UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA

Instituto de Ciências Humanas

Curso de Psicologia

Ana Carolina Bonfim Marques - N6669E0

Bárbara Luize Bonilha - F139123

Beatriz Batalha - F2113B6

Felipe Campos Silva Pinheiro - F2670G0

Matheus Santiago de Moraes - F2403J1

Nicolas de Albuquerque Santos - F265DC4

Victória Correia Mota - F294790

Medicalização e biopoder na modernidade: Influências na clínica psicológica

Campus - Sorocaba

2024

UNIP - UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

Ana Carolina Bonfim Marques - N6669E0
Bárbara Luize Bonilha - F139123
Beatriz Batalha - F2113B6
Felipe Campos Silva Pinheiro - F2670G0
Matheus Santiago de Moraes - F2403J1
Nicolas de Albuquerque Santos - F265DC4
Victória Correia Mota - F294790

Medicalização e biopoder na modernidade: Influências na clínica psicológica

Relatório de Pesquisa apresentado para Plano de Estudos Orientados - PEO, do Curso de Psicologia da Universidade Paulista - UNIP, sob orientação da Professora Ma. Thais Regina Zamboni Ribeiro

Campus - Sorocaba
2024

CIP - Catalogação na Publicação

Medicalização e biopoder na modernidade: influências na clínica psicológica / Bárbara Luize Bonilha...[et al.]. - 2024.
40 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência Humanas da Universidade Paulista, Sorocaba, 2024.
Área de Concentração: Psicologia.
Orientadora: Prof.ª Me. Thais Regina Zamboni Ribeiro.

1. Psicologia Clínica. 2. Biopoder. 3. Medicalização. 4. Controle social. I. Bonilha, Bárbara Luize . II. Ribeiro, Thais Regina Zamboni (orientadora).

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Universidade Paulista com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Ana Carolina Bonfim Marques - N6669E0
Bárbara Luize Bonilha - F139123
Beatriz Batalha - F2113B6
Felipe Campos Silva Pinheiro - F2670G0
Matheus Santiago de Moraes - F2403J1
Nicolas de Albuquerque Santos - F265DC4
Victória Correia Mota - F294790

MEDICALIZAÇÃO E BIOPODER NA MODERNIDADE: INFLUÊNCIAS NA CLÍNICA PSICOLÓGICA

Relatório de Pesquisa apresentado para Plano de Estudos Orientados - PEO, do Curso de Psicologia da Universidade Paulista - UNIP, sob orientação da Professora Dra. Thais R. Z. Ribeiro

O trabalho foi considerado aprovado com a nota dez (10).

Sorocaba, 29 de outubro de 2024.

Profa. Dra. Roseli Maria Dos Santos
Universidade Paulista (UNIP)

Profa. Dra. Thaiga Danielle M Silva
Universidade Paulista (UNIP)

Profa. Ma. Thaís Regina Zamboni Ribeiro
Universidade Paulista (UNIP)

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso investigou a influência do biopoder e da medicalização na prática psicológica contemporânea, propondo uma análise crítica sobre os efeitos dessas forças na clínica e no comportamento humano. O conceito de biopoder, introduzido por Michel Foucault, foi explorado para demonstrar como as práticas estatais e médicas controlam os corpos e populações, e como a medicalização, por sua vez, transforma questões sociais e culturais em problemas médicos. A pesquisa discute como a medicalização se insere na vida cotidiana, convertendo experiências humanas normais, como envelhecimento e adolescência, em questões patológicas, e a forma como isso impacta a prática psicológica. Foi realizada uma busca por artigos relacionados ao tema em plataformas especializadas publicados entre 2006 e 2023, sendo selecionados 19 que correspondiam aos objetivos do presente