Em 2018, inauguramos um Grupo de Estudos e uma Oficina de Música, formalizada depois como Projeto de Extensão, em que participariam também estudantes de graduação da Psicologia e Medicina.

Nos primeiros encontros do Grupo de Estudos, nos propusemos a estudar o tema da deficiência e nos detivemos em dois principais textos: “O que é deficiência” (Diniz, 2007) e “Deficiência em questão: para uma crise à normalidade” (Moraes; et. al, 2017). Esse era um tema de interesse comum entre a equipe e escolhido também por conta da demanda que chegava ao Ambulatório, como crianças e adolescentes com diagnósticos diversos, como autismo e deficiências intelectuais. Nesses encontros, cada participante contribuía com seus registros, impressões, dúvidas ou comentários, conforme seguíamos na leitura dos capítulos dos livros.

Durante um longo período, o conceito de deficiência foi sinônimo de desvantagem natural, sendo dominado por saberes biomédicos e medicalizantes (Diniz, 2007). Nesta visão eugenista e capacitista, algumas pessoas seriam consideradas melhores que outras, em virtude de possuírem

---

<sup>42</sup> Ver página 101.

determinadas capacidades e características físicas ou mentais, nos remetendo às concepções de desenvolvimento organicistas e mecanicistas, já comentadas nessa pesquisa<sup>43</sup>.

Como resposta contrária a essa compreensão, muitos pesquisadores e ativistas passaram a defender o modelo social de deficiência. Segundo esse modelo, as dificuldades (ou a maior parte delas) das pessoas com deficiência seriam resultado da forma pela qual a sociedade lida com suas limitações físicas, intelectuais, sensoriais e múltiplas (Diniz, 2007; Moraes; et. al, 2017). Desse modo, não fazia sentido pensarmos na direção de “cura” desses pacientes, porque essa noção transmitiria uma mensagem subliminar de que aquelas formas de vida (a serem curadas) seriam inferiores às nossas, com menor valor. O modelo social de deficiência se aproximaria da afirmação da diferença (e não como patologia), sendo resultado da opressão social, que oprime o corpo-sujeito na sua relação com o corpo social.

Apesar de ser um Grupo de Estudos composto por pessoas com formações diferentes, passamos a alinhar teoricamente a Oficina de Música a partir dessa concepção de deficiência, entendida enquanto resultado de um relacionamento complexo entre o sujeito e o contexto social. Vale dizer, ainda, que podemos entender [o modelo social de deficiência enquanto uma pista desmedicalizante](#), pois à medida que assumimos que a deficiência é uma construção cultural e histórica, passamos a afirmar a necessidade de estarmos com esses sujeitos em suas experiências singulares, escutando suas demandas, não de um lugar verticalizado e patologizante, mas engajados com suas lutas para visibilidade e garantia de direitos.

Seguimos para outras leituras e chegamos a artigos que discutiam alguns conceitos da filosofia da diferença para a compreensão das subjetividades e do adoecimento psíquico. Nos propusemos a ler os textos “Em Busca da Clínica dos Afetos” (Franco; Galavote, 2010) e “O Processo de subjetivação segundo a esquizoanálise” (Cassiano; Furlan, 2013), que nos introduziram conceitos como “corpo sem órgão” e “cuidado de si” a partir de estudos de caso em Saúde Mental. Desse modo, [nos aproximamos das contribuições de Deleuze e Guattari, que passaram a compor também com o nosso novo referencial teórico.](#)

Assim como Vygotsky e Foucault, pistas sinalizadas anteriormente<sup>44</sup>, Deleuze e Guattari são dois autores podem ser considerados interessantes para pensarmos práticas desmedicalizantes, especialmente porque trazem a concepção que cada corpo carrega consigo um potencial de ação, e esse grau de potência de agir é constantemente modificado pelos encontros que experimentam, pelo atravessamento de linhas e fluxos, que podem vir a aumentar ou diminuir aquele potencial. Ou seja,

---

<sup>43</sup> Ver páginas 89 e 90.

<sup>44</sup> Ver página 93.

colocam em xeque os encontros, as relações, fugindo da ideia de representatividade e de estruturas psíquicas prévias, estáticas e, portanto, medicalizantes.

Concomitantemente ao Grupo de Estudos, estruturamos a Oficina de Música. Essa oficina dialogava com as referências que estávamos estudando, além de outras trazidas por esse psiquiatra, como as da fenomenologia e o paradigma da neurodiversidade. Consistia enquanto uma atividade grupal, direcionada a crianças com aproximadamente 3 a 7 anos de idade, que apresentavam dificuldades na interação social com seus pares, na família, na escola ou na comunidade. Nos encontros, buscávamos desenvolver suas habilidades comunicativas não-verbais e verbais, facilitar a socialização e seus engajamentos afetivos, mediando suas relações com as demais, com a equipe de atendimento e com os instrumentos musicais.

Com a musicoterapia de improvisação, metodologia trazida pelo coordenador da oficina, as crianças se expressavam entre si e interagiam com os técnicos da equipe. Essa técnica era diferente da simples estimulação com música que encontramos em muitas clínicas, que trabalham com uma musicoterapia passiva, na qual o paciente apenas ouve uma música ou a memoriza para conseguir reproduzi-la. Nessa Oficina, no entanto, não havia a obrigatoriedade das crianças desenvolverem determinadas habilidades musicais nem manusear “corretamente” todos os instrumentos, pois entendíamos que aqueles materiais (chocalho, reco-reco, flauta, pandeiro, violão, etc.) estavam ali para facilitar seus desenvolvimentos, verbal e não-verbal, ao fazer uso livre e improvisado dos mesmos, experimentando em grupo seus sons, texturas, cores...

Nesse sentido, o uso de instrumentos musicais pode ser visto enquanto uma pista desmedicalizante à medida que pensávamos em um trabalho terapêutico mais no sentido de acionar nas crianças suas múltiplas possibilidades de existência, do que propriamente em termos de doença. Não deixávamos de reconhecer o *pathos* que, em nosso entendimento, remetia mais ao sofrimento psíquico do que à noção individual de doença. Trazíamos como preocupação a valorização das múltiplas formas de existência e comportamento humano, sem valorizar algumas em detrimento às demais, conforme um discurso normalizador e medicalizante. Não objetivávamos um enquadramento de tais comportamentos aos padrões médios normativos vigentes, tampouco uma comparação entre crianças. O desenvolvimento era percebido na comparação da criança com a própria criança. (Oliveira, *et. al*, 2021).

Por se tratar de crianças muito pequenas, os pais, por vezes, também participavam das atividades e entravam na sala, conforme as demandas e particularidades de cada uma. Contudo, com o decorrer das atividades, as crianças passavam a se mostrar mais autônomas e a terem maior facilidade em se comunicarem com os técnicos. Assim, passavam a explorar aquele ambiente lúdico ao seu redor e a participarem mais ativamente da Oficina, dispensando muitas vezes a necessidade da

presença de seus pais na sala. Não raramente, entravam na sala no colo (nossos ou de suas mães), mas, ao se depararem com a equipe e com rostos agora mais conhecidos, aos poucos iam se acalmando e se soltando na atividade. (*ibid.*)

O modo como foi pensado a Oficina de Música dialogava com as demais oficinas pelas quais circulei no Ambulatório no período da graduação, que já foram citadas nessa tese, porque todas essas atividades dispensavam o uso de medicamentos *a priori*, propondo seu uso criterioso e ético no tratamento daqueles pacientes. Independentemente se os referenciais teóricos daquele serviço estavam mudando, por conta do rearranjo dos profissionais que passaram a compor a nova equipe, todos permaneciam preocupados com o fato de crianças cada vez mais novas já chegarem ao serviço fazendo uso de psicofármacos e estarem coladas às leituras reducionistas e medicalizantes. Afinal, é muito comum, quando a criança não está respondendo como gostaríamos, nós (profissionais da saúde, pais, professores, comunidade) voltarmos nossa atenção para o remédio. Acrescenta mais um, altera a dosagem, troca por outro...

Contudo, nessa lógica, não há abertura para compreendermos a singularidade no desenvolvimento de cada criança, tampouco questionarmos o acesso e a qualidade de estímulos recebidos. Assim como, ao reduzirmos nossas intervenções em Saúde Mental ao ajuste de medicações e aplicação de testes psicotécnicos, não possibilitamos pensar seus vínculos afetivos com a escola, família e comunidade, tampouco suas potencialidades enquanto sujeitos e saídas encontradas para lidar com determinadas dificuldades que emergem no social. A Oficina de Música passou a compor com o Ambulatório desse modo, oferecendo uma abordagem terapêutica não farmacológica para as crianças, se apresentando como uma opção complementar ou mesmo substitutiva ao uso de medicamentos.

Após um ano de Oficina, em 2019, levamos a experiência em forma de relato para ser apresentado no “V Seminário Internacional A Educação Medicalizada: existirmos, a que será que se destina?” (Fórum, 2019), evento que aconteceu na Universidade Federal da Bahia. Satisfeitos com os rumos que as atividades tomaram, começamos a pensar em propor encontros com os familiares dessas crianças no semestre seguinte.

Nesse momento, vale dizer que o Grupo de Estudos e a Oficina de Música aconteceram concomitantemente à experiência da Tutoria, que citamos no início desta tese<sup>45</sup>. Além disso, foi nesse mesmo período que fizemos o mapeamento do discurso da medicalização a partir do levantamento bibliográfico apresentado aqui no primeiro capítulo. Portanto, no primeiro um ano e meio de pesquisa, fomos atravessados por essas experiências que, considerando as modulações sofridas pelo

---

<sup>45</sup> Ver páginas 11-16.

Ambulatório, encontradas com o meu retorno àquele espaço, modificaram por completo a ideal inicial do projeto proposto, apesar do interesse pelo problema da medicalização se permanecer.

Retornando ao relato sobre a Oficina de Música, percebemos que, enquanto as crianças estavam em atendimento, ficava um burburinho no corredor dos pais conversando entre si, trocando experiências e conquistas dos filhos. Ouvíamos falas como:

*“Ana está agora andando de bicicleta, fico tão emocionada!”*

*“Bianca começou também o balé, e está adorando, obrigada pela indicação!”*

*“Lá perto de casa tem escolinha de futebol gratuita, quer o contato de lá?”*

Com o objetivo de criar um espaço de escuta, fortalecer essas redes e o vínculo da equipe com essas mães, assim como a adesão ao tratamento, começamos a nos organizar para combinar alguns encontros periódicos com essas famílias. Esses encontros seriam mensais, compostos pela equipe (psiquiatra, psicóloga, estudantes da graduação monitoras) e os familiares das crianças que participavam da Oficina. Esse momento datava o final de ano de 2019, e conseguimos fazer apenas um primeiro encontro naquele ano.

Algumas falas muito interessantes surgiram naquele encontro, como: *“Meu filho não queria vir, estava chorando, mas depois que vem, não quer mais ir embora”*. *“O meu também! Ele pede para eu tocar uma guitarrinha em casa e fica rodopiando, como faz aqui na Oficina com vocês”*.

Outras reforçavam a importância em termos criado àquele espaço para as mães, como: *“Minhas idas para as terapias têm sido tão solitárias. Ela faz fono, faz TO, faz psicólogo... todo mundo cuida bem dela. Mas ninguém me olha e pergunta como a gente tá. Quando chega outro pai na sala de espera para conversar, só com isso, a gente já se sente acolhida, não mais sozinha”*.

Esses discursos davam notícias de como nosso trabalho estava sendo recebido e os efeitos de nossas intervenções, tanto para os pacientes, como para as famílias. Davam notícia também da necessidade acolhermos essas mães, de ouvi-las e promover espaços grupais de trocas entre elas e delas com a equipe. Além disso, foi a partir desses relatos que pensamos em mudar algumas condições da Oficina. Assim como esta tese, a oficina tinha um projeto previsto, mas também se propunha a acompanhar processos e a mudar com eles. Passamos em um dado momento, por exemplo, a contar com a participação dos irmãos dos pacientes nas Oficinas. Apesar disso nunca ter sido proibido, era algo que não tínhamos pensado e que foi trazido por uma mãe nesse encontro:

*“Tenho percebido que, com essa atenção ao Joaquim, às vezes deixo o mais velho de lado. Outro dia o mais velho me soltou: ‘Me leva para terapia, mãe, com vocês. Você vai ver que também sou doente’. Eu acabo trazendo ele também para a oficina porque ele pede. Acho que está gostando da oficina até mais que o Joaquim. Ele já está até contando os meses para chegar novembro, pois no*

*aniversário dele, já disse que vai trazer bolo para a oficina”. (mãe do Pedro, 9anos, e Joaquim, 3anos).*

Esse irmão mais velho citado tinha uma diferença grande de idade com relação ao menor e os demais participantes da Oficina. Por isso, não imaginávamos que a Oficina estava fazendo tanto sentido para ele. Ao escutar essa mãe, passamos a observá-lo e a ver o quanto era nítido que ele adorava aquele espaço. O menino entrava na sala com os menores e se adiantava para pegar as baquetas de bateria. Sentado na cadeira, ao lado de sua mãe e entre os demais adultos, acompanhava toda a Oficina, batucando na cadeira, cantando baixinho e chegando a fazer pequenas intervenções de cuidado com as crianças menores ou ensinando-as sobre o manuseio de determinado instrumento musical. A partir dessas considerações, podemos pensar como uma possível pista desmedicalizante [estarmos atentos para esses sujeitos que não são nossos pacientes, mas que convivem juntos e costumam acompanhar os tratamentos de seus irmãos, primos e vizinhos.](#) Nossas intervenções produzem efeitos não apenas nas crianças que atendemos, mas nos demais atores, que incluem essas pessoas próximas ao nosso paciente que também podem se beneficiar de nosso trabalho. É preciso estarmos atentos e oportunizarmos esses espaços de escuta.

Naquele primeiro encontro de pais, surgiram também falas sobre o recebimento do diagnóstico de seus filhos enquanto autistas, proferido por psiquiatras anteriores e de outros serviços pelos quais as crianças já tinham passado: *“Aí eu ouvi do médico: ‘seu filho é autista severo. Tem cura, mas tem que vir para terapia todo dia’.* A mãe então nos conta que o médico passou o valor de três mil e poucos reais por mês. *“Depois disso, eu só sabia chorar” (mãe do Douglas, 3 anos).*

Nesse momento, outra mãe compartilha sua experiência com o diagnóstico de autismo de sua filha: *“Eu te entendo. Tive que ouvir absurdos da minha própria família quando contei sobre o diagnóstico que o médico deu. Me perguntavam se ela ia ser daquelas autistas que vai bater com a cabeça na parede. Foi tudo muito triste e solitário. E junto com isso vinham minhas dúvidas e muita culpa como mãe. Por que comigo?” (mãe da Lara, 4 anos)*

Ainda nesse encontro, falas surgiram relacionadas também o ambiente escolar: *“Achei engraçado porque semana passada foi a primeira vez que o pai dela a trouxe aqui. Aí ele me contou que uma das mães o perguntou: ‘Sua filha é autista?’.* E ele disse que *‘Não, pra mim ela é normal’*”. E então a mãe sorri e revira os olhos, dizendo que já passou por muito sufoco assim porque o pai, nas suas palavras, *nega o diagnóstico da filha.* E então nos conta que quando foi matriculá-la na escola, a coordenadora perguntou ao pai se a filha tinha alguma deficiência, e ele disse que não. *“Agora você vê, eu tive que ir à escola no primeiro dia de aula fazer essa observação, para tentarem colocar ela numa sala especial, porque se dependessem dele, não a colocariam”.*

Quantas falas surgiram naquele dia! A partir delas, saímos enquanto equipe otimistas e com o desejo de dar continuidade àquele trabalho no ano seguinte, quando retornássemos do recesso. Naquele momento, enquanto pesquisadora de doutorado, comecei a pensar na ideia de propor alguma atividade para trabalharmos coletivamente com aquelas mães e passei a pensar em intervenções que poderiam ser feitas naquele serviço, no sentido de produzir cuidado, acolhimento e orientação àquele público...

Porém, esse projeto não foi adiante. No início do ano seguinte, começou a pandemia.

## 4.2 Acontecimento-pandemia

É sempre um acontecimento que nos leva a nos perguntarmos: o que foi que aconteceu? E agora, o que vai acontecer? O que aconteceu para que chegássemos nisso? Para que nos tornássemos capazes ou incapazes de...? (Lapoujade, 2015, p. 67)

*“24 de abril de 2021.*

*2.986 mortes no Brasil só no dia de hoje devido ao Covid-19. Olho da janela para a rua, não passa ninguém. Muitas portas fechadas. Um silêncio ensurdecedor. Há um ano que estamos nos comunicando com os olhos. Abril está sendo o pior mês desde o início da pandemia no Brasil. Esse é o momento que escrevo e tento retomar a tese. Não faço ideia do que nos aguarda nos próximos meses, se conseguirei qualificá-la ou mesmo defendê-la. Se estaremos vivos para ver o final disso, se teremos vacinas há tempo, e quando teremos, tendo em vista esse governo negacionista que assumiu o país há dois anos. Nessa hora, só consigo me perguntar como produzir uma tese de doutorado vivendo nesse estranho conturbado presente? Ou ainda, é possível não falar da pandemia na tese?*

*Trago aqui minha revolta, medo e adoecimento provocados por esse cenário. Por falar em medicalização, nunca me imaginei tomando um remédio que me ajudasse com as tarefas do dia a dia, mas hoje, depois de ter notícia de mais e mais mortes, de ver uma lista enorme de nomes de pessoas que faleceram subindo no término do jornal da noite, de falas e mais falas imprecisas de ministros e autoridades do governo Bolsonaro, enquanto as pesquisas por vacina não terminam, passei a me perguntar se não deveria passar a rever.*

*As coisas mais simples da vida passaram a me angustiar. Levar minha cachorra na rua, algo que sempre gostei, virou hoje um problema. Nossas saídas têm sido limitadas no tempo e no espaço há vários dias, traduzidas em cinco minutos no jardim da frente do prédio. Quando retorno, lavo obsessivamente suas patas, borriço e passo pano em seu corpo com medo de trazer o vírus para casa. Desço e subo com ela, diariamente, os 13 lances de escada para não precisar tocar em nada no elevador. Desvio do corrimão, abro as portas com as costas. O porteiro me acena a metros de distância e uso duas máscaras para me proteger. É nessa hora que, ao subir, reencontro essa*

*pesquisa, que deixei de lado no ano passado e não me reconheço mais frente à tela do computador diante de tantas tragédias fora de casa. Tragédias sociais, que sempre acompanharam a história desse país, mas que agora são somadas a outras trazidas pelo coronavírus.”*

Este foi o primeiro trecho que consegui escrever ao retornar para esta tese. Após aquele potente encontro com o grupo de mães no Ambulatório, que produziu tantas ideias e possibilidades para serem trabalhadas no ano seguinte, em março começou a pandemia. E por mais de um ano, me afastei completamente dessa escrita.

Os atendimentos no consultório, por outro lado, continuaram, e recorro do quanto fiquei afetada com a fala de uma paciente naquele período, semelhante ao que eu estava passando. De modo online, fazendo sua sessão no escuro do carro da família, para garantir alguma privacidade, pois não tinha em casa e não poderíamos fazer mais presencialmente, me relata suas angústias enquanto estudante da universidade. Conta nervosa que precisa entregar a monografia e o laboratório de química estava fechado, com as atividades suspensas devido a pandemia: *“O laboratório ficou fechado por muito tempo, as amostras que tínhamos, estragaram, Luísa! Pedimos mais, mas estão vindo de Manaus e o correio está em greve. As amostras vão chegar já vencidas.”*

Faltando dois meses para defender seu TCC, ela então conclui: *“Só tenho duas saídas, Luísa, ou invento um resultado ou jogo tudo fora e começo uma pesquisa do zero”*.

Proponho que inclua em sua monografia sobre a pandemia, sobre essas dificuldades que está passando em seu laboratório e as alternativas encontradas pelo grupo. *Afinal, muitos outros devem estar passando pela mesma situação... – eu falo.*

Com desespero e ironia, ela me responde: *“Ah, mas o que conta são os resultados! A banca não quer saber se tivemos que parar os experimentos por falta de amostras. Muito menos se o correio está em greve! Para nós da Química, esses bastidores não nos interessam”*.

Como pode algo tão importante como uma pandemia não ser citada em uma monografia, tendo em vista seus efeitos no andamento de uma pesquisa? Nesse mesmo sentido, recorro de outra paciente, também estudante da universidade, que fazia terapia comigo no mesmo período. Ela se queixava de não conseguir escrever seu relatório de bolsa. *“Não tenho tido cabeça, não estou conseguindo ficar no computador”*.

Estudante de História, narra que chegou a incluir em seu último relatório as adversidades que têm passado com a pandemia, inclusive o falecimento de uma pessoa próxima devido ao Covid-19, episódio que a mobilizou bastante e que a partir disso mudou o seu projeto inicial. Mas, ao enviar o texto para sua orientadora, recebeu dela a seguinte resposta: *“O relatório ficou ótimo, muito bom*

*mesmo! Mas... você não vai enviar aquela parte da pandemia não, né? Entendi que foi um rascunho só para mim, não foi? Você tira aquilo viu”.*

E pensar que em um curso de Ciências Humanas, diferente da Química, seria mais fácil compreender que esses “bastidores” fazem parte-do-texto...

Cito esses dois casos porque me identifiquei muitas vezes com essas pacientes durante a pandemia enquanto pesquisadora. No momento em que o projeto de doutorado ia “começar a andar” (e hoje entendemos que ele “já estava andando”), entra o acontecimento-pandemia e tudo volta a “desandar” novamente. Por muitos meses, pensei como elas: vou jogar tudo fora! Minhas leituras e o levantamento bibliográfico feito. Vou esperar a pandemia passar para começar uma pesquisa nova, do zero.

Contudo, havia um medo grande que cortava essa lógica: e se a pandemia não passar? Naquele momento, estávamos vivendo semanas de completa incerteza e que são difíceis até mesmo de serem lembradas hoje, em 2023, quando já estamos vacinados e com as vidas retomadas. Conforme contaremos nas próximas páginas, as atividades do Ambulatório sofreram profundas mudanças com a pandemia, que inevitavelmente afetaram a Oficina de Música que tínhamos iniciado e o projeto com as mães que havíamos pensado. Assim, a minha pesquisa, que já havia passado por tantas transformações, agora, deveria ser repensada mais uma vez...

Essa afirmação nos leva a pensarmos: mas quando afirmamos que o ato de pesquisar se dá no entre, no meio, nos encontros, já não deveríamos pressupor que qualquer pesquisa passaria por mudanças? Uma pesquisa-intervenção não acompanha objetos estáticos e, se alguns comportamentos são potencialmente mais medicalizáveis do que outros, conforme a época, a disponibilidade de tratamentos, as contingências histórias e sociais, como vimos na Introdução, como vamos parar e começar do zero, desconsiderando uma pandemia que atravessou nossas vidas? Conseguiríamos seguir falando aqui sobre as pistas desmedicalizantes, sobre o Ambulatório e o projeto que pensamos em fazer com aquelas mães, sem trazer o contexto pandêmico e o desmonte de políticas públicas de educação e saúde que marcou o governo Temer-Bolsonaro (2016-2022)?

Por apostarmos na potência de intercessores como os da Análise Institucional e por nos utilizarmos como uma ferramenta metodológica os diários de campo, defendemos como necessário que apareçam nesse texto os discursos e forças biopolíticas que atravessaram o modo de se fazer pesquisa no Brasil naquele período, que produziram deslocamentos no nosso campo, na nossa clínica e, evidentemente, na nossa escrita.

A análise de implicações problematiza, especialmente, as demandas e solicitações presentes no campo de intervenção, assim como as forças e os acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, comumente silenciados, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa de ser *bem sucedida*. (Coimbra; Nascimento, 2007, p.3, grifos nossos)

Com esse trecho, Coimbra e Nascimento (2007) nos convocam a pensarmos o que seria uma “pesquisa bem-sucedida”. Será que devemos publicar só “o que deu certo”? Em nosso entendimento, não. Não devemos porque não podemos ignorar os atravessamentos da pandemia em uma pesquisa, tampouco desvinculá-la de nossas angústias, que se assemelham a de tantos outros milhares de brasileiros e pesquisadores, diante das incertezas e da crise política, econômica e social, que já vivíamos antes mesmo da pandemia, e que se agravou com ela. Na tentativa, portanto, de ouvir minha própria sugestão enquanto terapeuta àquelas duas pacientes, e apostando na inseparabilidade entre pesquisa-clínica-política, assim como apostando na potência de um texto que se comprometa a dar visibilidade a essas forças que o constituíram, traremos a seguir o que costuma ficar fora de um texto (Lourau, 1993): o acontecimento-pandemia.

Lá em abril de 2021, momento que encontro fôlego para retornar a esta escrita, tive contato com uma reportagem do diretor-geral da OMS lembrando que o primeiro 1 milhão de mortes no mundo aconteceu após nove meses de pandemia; quatro meses depois, 2 milhões de mortes; e passados outros três meses, alcançou 3 milhões de mortes no mundo.<sup>46</sup> Eram notícias como esta que me paralisaram. Naquele momento, também, fazia um ano que o Brasil havia ultrapassado o número de mortes na China e, como resposta do presidente da república da época, ouvimos: “E daí?”<sup>47</sup>

Enfatizo essa expressão – e poderia trazer tantas outras que me embrulharam o estômago – afetada por um sentimento de indignação que me tomou naqueles meses e que, entre outros efeitos, afetaram meu corpo e modo de escrever. Enquanto sentia tudo aquilo, o relógio do doutorado corria e as responsabilidades enquanto pesquisadora ecoavam a cada dia que não conseguia abrir computador.

Aquela postura do “e daí” nos convoca a pensarmos nos efeitos da negligência do governo frente à pandemia, como a banalização da situação que estávamos vivendo naquele momento. Quando pensamos sobre os sentidos produzidos pela pandemia, abrimos também espaço para a dimensão ética de nos responsabilizarmos pelo que estamos fazendo do e no mundo. Portanto, ao me calar diante daquele cenário de calamidade em que essa tese foi produzida, deixando a pandemia em um espaço reservado, em um fora-do-texto, me sentiria como se estivesse fazendo parte daquilo e naturalizando o discurso de banalidade da vida. Por isso, levanto as questões que me ressoaram naquele período:

Todas essas pessoas morreram por causa do coronavírus, ou morreram por conta de uma política genocida de lidar com o coronavírus? Chegamos a ouvir barbaridades, como uma “seleção natural”

---

<sup>46</sup><https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2021/04/19/mundo-registra-mais-de-52-milhoes-de-novos-casos-de-covid-em-pior-semana-da-pandemia-aponta-oms.ghtml>. Acessado em 19 de abril de 2021

<sup>47</sup> “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Sou Messias, mas não faço milagre”, fala dita pelo atual presidente da República do Brasil, Jair Bolsonaro, em entrevista dada no dia 28 de abril de 2020 ao ser questionado sobre o aumento do número de casos da Covid19 no país (GARCIA et al., 2020).

da população que justificaria que as pessoas saíssem de suas casas. Utilizando-se de racionalidade mórbida, que, ao naturalizar a vida humana, desumanizaria por completo quem a instiga em tempos tão difíceis e de tantas perdas. Afinal, quem da nossa família deve ser colocada em risco de saúde, ou mesmo morrer, para não “parar” uma economia? Vale dizer que aqui não estamos tratando de qualquer família. Essa lógica, propagada por um discurso político perverso, valeria apenas para *algumas* famílias, como veremos mais adiante.

Olhamos para a pandemia enquanto um acontecimento. Segundo Foucault, o conceito de acontecimento é uma ruptura das evidências sobre as quais se apoiam nosso saber e nossas práticas. Nas primeiras páginas de “Como se escreve a história” (1998), Paul Veyne já aborda esse conceito, afirmando que essa ruptura das evidências nos mobilizaria a criar estratégias para lidar com esse novo, que ainda não nos foi experimentado. Recorreremos, então, ao verbo acontecimentalizar enquanto uma experiência que faz refletir o nosso encontro com as verdades - encontro este que é sempre único, singular e que nos modifica, podendo nos mobilizar ou paralisar. A acontecimentalização romperia com uma continuidade histórica pois produziria marcas nesses corpos da experiência, de tal forma que já não seria possível sermos o mesmo, voltar. Conforme Suely Rolnik:

A irrupção de um acontecimento nos convoca a criar figuras que venham dar corpo e sentido para a arregimentação de diferenças que ele promove. Faz tremer nossos contornos e nos separa de nós mesmos, em proveito do outro que estamos em vias de nos tornar. Perdem sentido nossas cartografias, depaupera-se nossa consistência, nos fragilizamos - tudo isso ao mesmo tempo. (Rolnik, 1995, p.97)

Para tentar dar conta daquele acontecimento, conhecer sua dinâmica e dimensionar seus efeitos, convocamos as ciências médicas, as exatas, a história, os cientistas sociais, entre outros especialistas. Mesmo assim, o cenário da pandemia nos confrontou com o não-saber, com dúvidas para as quais não tínhamos respostas. Não tínhamos nenhuma certeza anterior capaz de antecipar o futuro. Por isso, ocupar aquele lugar foi tão difícil, como profissionais da saúde e pesquisadores, pois ele nos confronta com a nossa incapacidade de habitar esse desconhecido. As autoridades, instituições políticas e científicas foram obrigadas a admitir que os seus diagnósticos se inscreviam em uma realidade que lhe escapava - a do vírus. Conforme Almeida e Ó (2020), “já não se trata de perguntar para obter uma resposta conhecida, mas antes de habitar, ao mesmo tempo e lado a lado, o desconhecido, o “não-saber”.” (p.287)

Acontece alguma coisa que muda tudo, que desloca as potências e as capacidades para nos relacionarmos com o mundo e com a vida. Assim entendida, a pandemia passa a oferecer uma oportunidade para redistribuir as potências, para recomeçar. Não falamos de um retorno ao mesmo, mas antes de uma oportunidade de produzir a verdadeira diferença no modo como

adultos e crianças podem construir uma outra agência relacional no encontro com o desconhecido. (*ibid.*)

Além disso, para entender a pandemia como um acontecimento, é importante visualizarmos o contexto em que a pandemia emergiu. Todo acontecimento tem uma história e foi no dia 17 de novembro de 2019 que tivemos o primeiro caso relatado do vírus na China. Esses dados localizam o centro da pandemia naquela potência econômica que tem sustentado sua produção e consumo dentro de um padrão de exploração intensiva de trabalho humano e recursos naturais. As características da Covid-19 diferiram de outros surtos epidemiológicos justamente por sua capacidade de afetar um número enorme de pessoas, em diferentes lugares e ao mesmo tempo, exatamente como a globalização neoliberal.

Outra diferença é que, nos tempos de redes de internet, uma parte da população mundial foi colocada em confinamento virtual, em *homeoffice* e *homeschooling*, enquanto, em contrapartida, outra parte seguiu no presencial, nas chamadas atividades essenciais de comércio e serviço, sustentando e viabilizando a continuidade do modelo econômico globalizado. Se instaura o pandemônio de uma crise dentro de outra crise:

(...) Hoje, em diversas partes do mundo, prolifera o descontentamento de trabalhadores e profissionais liberais de uma geração cujos pais sustentavam famílias inteiras e formavam os filhos com seus salários, mas que agora se encontram terceirizados, precarizados ou desempregados e empobrecidos pela globalização neoliberal. (Grupo de Pesquisa, 2020)

Foi nesse modelo de globalização que se hospedou a pandemia da Covid-19, reproduzindo e intensificando recortes de extremas desigualdades internas e externas a cada país, envolvendo desde falta de saneamento básico, acesso à água e cuidados de higiene básico, ao desmonte da saúde e da educação pública, como do Ambulatório que encontrei em pleno desmonte. Todos esses fatores facilitaram a disseminação do vírus e afetaram de modo avassalador grupos vulneráveis, ou seja, população já em risco, como aquela que dependia da economia informal, trabalhadores com baixos salários, mulheres, jovens, idosos, pessoas com deficiência, refugiados e deslocados, população negra, povos indígenas e demais povos tradicionais.

Para muitos trabalhadores, o ficar em casa não era uma opção, mas um privilégio. Por isso, não atravessamos a pandemia no mesmo barco. O que colocamos aqui em análise não é o discurso negacionista, que, em oposição, poderíamos reforçar as ações individuais que deveriam ter sido tomadas por todos como, por exemplo, uso de máscaras, lavar as mãos, se isolar. Mas o que visibilizamos nesse capítulo é com relação a universalização dessas ações: todos tinham acesso à água e sabão? Todos tinham computador ou internet para acompanhar as aulas remotas escolares e prestar o exame do Enem, que foi mantido na pandemia? Como se deu o “ficar em casa” para o porteiro do

meu prédio ou para o repositório do mercado? Como se deu o “saia somente quando necessário” para o rapaz que continuou a entregar lanches pelo aplicativo e a pedalar horas e horas para se sustentar? E de que “casa” estamos falando quando tratamos da população de rua?

Esses nossos questionamentos nos remetem ao livro da Lilia Lobo (2008) “Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil”, a respeito dos invisíveis ao Estado. Para essa população que não é digna de qualquer glória ou nota, como foi o “fique em casa” quando a sobrevivência estava em jogo?

Como assegurar as medidas preconizadas no contexto de moradias precárias, insalubres, empilhadas nos becos estreitos, muitas vezes sem saneamento, sem água nas torneiras, sem dinheiro para comprar sabão, sem dinheiro pra comprar gás para cozinhar, sem dinheiro para comprar comida. Quando lançamos ações sem o entendimento da diversidade de condições socioeconômicas, obliteramos a realidade e nos isentamos de culpabilidade: se não der certo, é porque não houve dedicação e entendimento dos indivíduos!” (Silva, et al, 2020, p.22).

É inquestionável que o acontecimento-pandemia fez emergir uma grave crise sanitária e econômica, mas também é verdadeiro que ela escancarou diversas dimensões da desigualdade já postas antes mesmo dela. Assim como afirmamos no segundo capítulo dessa pesquisa que não há uma pesquisa neutra, descontextualizada e desinteressada, reafirmamos nesse momento que não existiu um discurso neutro sobre o vírus e as medidas de cuidado naquele período. O acontecimento-pandemia mostrou com força o que vem sendo denunciado há anos, como as desigualdades de gênero, raça e classe, além do modo como várias ações do governo nos afetam, matando ou deixando morrer (Foucault, 2008b) populações inteiras. O vírus não é democrático.

Ainda que vejamos ações de países como as doações da China, as questões políticas e econômicas não deixam de vigorar e afirmar um jogo de interesses pautado nas políticas neoliberais, como por exemplo a retenção criminosa pelos Estados Unidos da América de insumos médicos importados da China pelo Brasil e por outros países e a decisão do atual presidente americano de acabar com o financiamento da Organização Mundial da Saúde (DOLCE, 2020). Há que se ter cuidado: o *We are the world* não existe! (Silva, et al. 2020, p.24).

O acontecimento-pandemia veio, assim, romper com as regularidades, com a ordem das coisas já estabelecidas e aceitas como normal, abrindo um vasto campo de disputas de discursos tomados enquanto verdades. Um deles foi o discurso negacionista, defendido por autoridades políticas, econômicas e religiosas, e marcas daquele governo, que minimizou o tempo todo a amplitude da pandemia: “*é só uma gripezinha*”. Com esse argumento, incentivou a volta ao trabalho, ao ensino presencial, a abertura de casas de show, restaurantes e cultos. Por outro lado, tivemos o discurso científico, defendido pela maioria dos médicos sanitários e que, com apoio de instituições e governos internacionais, atentando para a preservação à saúde, permanencia defendendo a

continuidade das medidas restritivas de isolamento social, bem como a importação e produção urgentes de vacinas. (Grupo de Pesquisa Discurso, , 2020; Almeida, ; Ó, 2020)

Essas considerações foram feitas para que o leitor compreendesse que o acontecimento-pandemia também nos levou a problematizar o discurso da medicalização por diversas instâncias. Na vida, ficava incrédula como que o governo estava impondo o *homescholling* e o ensino híbrido, no lugar da suspensão do ano letivo. Como dar continuidade a aplicação das provas do ENEM naquele momento, em que muitos estavam sem condição de estudar ou acesso à internet? O Estado permanecia buscando a qualquer custo um corpo dócil e disciplinado, *mesmo em uma pandemia*.

A pandemia atravessou nossa escrita, quando passamos nos cobrar, enquanto estudantes de graduação e de pós-graduação, a ter saúde mental e foco para a produção acadêmica, em meio a tantas mortes noticiadas diariamente nos jornais. O acontecimento-pandemia, especialmente em 2020 e 2021, operou como uma ruptura, afetando macro e micropolíticamente nossas vidas, estabelecendo uma descontinuidade entre o passado e o futuro. E refletir sobre tudo aquilo nos impôs um enorme desafio que foi pensar o mundo estando no mundo. Isto é, *pesquisar em ato*.

O acontecimento-pandemia veio romper com as estatísticas, com as tentativas de controle e mensuração sobre o mundo que nos habita, e que para Foucault (2008a, 2008b) orientam a gestão biopolítica das populações. O conceito de agenciamento aqui é interessante de pensarmos porque é entendido como “o arranjo e combinação de elementos díspares que fazem surgir algo novo, algo que não se pode resumir a nenhum dos elementos isolados que o compõem. Trata-se de pensar uma outra relação” (Almeida, ; Ó, 2020, p. 287). E, com esse conceito, podemos trazer as seguintes perguntas: o que o vírus produziu em nós? Que agenciamentos foram produzidos com o acontecimento-pandemia?

Um recurso importante para mim enquanto pesquisadora e que sempre oxigenou minha escrita, tanto na monografia quanto na dissertação, foi estar em coletivos e ir a Congressos. Não importava se era dentro da Universidade, no Estado do Rio ou se eu teria que me deslocar; sempre me encantou a possibilidade de escutar outros profissionais e estudantes e conhecer suas experiências. De vez em quando, tinha a sensação de que o meu trabalho em escala era uma gota em um enorme oceano. Mas, quando ouvia pares contanto sobre suas práticas, compartilhando estranhamentos e inquietações, pensando junto como fazer diferente, tinha a sensação de que não estávamos tão sozinhos. Algumas falas potentes não necessariamente vinham de psicólogos, mas de filósofos, pedagogos, usuários da Rede de Saúde Mental ou de estudantes licenciandos, que contavam suas experiências em suas atividades nas escolas e serviços, e que faziam coro com o que eu vinha pesquisando e pensando. Tampouco precisavam citar o termo “medicalização” para me identificar com suas indagações e perceber nessas falas seus posicionamentos críticos diante dessa lógica.

Com a pandemia, suspenderam-se todos os congressos presenciais e proliferaram os eventos online. Um planejamento que tinha era inclusive me deslocar para conhecer outros trabalhos semelhantes ao do Ambulatório, talvez em outros Estados, mas que tive que abrir mão. A pandemia veio rasgando esta pesquisa no sentido mais visceral. Devido ao distanciamento social exigido, tornou-se inviável continuar encontrando presencialmente esses pacientes e seus pais no Ambulatório. Certo dia, passando em frente ao campus, me marcou a imagem de um cadeado no portão e o pátio ermo, onde outrora víamos crianças e idosos aguardando atendimentos. Até bem pouco tempo atrás, ali havia acontecido o evento da “Festa Medieval” que comentamos anteriormente. Exatamente do outro lado da calçada, passei a ver um posto de saúde cheio, com pessoas em pé na porta e muitos com suas máscaras embaixo no queixo, mesmo sendo obrigatório seu uso.

O encerramento das atividades do Ambulatório não foi fácil e tentamos soluções provisórias, imaginando que a situação da pandemia seria a curto prazo, que em algumas semanas voltaríamos ao presencial. Assim como fizemos em nossos consultórios particulares, eu e o psiquiatra do serviço, junto com as estudantes extensionistas, tentamos adaptar a Oficina de Música de maneira remota. Caso conseguíssemos, seria positivo para que aquelas famílias não perdessem o vínculo com o serviço e mantivessem uma rede de apoio, adaptada mas que cumprisse seu papel de acolhimento e orientação.

Contudo, os encontros online não caminharam. Experimentamos primeiro com as crianças, em casa, com suas mães. Encurtamos o tempo da atividade, que passou a ser de trinta minutos. O psiquiatra cantava com seu violão, eu e as outras integrantes acompanhávamos com as palmas ou um objetivo para batucar. Seria a descrição de uma Oficina comum, se não estivéssemos em casas diferentes e se não me incomodasse tanto o eco que minhas palmas produziam no silêncio da minha.

Propusemos então fazer reuniões quinzenais ou mensais online apenas com aquelas mães, sem seus filhos, no segundo semestre de 2020. No entanto, online também foi inviável. Ora a internet caía, ora, uma mãe atropelava a outra por conta do *delay* do vídeo. Uma mãe, que tem outro filho, não conseguia participar do encontro porque o mesmo ficava chorando e pedindo a sua atenção. Outra, falava das questões do filho de forma disfarçada, pois o mesmo estava no vídeo comendo biscoito em seu colo e não podia perceber que se estava falando dele. Outra mãe ainda nos recebeu dentro de um *uber* a caminho do dentista para não perder o nosso atendimento. Definitivamente, não foi possível mantermos as atividades online.

O Grupo de Estudos foi a única atividade que perdurou por mais alguns meses. Os encontros eram espaçados, mas a internet também caía e tínhamos dificuldades para conciliar os horários de todos. Mesmo assim, mantivemos por um tempo discutindo um texto ou outro. Nesse tempo,

produzimos um artigo sobre a oficina que foi submetido à Revista *Childhood & Philosophy* e publicado em fevereiro de 2021. Este artigo teve um papel importante que foi o de registrar aquele trabalho que vínhamos fazendo há dois anos no Ambulatório, mas que, sem os encontros presenciais, funcionaram com muita dificuldade.

A vida para além do Ambulatório, obviamente, também foi afetada pela pandemia. Assim como a maioria das pessoas, me esforcei para me adaptar àquele “novo normal”. Mesmo sem perceber, ficava horas diante do celular, assistindo *lives* e fazendo encontros virtuais com os grupos de amigos. Estimulada a prestar atenção às expressões faciais e aos movimentos de todos os colegas que estavam ali na videochamada, era muito cansativo. O que era bem diferente de se estar presencialmente, olhando para uma única pessoa em uma confraternização ou um Congresso. Na videochamada, tínhamos a sensação de que todos estavam nos encarando o tempo todo. Afinal, há uma câmera enquadrando nosso rosto! E ver nossa imagem na tela cansa. E como cansa! Meio a isso, não havia espaço para uma conversa paralela, um comentário baixinho para um amigo, ou um olhar atravessado para um colega que vai te entender do outro lado da sala.

No consultório, aumentou absurdamente o número por procura por atendimentos com queixas relacionadas à ansiedade e depressão, associadas diretamente àquele conturbado contexto. Minha agenda de trabalho passou a ser mediada pela tela do celular ou do computador. Respeitando as medidas de distanciamento social, os encontros com os pacientes passaram a ser online, até mesmo com os grupos de terapia que aconteciam no consultório: com os rostos das pessoas pequenininhos, muitas vezes numa confusão de "você está me ouvindo?", "desculpa te interromper", "acho que o seu vídeo travou", “você pode repetir”, entre outras falhas de comunicação. Alguns dias, cheguei a passar oito horas seguidas atendendo dessa forma e com uma sobrecarga emocional grande pois todos os pacientes estavam adoecendo, agravando seus quadros clínicos por conta da ansiedade e do isolamento em casa. Na minha vida pessoal, aula de dança, musculação e até a terapia pessoal, tudo passou para o online!

Em certo momento, contudo, ficou insustentável incluir também a vida acadêmica no modo virtual, assistir a mais uma *Live*, participar de mais uma reunião ou aula no *Meet*, ou assistir a mais uma qualificação ou defesa de tese no computador. Se tivesse que passar ainda mais tempo diante de uma tela, mesmo que fosse para um Congresso que abordasse o tema da medicalização ...eu que ia adoecer. Afinal, estávamos convivendo diariamente com a sensação de ruptura com o sentido de realidade, colocando-nos em dúvida nossa própria sanidade. Direitos estavam constantemente sendo violados, inclusive o próprio direito à vida, à saúde, rompido por uma política de governo que não comprou as vacinas necessárias para imunizar a população contra um vírus letal. Esse cenário pandêmico - para além do vírus em si, que por si só já é desestabilizador, mas considerando todas

essas questões acima -, produziu um sofrimento psíquico tamanho nunca experimentado por nós. Talvez não estivéssemos enlouquecendo, no sentido medicalizante, mas o cenário em que vivíamos que era potencialmente enlouquecedor.

A partir dessas considerações, retomamos o que afirmamos durante toda essa tese sobre o fenômeno da medicalização: o sofrimento psíquico é um problema de ordem política. Isso é fundamental nesta pesquisa! Sintomas como ansiedade, depressão, compulsões, insônia e *burnout* estão cada vez mais presentes na clínica e não podemos tomar esses sintomas como quadros de saúde mental de determinado/a paciente, individualizando biologicamente a questão. Esses sintomas são produtos, efeitos, do cenário que vivemos e é nesse ponto que a clínica e a política se transversalizam.

Se o adoecimento psíquico é efeito de como a sociedade é organizada e gerida, a promoção de saúde mental só é verdadeiramente efetiva quando novos modos de organização social e política são construídos. Por mais fundamentais que sejam as terapias de cuidado como psicoterapia, yoga, meditação e afins, elas são insuficientes quando se trata, por exemplo, de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social. Não há terapia capaz de reduzir a ansiedade de uma mãe que não sabe se vai ter de dar o que comer aos seus filhos em tempos de pandemia.

Afirmamos, nesse momento, mais outra pista. Se queremos pensar a desmedicalização, temos que pensar que [promover saúde mental no Brasil passa, necessariamente, por distribuição de renda e justiça social](#). De igual modo, para que mudanças profundas no cenário político venham a se dar é necessário um novo modo de subjetivação. Ou seja, maneiras outras de pensar, sentir, desejar e ser com o outro e com a coletividade. E para isso, sem dúvida, a clínica, com a sua dimensão política, tem a contribuir.

### **4.3 A experiência de escrita e um respiro**

Sem as trocas presenciais vividas no Ambulatório e no consultório, impedidas pelo cenário pandêmico, minha forma de lidar com a escrita dessa tese também foi afetada. Passei meses de 2020 e 2021 sem conseguir caminhar. Alguns encontros que tive com a orientadora e o resgate de manusear livros físicos, sublinhando com lápis e anotando observações, me ajudaram. Mas uma hora eu teria que retomar ao Word e foi muito difícil. Não tinha mais fôlego.

Depois de um ano saindo somente quando necessário, com a vida pessoal totalmente alterada, fui contaminada pelo vírus. Tive sintomas bem leves, mas nesses dois dias de cama, só conseguia agradecer por estar bem e pensava em quantos brasileiros estavam se sentindo mal naquela mesma hora e com outras garantias de cuidado. Durante a pandemia, eu, como psicóloga clínica e autônoma, tive a opção de ficar em casa em isolamento, privilegiada, com a renda mantida já que praticamente

todos os pacientes acordaram em dar continuidade de forma online. As aulas do doutorado também passaram para o online, e não precisava, assim, me deslocar na rua. Contudo, retorno com aqueles mesmo questionamentos: com a pandemia, uma série de medidas foram implantadas para a proteção do vírus: lave a mão, use álcool, fique em casa. Mas como se dá o “fique em casa” quando a casa só tem um cômodo para abrigar uma família inteira? Como manter a higiene das mãos em localidades com restrição de água potável? Como fica o trabalhador cujo empregador é contrário à interrupção das atividades da sua empresa? Aguiar, Scheinvar e Nascimento (2022) nos ajudaram a elaborar essas questões nesse sentido:

As ações de proteção se dão no âmbito da regulação da população, já que ao fazer determinações nos modos de viver, produzem saberes que vão estabelecer estratégias de controle de um conjunto maior de pessoas, sobre o corpo social. E tomam visibilidade alguns saberes que nos surpreendem: só vão morrer os idosos, ou os que têm alguma comorbidade e já “iriam morrer mesmo”. Um saber se institui: uns devem morrer para que outros possam viver. (p. 160-161)

Nos piores meses da pandemia, me recorreu algumas vezes a preocupação de precisar de um leito de UTI, e não ter. E quem nem plano de saúde tinha?

(...) uma ameaça à vida significa mais medo e morte para alguns grupos, como as famílias que, decretado o lockdown, não tiveram recursos próprios para garantir o isolamento físico que promete escapar do que lhes evitaria o contágio, ou não encontraram serviços de saúde destinados aos pobres – mesmo quando estes sobram nos serviços privados (*ibid.*, p.155).

Lembro nesse momento de Foucault (2000) ao afirmar que populações inteiras são “deixadas para morrer”, pois embora o vírus não escolha hospedeiros, são os pobres e negros que aumentam as estatísticas. Em defesa de uma sociedade, de um Estado forte, naturalizam-se os efeitos da pandemia em comunidades de baixa renda, nas periferias, na população indígena. (*ibid.*, p.17). Por isso, como passar indiferente a essa população? E, novamente, como ouvir “*e daí?*” de um presidente da república e isso passar indiferente nessa pesquisa? Era uma mistura de ansiedade e desespero, ao mesmo tempo, sem trocas físicas, isolada em casa.

Essas preocupações me levaram a pensar em alguns momentos do doutorado que o universo da academia não fazia mais sentido, pois não conseguia me concentrar para produzir. Na minha forma de pensar, havia algo de errado comigo, um problema individual, enquanto acadêmica, pois eu não estava dando conta do que esperavam e do que propus fazer quando passei na seleção. Naquela altura, vivendo a pandemia e diante de tanto horror, fui me anestesiando. Faltava oxigênio, tempo e até mesmo vontade para pesquisar.

Foi quando no final de 2021, encontrei um respiro. Tive contato por acaso com esse trecho precioso de Foucault (1982), que se encontra também na epígrafe desta tese:

[...] Uma experiência é qualquer coisa de que se sai transformado. Se eu tivesse de escrever um livro para comunicar o que já penso, antes de começar a escrevê-lo, não teria jamais a coragem de empreendê-lo. [...] Sou um experimentador no sentido em que escrevo para mudar a mim mesmo e não mais pensar na mesma coisa de antes (p.289-290).

Para Foucault, o discurso é sempre ação. A linguagem não se limitaria a uma mera função ideológica, como a de refletir o mundo (Ó; Aquino, 2014, p. 206), discorrer ou descrever algo. Um discurso não apenas “falaria sobre algo”, dentro de uma lógica da representação, mas *produziria* efeitos. Quando falamos de uma pesquisa, portanto, estamos falando de uma produção. E essa produção não se limitaria aos chamados “resultados” ou “conclusão”, pois como vimos, o produzir está em todo o processo do ato de pesquisar. (Sheinvar, 2012)

A pesquisa é movimento; é produção. Movimento de copiar, criar, articular, compor um campo que afirma um saber, desqualifica outros, inibe possibilidades, abre perspectivas, sempre como uma prática produtora de saberes. (*ibid.* p. 194)

Foucault tomava o mundo tal como ele se apresenta, como uma fonte inesgotável de produções históricas, e não como uma realidade dada, que fosse passível de ser meramente descrita ou manipulada. Concebemos a pesquisa, assim, enquanto um campo de produção de relações, estamos afirmando aqui sua desnaturalização, bem como recusando um ponto de origem.

O ato de conhecer afasta-se da lógica tradicional do reconhecimento, da legitimação do que se sabe de antemão, da demonstração e da prova. Em seu lugar, uma dinâmica do olhar e da reflexão em direção ao múltiplo, ao distante e ao inusitado. (Ó; Aquino, 2014, p.225)

A noção da escrita seria, pois, um tipo de experiência que contemplaria a transformação de si, sendo o pesquisador parte inerente dessa pesquisa. Nesse sentido, em 1982, Foucault em uma entrevista realizada na Universidade de Vermont declarou:

Não considero necessário saber exatamente quem sou. O que constitui o interesse principal da vida e do trabalho é que eles lhe permitem tornar-se diferente do que você era no início. Se, ao começar a escrever um livro, você soubesse o que irá dizer no final, acredita que teria coragem de escrevê-lo? O que vale para a escrita e a relação amorosa vale também para a vida. Só vale a pena na medida em que se ignora como terminará (Foucault, 1982, p.294)”

Segundo Ó e Aquino (2014), o ofício de um pesquisador corresponderia a uma prática perpétua de desdobramento de si mesmo, tendo seus resultados expressos na forma de livros, artigos ou teses (p. 215). Contudo, mesmo com essas leituras, me vinha sempre o imperativo: “É só sentar e escrever”. Por muito tempo essa frase me acompanhou durante o doutorado, e eu tentava me convencer disso para minha tese caminhar. Lembro de outras que, assim como essa, responsabilizam os sujeitos por seus “sucessos” ou “fracassos”, como: “*Quem quer, dá um jeito, quem não quer, inventa uma*

*desculpa*”. Desculpa essa que, para mim, era minha saúde mental e os efeitos provocados pela pandemia.

Ao lembrar desses afetos que me atravessaram, associo com os imperativos do neoliberalismo e o empreendedorismo de si que afirmamos na introdução desta tese. *Seria mesmo uma desculpa que estaria inventando? Seria mesmo uma falta de esforço ou de vontade?* Me via igualzinho aquele homem endividado do post do *Instagram* que comentamos, mas no meu caso, eu estava em dívida com a Universidade e com a orientadora, por não conseguir me aproximar da escrita durante meses da pandemia. Essa experiência foi bastante diferente da que tive no mestrado, que foi um processo muito tranquilo para mim. Qualifiquei com exato um ano de curso, e defendi no prazo, com folga e bastante satisfeita com o resultado. Mas o doutorado estava sendo muito difícil. Se passava em outro momento da minha vida pessoal e profissional e estava sendo atravessado por um cenário inédito mundial.

Esse “só sentar e escrever” era uma violência sutil que me acompanhou diariamente e estava por todos os cantos. No sofá quando eu ligava a Tv, enquanto almoçava, a caminho do consultório. “Senta”, o corpo obedece. “Agora escreve”, e não sai nada. Toda vez que tentava pegar o texto, eu relia desde o início para lembrar de onde tinha parado. Lembrava nostalgicamente do Ambulatório, daquele que ficou na memória, e não desse que eu reencontrei quando iniciei o doutorado, tampouco o de hoje meio a pandemia. Naquilo, eu escolhia um parágrafo do início e ficava nele. Mudava uma vírgula, a fonte, invertia-se as orações, mudava o tempo verbal, e quando eu via, tempo passava, e o número de páginas permanecia o mesmo.

O fato é que é sim: sentar e escrever; mas não é “só”. E discursos como esses só alimentam a culpa do estudante - no caso eu, pós-graduanda - em não conseguir ler, me concentrar e produzir uma escrita. Afinal, deve ter algum remédio que faça essa angústia diminuir e que me ajude produzir... Mas, parando para pensar, não foi sobre todas essas questões a nossa pesquisa? Quando localizamos essa pesquisa na área da Saúde Mental e da Educação, estávamos falando justamente de um estudante que não atinge o esperado, que não produz o quanto ele e a sociedade acham que deveriam. Por não dar conta, e é responsabilizado e medicalizado por seu fracasso, desvio, dificuldade ou paralização. Tudo vira privado e individual.

Encerramos esse capítulo nos dando conta que nossa pesquisa não era sobre o Ambulatório, enquanto campo físico, mas sobre um campo discursivo problemático, que se desenhou a partir das várias experiências que tive enquanto pesquisadora, sendo minha composição com o Ambulatório uma delas. Somadas à experiência da Tutoria, dos atendimentos clínicos no consultório, das análises dos caminhos percorridos durante minha formação enquanto psicóloga, temos a experiência de

escrever sobre o mundo, ao mesmo tempo, em que estamos vivendo nesse mundo. Tudo isso compôs esta pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A gente pensa uma coisa, acaba escrevendo outra e o leitor entende uma terceira coisa...e, enquanto se passa tudo isso, a coisa propriamente dita começa a desconfiar que não foi propriamente dita”.<sup>48</sup>

Tivemos como objetivo que essa tese fosse composta por uma escrita acessível a um público que não necessariamente fosse formado por pesquisadores do meio acadêmico. Nossa intenção foi escrever um trabalho que pudesse ser acessado por profissionais que estão atuando na ponta, no cotidiano de escolas, em dispositivos de saúde e consultórios particulares, como psicólogos, educadores e médicos, que querem repensar suas práticas.

Por conta disso, optamos por trazer os conceitos e autores, não de uma forma hermética e explicativa, mas por meio uma escrita um pouco mais fluida, predominantemente em 1ª pessoa do singular ou do plural, encarnada e produzida a partir de um diário de campo atravessado por diversas experiências: falas de pacientes, pelo Ambulatório, pelos encontros no consultório, pelas memórias que compuseram minha formação enquanto estudante, etc.

Essas cenas que trouxemos tinham como propósito produzir uma proximidade do leitor com o tema e o texto, e nos serviram como analisadores para pensarmos o que chamamos aqui de pistas desmedicalizantes. Longe de serem verdades absolutas, procuramos trazer essas pistas como sugestões, reflexões, recomendações e talvez disparadores para que o leitor pudesse refletir sobre elas e perceber, inclusive, outras pistas em seu cotidiano após o contato com esse texto.

Nessa pesquisa, assumimos uma aposta política de escrita. Essa aposta conversa com o que discutimos no segundo capítulo, quando trouxemos a dimensão política de nossas práticas enquanto profissionais de Saúde Mental. Discutimos sobre a concepção de ciência enquanto sempre uma prática engajada, enquanto produto e produtora de outras realidades. E, se sobre nossas práticas clínicas pensamos nessa direção, por que no próprio ato de pesquisar isso seria diferente? Assim, trouxemos a pandemia no final desse trabalho, como um interlúdio, para mostrar que essa pesquisa não está fora de um mundo. O acontecimento-pandemia desacomodou nossas práticas, nossos serviços de atendimento, nossas vidas e (porque não) produziu também deslocamentos em nossa pesquisa.

---

<sup>48</sup> Trecho retirado do Caderno H, de Mário Quintana

Outro ponto interessante a ser levantado aqui é com relação a pergunta que mais ouvi nos últimos anos: *“Ah, você faz doutorado. Sobre o que é sua pesquisa?”*. Com o passar dos anos, tenho percebido que, de modo geral, responder à essa pergunta tem ficado cada vez mais fácil e tenho respondido cada hora de uma forma diferente. Mais fácil não devido somente à minha afinidade com a pesquisa em si, que foi se construindo aos poucos com os anos, mas percebo também maior proximidade das pessoas com o tema, se comparado há nove anos atrás, quando entrei no mestrado e essa mesma pergunta me retornava.

E que bom! Analisamos que não tem sido por meio de uma linguagem rebuscada ou por acesso a artigos e revistas científicas que o tema da medicalização tem chegado aos profissionais e às pessoas de modo geral. Mas, muitos têm entrado em contato com esse problema a partir de uma conversa com outros colegas de profissão, por livros, por ter ouvido falar um pouco sobre essa questão em algum curso ou *podcast*, por mostras e cartilhas organizadas por seus Conselhos, por conteúdos produzidos por coletivos em sites e redes sociais, etc.

É interessante notar, ainda, que a medicalização é um problema que atravessa muitas de nossas experiências, sendo extremamente atual e enérgico, sobre qual todo mundo tem algo a compartilhar: seja comentando sobre alguma cena que viveu na escola, ou quando a mãe o levou a um psicólogo quando era criança, seja associando com um excesso de medicação que já tomou por algum tempo... Essas narrativas costumam me chegar quando respondo àquela pergunta que sempre me é feita.

Faltando poucos dias para entregar o texto final desta tese, estava com um grupo de colegas em um barzinho quando ouvi de uma amiga, também psicóloga, dizer que estava pensando em levar os enteados a um neurologista *“porque deviam ter TDA/H”*. Isso foi dito no meio de outros assuntos e de forma completamente naturalizada, que poderia ser facilmente passada despercebida pelo grupo. *“Eles são muitos levados, desatentos, vou investigar isso esses dias”*, ela diz.

O que foi curioso nessa cena não foi sua fala em si, pois já não mais estranho tanto quanto estranhava no mestrado, em que ficava chocada sempre que uma fala semelhante a essa aparecia. Mas, o que me chamou a atenção foi a reação de outras pessoas que a interpelaram. Uma delas, que não é da área da educação ou da saúde, mas que teve contato com essa pesquisa por alto, soltou: *“Olha ela já está querendo medicalizar os comportamentos dos meninos...”*.

Pensamos que esta pesquisa foi também sobre isso. Foi sobre produzir deslocamentos no nosso modo de pensar e a estranhar falas tão habituais que cotidianamente nos atravessam. Foi sobre afetar o outro quando falo da minha pesquisa e ver efeitos disso em uma roda de amigos tempos depois. Foi sobre colocar a questão da medicalização não apenas como um assunto do mundo, mas enquanto um problema de uma pesquisa acadêmica.

Retornamos, nesse momento, para a pergunta que norteou todo esse trabalho: “Afinal, até onde avançamos na produção de respostas desmedicalizantes? Para além da identificação, ou da crítica só pela crítica do discurso da medicalização, o que podemos construir frente a isso?”. E foi na tentativa de responder a essas questões que encontramos muitas pistas desmedicalizantes nesse trabalho. Relendo as pistas, percebemos um ponto em comum: nos demos conta de que propomos pensar a desmedicalização por uma ética do cuidado. E não estamos falando de qualquer cuidado, pois há um limiar tênue entre o cuidado que propomos, que é no sentido foucaultiano, do exercício de uma autonomia, em que o sujeito é ouvido em seu saber sobre seu próprio corpo e tem parte ativa na promoção do próprio cuidado... e o cuidado enquanto apropriação de discursos referenciados à valores morais e medicalizantes.

Sobre esse segundo, muitas das atuais chamadas “políticas de cuidado” em Saúde Mental têm se aproximado de mecanismos de controle e vigilância, mais do que a promoção de uma autonomia dos sujeitos. Nesses casos, entram em jogo as famosas expressões “em nome de...” ou “para o bem de...” e, assim, *em nome de Deus, em nome de uma pátria, em defesa da sociedade e do bem*, propomos barbaridades. *Em nome de um cuidado*, alimentamos o empreendedorismo de si e a sensação seguinte de fracasso. *Em nome de uma cura*, propomos psicoterapias adaptativas que trabalham na direção de normalizar os sujeitos e aniquilar seus sintomas indesejados, produzidos nas e pelas sociedades de controle em que vivemos. Nesse sentido, o cuidado de si tem se expressado por ações preventivas, racistas, programadas, tutelares, patriarcais, e (como vimos nessa tese) por ações manicomialis, adultocêntricas, produtoras de destinos, produtoras de fracassos, excludentes, etc.

Nessa pesquisa, contudo, apostamos em um outro entendimento de cuidado. Apostamos em práticas de cuidado no sentido político, no sentido de produzir modos singulares de compormos com as experiências do mundo em que vivemos. Um cuidado que se expressa por um tecido coletivo e plural, que respeita o tempo de cada um, e que, por isso, além de plural, esse tecido é singular também.

Por via de todas essas pistas encontradas, percebemos que nossa aposta foi pensar no cuidado de si a partir da ética dos encontros, do movimento de afetar e ser afetado pelo outro, entendendo junto com Spinoza que o poder de cada encontro está em ampliar a potência de agir do corpo, seja esse corpo o de nosso paciente, seja este corpo-pesquisador.

Por isso, não se trata de normalizar esses sujeitos, mas de acolhê-los. Especialmente as crianças, que é um público completamente afetado verticalmente pela vontade de outros, de seus pais e da escola. Compreendemos que o processo civilizatório de escolarização tem sido a partir da representação, pois existem códigos de conduta, comportamentos estimados e idealizados. Mas o problema não é esse processo em si, mas o não incentivo às crianças a experimentações, a fazer cavalo verde, como citamos no texto com Manoel de Barros.

Essas experimentações deveriam aparecer na nossa prática clínica e, para isso, a relação estabelecida com o paciente no atendimento deve ultrapassar a queixa inicial (já medicalizada, muitas vezes), oportunizando o acolhimento das imprevisibilidades do trabalho, colocando em análise também o que é produzido durante o atendimento.

As crianças são múltiplas e necessitam de adultos com disponibilidade para ouvir, brincar, cuidar e dar-lhes tempo. Mas o tempo do neoliberalismo é outro. A normalidade tem sido muito ligada à produtividade, a “dar conta” de tarefas, de metas, de performances. Não temos tido tempo para o ócio, para as inutilidades e coisas desimportantes. E, aqui, lembramos novamente do poeta:

“...Dou respeito às coisas desimportantes/ e aos seres desimportantes.

Prezo insetos mais que aviões.

Prezo a velocidade/ das tartarugas mais que a dos mísseis.

Tenho em mim esse atraso de nascença.

Eu fui aparelhado/ para gostar de passarinhos...”

(Manoel de Barros, O apanhador de desperdícios)

O que vemos hoje é que tudo que não é útil ou produtivo para a manutenção de uma ordem econômica, deve ser medicalizado, modelado, adaptado ou mesmo descartado. A escola tem sido um espaço invadido por discursos técnicos e científicos sobre a criança, solidificando uma concepção medicalizante ao limitar o papel pedagógico, médico e psicológico a uma função normalizadora. O profissional psi, por sua vez, já tem olhado para a criança partindo da hipótese de que, se ela não aprende, é porque tem algum defeito mecânico ou orgânico, passível de ser constatado com aplicação de testes psicométricos e/ou exames neurológicos. Mas como naturalizar algo que provém da relação? Esse modo de conceber o processo de aprendizagem e de desenvolvimento infantil, reforçarão, por sua vez, intervenções adaptacionistas e que responsabilizarão os sujeitos de forma individual, dada sua incapacidade “orgânica” de aprender na escola.

Conforme ouvi certa vez de uma palestrante em um Seminário: “toda pergunta produz respostas”. E quando perguntamos na clínica “O que a criança tem de errado que ela não aprende?”, essa pergunta determina caminhos possíveis de respostas. Uma última pista que pensamos aqui, já no final do texto, é que nós, enquanto profissionais da educação e da saúde, temos que aprender a perguntar. No lugar dessa pergunta, por exemplo, poderíamos pensar em substituí-la por “Porque essa criança foi encaminhada?”. Assim abriríamos mais o leque do repertório de respostas possíveis. Caso contrário, só investigaremos a partir dos pressupostos das nossas próprias perguntas.

Se há algo que minha trajetória, enquanto profissional e pesquisadora, me mostrou foi que podemos revolucionar uma vida com nossas perguntas. E essas transformações são feitas nos encontros, entre os corpos. E por que continuamos teimando em desejar uma clínica neutra, imparcial e distante do paciente? Por que insistimos em produzir pesquisas em que o pesquisador está fora dela,

como se isso lhe garantisse algum estatuto de “ciência”? Afinal, ninguém está sozinho e o tempo todo produzimos subjetividades, seja com nossas práticas clínicas, em nossa escrita, nas conversas com a família, amigos, nas redes sociais.

Ao levantarmos essas pistas desmedicalizantes, assumimos que somos feitos de diferenças, não no sentido comparativo, mas no sentido de uma afirmação das diferenças, de algo que se processa na ordem do vital. Por isso, desejamos que os sujeitos que atendemos e para quem lecionamos possam explorar os mundos de seus modos, e que possamos acompanhar seus processos clínicos, suas experimentações, as quais ampliarão seus repertórios para compor com aquilo que trazem quando nos procuraram.

A fonte do adoecimento na clínica, no nosso entendimento, é quando cristalizamos os sujeitos à uma forma, endurecendo suas fronteiras a ponto de dificultar essas trocas com o outro. É quando colamos o biodiagnóstico naqueles que nos procuram, em nossos consultórios ou em outros dispositivos de saúde mental, produzindo subjetividades a partir de bioidentidades que limitam suas experiências com o mundo. Dessa forma, cristalizamos modos de ser grupo pelo fechamento, pela (bio)identidade, pela preocupação dos critérios de quem tá dentro e quem tá fora, e com isso, perdemos o registro da imanência e do movimento permanente de criação.

Talvez assim, conseguiremos avançar em certas questões, experimentar outras com a criança que atendemos, elaborar perdas junto com nosso paciente, ampliando nossa margem de liberdade em relação ao estado e à escolarização, mesmo estando dentro deles. Que fiquemos atentos a essas microrevoluções que as pessoas trazem em seus territórios, por mais que estejam silenciadas, sempre nos apontam saídas, que não é só resistência, mas criação. É criação de outros mundos, de outros valores, e por isso apostamos em uma tese para além da crítica à medicalização, mas que convidasse o leitor a pensar pistas desmedicalizantes para a construção de suas práticas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K.F.; ROCHA, M.L. Micropolítica e o Exercício da Pesquisa-intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.27, n.4, p. 648-663, 2007.

AGUIAR, K.F.; SCHEINVAR, E.; NASCIMENTO, M.L. Vida em pandemia: políticas de subjetivação e desafios ao tempo que vem. IN: LEMOS, F.C. S et al (Org.). **Encontros de Michel Foucault com Gilles Deleuze e Félix Guattari: governamentalidades, arqueogenealogias e cartografias**. Curitiba: Editora CRV. 2022, v. 17.

ALMEIDA, T.; Ó, J.R. A vida como acontecimento e a potência do indeterminado em tempos de pandemia para pensar a relação com a infância. **Revista Sociedade e Infâncias**, v. 4, p. 185-188, 2020.

AMARANTE, P. D. C.. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

AMARANTE, P. D. C. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)**. Rio de Janeiro: CAPES Editora Fiocruz, , 2020

AMARANTE, P. D. C.; AMORIM, A.; GULJOR, A. P.; et al. (org.). **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020.

ANGELL, M. A epidemia da doença mental. **Revista Piauí**, n. 59, ano 5, Rio de Janeiro: Editora Alvinegra, 2011.

BASTOS, H. P. As instituições saúde e educação e o efeito desse encontro: medicalização e patologização. **Revista Eletrônica Acadêmica REVELA**, ed. 21, 2017.

BELTRAME, R. L.; GESSER, S.; SOUZA, S. V. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 24, 2019.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. **Boletim de Psicologia**, v. 62, n. 137, p. 155-168, 2012.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **Burnout: quando o trabalho ameaça a saúde do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BIAGINI, H.E.; FERNÁNDEZ PEYCHAUX, D.A. ¿Neoliberalismo o neoliberalismo? Emergencia de la ética gladiatoria. **Utopía y Praxis Latinoamericana**, v. 18, n. 62, p. 13-34, 2013.

BOCCO, F. **Cartografias da infração juvenil**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, 2006.

BOURDIEU, P. **Escritos da Educação**. Petrópolis: Vozes, 2018. p. 205-241.

BRUM, E. **Exaustos-e-correndo-e-dopados**. 2016. Disponível em: [http://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464\\_246482.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html). Acesso em: 11 jun. 2023

CANGIANO, Antônio Sérgio Borba. **A construção da subjetividade no neoliberalismo: Deleuze e Guattari**. Dissertação (Mestrado em Metafísica) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o Patológico**. 6ª edição, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis (online)**, v. 19, n. 2, 2009.

CASSIANO, M.; FURLAN, O. **O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise**. 2013.

CECCIM, R.B.; FREITAS, C.R. (org.). **Fármacos, remédios, medicamentos: o que a Educação tem com isso?** 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha Não à medicalização da vida, medicalização da educação**. 2012.

\_\_\_\_\_. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde: grupo de trabalho educação e saúde do fórum sobre medicalização da educação e saúde**. São Paulo. Reimpressão da 1ª Edição Revista. Fevereiro, 2015.

COIMBRA, C. M. B. **Guardiães da Ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do Milagre.** Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político. Práticas PSI inventando a vida, p. 27-38, 2007. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/texto22.pdf> >. Acesso em 9 agosto 2023.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. Implicar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário.** Porto Alegre: Sulina, 2012.

COUTO, A.M.A.B.; SANTANA, M.P.; BAGGIO, M.R.V.; GAZARINI, L. Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021.

CRP/SP. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 3.** (Cadernos Temáticos CRP SP, nº 35), São Paulo: CRP SP, 2019a

\_\_\_\_\_. **Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento – parte 2.** (Cadernos Temáticos CRP SP, nº 34), São Paulo: CRP SP, 2019b.

DAMASCENO, L.A. **O discurso da medicalização enquanto produção: reflexões na interface entre Saúde Mental e Educação.** Dissertação (Mestrado), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, 2016.

DAROS, R. F. **Implicâncias e implicações de uma trabalhadora social: a participação social do PAC Favelas-RJ em análise.** Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, 2016.

DELEUZE, G. Controle e Devir. IN: DELEUZE, G. **Conversações.** 3ª ed. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992a.

\_\_\_\_\_. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. IN: DELEUZE, G. **Conversações, 3a ed.** . Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992b.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** 1ª ed. Brasiliense, 2007.

DOLCE, J. Geopolítica da pandemia: “A verdade é que hoje o Brasil é um pária internacional”, diz especialista em saúde global. **A Pública**, 27 de Abr. de 2020.

FAVORITO, M. O. **Mal-estar na escola: tensões entre o singular e o coletivo**. Tese (Doutorado), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC), Rio de Janeiro, 2011.

FIM, M. M. dos S. **O adultocentrismo e as políticas públicas destinadas às infâncias no Brasil: pistas para um criança com trabalhadoras**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Espírito Santo, 2022.

FIM, M. M. dos S.; CESAR, J. M. As práticas adultocêntricas nas políticas públicas destinadas às infâncias no Brasil: pistas para aproximações de um devir-erê. **Child.philo**, Rio de Janeiro, v. 18, e-67615, jan. 2022.

FIOCRUZ. **Crianças na Pandemia Covid-19. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19**. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes/Fiocruz), 2020.

FONTES, R. DE S. A construção do sujeito através da linguagem: um diálogo entre as teorias de Habermas, Bakhtin, Vygotsky e Foucault. **Revista de Educação PUC-Campinas**, n. 13, 2002.

FÓRUM. FÓRUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Manifesto Desmedicalizante e Interseccional: “existirmos, a que será que se destina?”. **Anais Seminário Internacional A Educação Medicalizada**, v. 1, n. 1, p. 12-20, 23 jul. 2019.

FOUCAULT, M. As Técnicas de si. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Ditos e escritos IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 264-296  
\_\_\_\_\_. **Segurança, território e população**. Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.  
\_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b

\_\_\_\_\_. Verdade, poder e si mesmo. In: FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política: Ditos & escritos** V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. p. 294-300.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976), (trad. de Maria Ermantina Galvão). São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. A polícia da saúde no século XVIII. In: **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979a.

\_\_\_\_\_. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979b.

FOUCAULT, M; DELEUZE, G. Intelectuais e o poder. In FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979c.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FREIRE, P. Primeira Carta Ensinar - aprender Leitura do mundo - leitura da palavra. In: FREIRE, P. **Professora sim, tia não. Cartas a quem ousa ensinar**. Editora Olho D'Águia, 1997.

FREIRE, G. Medicalização da comida e transformação de pessoas em mercadorias: reflexões a partir de revistas dirigidas ao público feminino. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 8, setembro, 2013.

FREITAS, L. C.; SORDI, M. R. L.de; MALAVASI, M. M. S. de S; FREITAS, H. C. L. de. **Avaliação Educacional: caminhando na contramão**. Petrópolis: Vozes, 2009.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, 16(40), 2012.

GOMES, C.A.P.; SIMONI-CASTRO, N. Medicalização escolar em periódicos de psicologia e educação no triênio 2010-2012. **Psico-USP**, 22(3), 2017.

GOUVEIA, M.V.; PEREIRA, A.C.E.A.; SILVA, W. B. da; SILVA, M. V.S. da. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. **Physis**. 31 (02), 2021.

GRUPO DE PESQUISA DISCURSO. O vírus não é democrático: a pandemia da Covid-19 como acontecimento e a disputa de discursos. Le Monde Diplomatique Brasil, 19 de junho de 2020. Disponível em <https://diplomatique.org.br/o-virus-nao-e-democratico-a-pandemia-da-covid-19-como-acontecimento-e-a-disputa-de-discursos/>. Acesso em 8 de agosto de 2023.

Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. Grupo Interinstitucional Queixa Escolar – GIQE: histórico e características, 2015. Disponível em <https://www.queixaescolargique.com/publicacoes-giqe>. Acesso em 22 de março de 2022.

GUATTARI, F. As creches e a iniciação. In: **Revolução molecular. Pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

HAN, BYUNG CHUL. **Sociedade do cansaço**. Tradução de Enio Gianchini. Petrópolis: Vozes, 2015.

HECKERT, A.L.C.; ROCHA, M.L. A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. **Psicologia & sociedade**; 24: 85-93, 2012.

KRAEMER, F. B. et al. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337-1360, 2014.

INSFRAN, F. F. N.; MUNIZ, A. G. C. R.; ARAUJO, G.G.de. Problemas de escolarização, medicalização e docência: outros olhares. **Práxis Educacional**, [S.l.], v. 15, n. 36, p. 84-107, dez. 2019.

INSFRAN, F. F. N. et al. A pandemia da Covid-19 como vitrine da precarização do trabalho docente e da educação: desafios para o ensino em uma democracia fragilizada. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**. Rio de Janeiro, V. 6 - N. Especial II – p. 166-187 (jun - out 2020): “Educação e Democracia em Tempos de Pandemia”. DOI: 10.12957/riae.2020.52309. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/riae/article/view/52309>. Acesso em 6 jul 2021.

INSFRAN, F. F. N.; LADEIRA, T. A. Remédios? Eu tomo vários.? Adoecimento e medicalização docente no interior do Estado do Rio de Janeiro. In: FACCI, M. G.D; URT., S. da C.; (Org.). **Quando os professores adoecem: Demandas para a psicologia e a educação**. 1ed. Campo Grande/MS: Editora UFMS, 2020, v. 1, p. 319-348.

INSFRAN, F.; LADEIRA, T. A.; FARIA, S. E. F. Fracasso escolar e medicalização na educação. A culpabilização individual e o fomento da cultura patologizante. **Movimento-Revista De educação**, 7(15), 2020. Disponível em <https://doi.org/10.22409/mov.v7i15.43073>. Acesso em 18 ago 2023.

JACOB, H. Redes sociais, mulheres e corpo: um estudo da linguagem fitness na rede social Instagram. **Revista Comunicare – Dossiê Feminismo**. v.14, n. 1, p. 88 – 105, 2014.

KLEIN, T.; LIMA, C. R. A Epidemia de Diagnósticos e a Medicalização da Educação: desafios à formação e atuação docentes. **Movimento- Revista de Educação**, Niterói, ano 7, n. 15, p.106-132, set./dez., 2020

LAPOUJADE, D. **Deleuze: os movimentos aberrantes**. São Paulo: n-1 edições, 2015.

LAZZARATO, M. **O governo das desigualdades: crítica da insegurança neoliberal**. São Carlos: EdUFSCar, 2011.

\_\_\_\_\_. Sujeição e servidão no capitalismo contemporâneo. **Cadernos de Subjetividade**, 2010.

\_\_\_\_\_. **Signos, máquinas, subjetividades**. São Paulo: Edições Sesc São Paulo/ N-1 edições, 2014.

LEITZKE, A. T. da S.; RIGO, L. C. Sociedade de controle e redes sociais na internet: #saúde e #corpo no instagram. **Movimento**, v. 26, jan./dez. 2020.

LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R. D. **Processos De Medicalização De Crianças E Adolescentes Nos Relatórios Do Unicef**. Pesquisas e práticas psicossociais – PPP – 9 (2), São Joao del-Rei, julho/dezembro, 2014.

LIMA, R. C. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a Construção de Bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 2005.

\_\_\_\_\_. Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade. In: KYRILLOS NETO, Fuad. (Org.). Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas. 1ed. Barbacena: EdUEMG, 2011

LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. Rio de Janeiro, Lamparina, 2008.

LOURAU, R. RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **René Lourau na UERJ – Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (org.). **René Lourau: Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MARIN, A.; et.al. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: crianças na pandemia COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020. 20 p. Cartilha.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135–142, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0113terminologia3.pdf>. Acesso em 11 jun 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf). Acesso em 11 jun 2023.

MORAES, M.; MARTINS, B.S.; FONSTES, F.; MASCARENHAS, L.T. (org.) **Deficiência em questão: para uma crise da normalidade**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2017.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 71-110.

NASCIMENTO, M. L.; COIMBRA, C. Sobreimplicar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

NASCIMENTO, M. L.; LEMOS, F. C. S. **A pesquisa-intervenção em Psicologia: os usos do diário de campo**. *Barbarói*, (57), 239-253, 2020. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i57.14675>

Ó, J. R.; AQUINO, J.G. Em direção a uma nova ética do existir: Foucault e a experiência da escrita. **Educação e Filosofia**, v. 28, n. 55, p. 199-231, jan./jun. 2014.

OLIVEIRA, S. M.; DAMASCENO, L. A.; HOFMANN, N. E.; DAMASCENO, L. A.; SCHAEFER, C. A. R.; SILVEIRA, A. C. M. Música, autismo e diferenças: a representação como violência em Levinas e Deleuze. **Childhood and Philosophy**, v. 17, p. 1-18, 2021.

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010/2015.

PELBART, P. P. **Vida capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PELBART, P.P. **Ensaio do Assombro**. São Paulo: N-1 Edições, 2019.

POMBO, M. F. Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 5-20, 2017.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. O trabalho em saúde mental: Uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, n. 117, pp. 36-49, 2008.

RAMMINGER, T. **Cada CAPS é um CAPS: A importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento da atividade em saúde mental.** Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação.** Petrópolis: Vozes, 1995.

RIBEIRO, P. M. Empreendedorismo de si e capitalização da vida: das engrenagens do tempo de produção à resistência do homem lento. **MNEMOSINE (RIO DE JANEIRO)**, v. 14, pp. 139-160, 2018.

RODRIGUES, A.; ALVIM, D. M.; ZAMBONI, J.; BRASILEIRO, C. V.; ROCON, P. C.; ROSEIRO, S. Z. No entre-lugar da criança (des)viada e (des)avisada: A língua afiada corta e nos faz criar. **Revista Periódicus, [S. l.]**, v. 1, n. 9, p. 192–213, 2018.

ROLNIK, S. O Mal-Estar na Diferença. **Anuário Brasileiro de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 97-103, 1995.

SANCHES, V. N. L. **Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, C. M. DOS; FERRAROTTO, L. Avaliação informal e expectativa docente: compreendendo e relacionando conceitos. **Linhas Críticas**, v. 27, 2021.

SECCO, A.C; KOVALESKI, D.F. Do empreendedor de si mesmo à medicalização da performance: reflexões sobre a flexibilização no mundo do trabalho. **Ciência, saúde coletiva**, v. 27, n. 05, 2022.

SERPA Jr. O. D. Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. In: SILVA FILHO, J. F. (org.) **Psicopatologia hoje.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2007.

SHEINVAR, E. Produzir. In: FONSECA, T. M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASHIN, C. (org.) **Pesquisar na diferença: um abecedário.** Porto Alegre: Sulina, 2012, pp. 193-196.

SIGNOR, R. C. F.; BERBERIAN, A.P; SANTANA, A.P. A medicalização da educação: implicações para a constituição do sujeito/aprendiz. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 43, n. 3, pp. 743-763, jul./set., 2017.

SILVA, L. M. da. **Medicalização e síndrome de bournout: um olhar sobre o adoecimento docente**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica-RJ, 2017

SILVA, M.C. da; SILVA K.; SIQUEIRA, L. de A.R., ANDRADE, M.A.C. **COVID-19 HAPPENING: SO WHAT?** Scielo Preprints. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/520>. Acesso em 9 agosto 2023.

SOUZA, B. de P. Medicalização e as ameaças aos direitos conquistados no campo da educação, da saúde e da assistência social. IN: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. **Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 2**. (Cadernos Temáticos CRP SP, nº 34), São Paulo: CRP SP, 2019.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**. Rio de Janeiro: v. 9, n.1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

TOURINHO, P. Detecção precoce de “risco psíquico” em bebês. IN: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. **Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 2**. (Cadernos Temáticos CRP SP, nº 34), São Paulo: CRP SP, 2019.

VEYNE, P.M. **Coma se escreve a história: Foucault revoluciona a história**. Trad. de Alda Baltar e Maria Auxiliadora Kneipp. 4a ed. - Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

VIÉGAS, L. DE S.; LAGE, A. L. DA S.; NEGREIROS, F. A medicalização da educação no Brasil e no Chile: diferentes perspectivas. **Revista Práxis Educacional**, Bahia, v. 15, n. 36, p. 13-18, Edição Especial, 2019.

VIÉGAS, L. DE S.; CARVALHAL, T. L. A medicalização da/na educação em uma perspectiva interseccional: desafios à formação docente. **Movimento: Revista de Educação**, v. 7, n. 15, 23 dez. 2020.

VIEIRA, I.; RUSSO, J.A. Burnout e estresse: entre medicalização e psicologização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

\_\_\_\_\_. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ZORZANELLI, R.T.; ORTEGA, F.; BEZERRA, Jr, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência e Saúde Coletiva (impresso)**, v.19, p.1859-1868, 2014.

WERNER Jr., J. A formação do pediatra como mediador nos casos de crianças e adolescentes com distúrbios de desenvolvimento e transtornos mentais. **Revista de Pediatria. SOPERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n.2, 2018.

\_\_\_\_\_. A Relação Linguagem, Pensamento e Ação na Microgênese das Funções Psíquicas Superiores. **Fractal: Revista de Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 27 n. 1, p. 33-38, jan. – abr, 2015.

\_\_\_\_\_. A medicalização da vida do deficiente como barreira para a inclusão social. IN: TUNES, E.; BARTHOLO, R. **Nos limites da ação: preconceito, inclusão e deficiência**. São Carlos: EdUFSCar, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do estudante**. Rio de Janeiro: Editora Gryphus, 2000.

\_\_\_\_\_. Análise Microgenética: Contribuição dos Trabalhos de Vygotsky para o Diagnostico em Psiquiatria Infantil. **Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine**. v. 11, n. 2, 157–171, 1999.

\_\_\_\_\_. **Transtornos Hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o diagnóstico**. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1997.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017

## REFERÊNCIAS DE APOIO<sup>49</sup>

AGUIAR, K.F. Procesos de medicalización de la vida escolar y prácticas substitutivas. **Poiesis (En Línea)**, v. 26, p. 1-6, 2013.

AGUIAR, K.F; DAMASCENO, L.A. Apontamentos sobre a medicalização da infância. IN: LEMOS, F.C.S; GALINDO, D; BICALHO, P.P.G. et al (Org.) **Práticas de judicialização e medicalização dos corpos no contemporâneo**. 1ª ed. Curitiba: Editora CRV, 2016, v.1, 28-42

AGUIAR, K.F; SILVA, V.M. Das queixas à produção de problema. IN: Conselho Regional de Psicologia – RJ (Org.). **Conversações em psicologia e educação**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia – RJ, 2016, v.1, p137-145

ALAVARENGA, L. Bibliometria e arqueologia do saber de Michel Foucault: traços de identidade teórico-metodológica. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 253-261, 1994.

AMARANTE, P.; NOCAM, F. (Org.). **Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates**. 1ª edição. Rio de Janeiro: 2012.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ARAÚJO, C.A.A. A ciência como forma de conhecimento. **Ciência e Cognição**, Minas Gerais, v.8, p. 127-142, 2006.

BARROS, R.D.B. **Grupo: a afirmação de um simulacro**. São Paulo: PUC, Tese de Doutorado, 1994. *Apud* COIMBRA, C.M.; NEVES, C.A. Potentes Misturas, estranhas poeiras: desassossegos de uma pesquisa. In: NASCIMENTO, M.L. (Org.) **Pivetes: a produção de infâncias desiguais**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 2002.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

---

<sup>49</sup> Referências consultadas, mas que não foram citadas diretamente no texto.

BIAGINI, H.E.; FERNÁNDEZ PEYCHAUX, D.A. **O neoliberalismo e a ética do mais forte**. Tradução de Antonio Sidekum. Nova Petrópolis: Nova Harmonia, 2016, p. 246.

BOURDIEU, P. **O campo científico**. In: ORTIZ, R. (Org). **Pierre Bourdieu: sociologia**. Col. Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

CALIMAN, L. V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas. In: COLLARES, C. L.; MOYSÉS, M.A; RIBEIRO, M. F. (org.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na ERA DOS TRANSTORNOS**. São Paulo: Mercado de Letras, p. 119-133, 2013.

CFP. **CFP repudia aprovação de mudanças na política de saúde mental**, 2017. Disponível em <https://site.cfp.org.br/cfp-repudia-mudancas-saude-mental/>. Acesso 9 agosto 2023.

COSTA, L.A. Contextualizar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DAVIS, L. Constructing normalcy: the Bell curve, the novel and the invention of the disabled body in the Nineteenth century. In: DAVIS, L. (ed.) **The Disability Studies Reader**. 2nd Edition. Routledge, 2006, pp. 3-16.

FERREIRA, E.T.A. **Uma análise do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade: práticas, política e Psicologia**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2015.

FOUCAULT, M. Crise da Medicina ou crise da Antimedicina. In: MOTA, M.B. da. (Org.). **Arte, epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a.

\_\_\_\_\_. Bio-história e biopolítica. In: MOTA, M.B. da. (Org.). **Arte, epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do Saber**. Petrópolis: Vozes, Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 1972. (Edição original publicada em 1969).

\_\_\_\_\_. **Ditos e Escritos VI: repensar a política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010 (Original publicado em 1994).

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Original publicado em 1975).

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999b. (Original publicado em 1976).

FRANCO, A. de F.; TULESKI, S. C. .; MENDONÇA, F. W. Enfrentando a medicalização no chão da escola: pesquisa, teoria e prática. **Obutchénie. Revista de Didática e Psicologia Pedagógica**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 177–197, 2022. DOI: 10.14393/OBv6n1.a2022-64390. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/Obutchenie/article/view/64390>. Acesso em: 11 jun. 2023.

ILICH, I. **A Expropriação da Saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KOHAN, W. O. Formação inventiva de professores em tempos de pandemia: o que um louco lúcido nos convida a pensar e escrever? In: **Mnemosine**. v.16, n.1, 2020, p. 53-66.

KOHAN, W. O. (org.) **Lugares da infância: filosofia**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

LEMOS, F. C. S. et al. Medicalização e normalização da sociedade. **Revista Polis e Psique**, v. 10, n. 3, p. 77–97, 26 out. 2020.

LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D.; RODRIGUES, R. V.; AGUIAR, K. F. Cidades e corpos medicalizados: o biocapital como mercado da saúde no espaço. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.28, p.187-194, 2016

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, p. 331–339, 1 dez. 2008.

MOYSÉS, M. A. A. (2001). **A institucionalização invisível - crianças que não-aprendem-na-escola**. Campinas, SP: FAPESP/ Mercado de Letras

MUTARELLI, A. **Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tese de Doutorado. São Paulo, 2017.

OLIVEIRA, S.M. **A clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PASSETTI, E. Governamentalidade e violências. **Currículo sem Fronteiras**, v. 11, n. 1, 2011

PASSOS, E.; BARROS, R. A. Construção do Plano da Clínica e o Conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, pp. 71-79, 2000.

PRADO, K. Desnaturalizar. In: FONSECA, T.M.G.; NASCIMENTO, M.L.; MARASCHIN, C. (Org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário.** Porto Alegre: Sulina, 2012.

ROQUE, T. Resistir a quê? Ou melhor, resistir o quê? **Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia**, Rio de Janeiro, v. 17, 2001.

SCARTEZINI, N. Introdução ao método de Pierre Bourdieu. **Cadernos de Campo: revista de Ciências Sociais**, n. 14 e 15, pp. 25-37, 2012.

VICENTIN, M. C. G.; GRAMKOW, G. Pistas para um agir criancável nas experiências de conflito. São Paulo: **Educação Temática Digital**, v.20, n. 2, 2018, p. 368- 390.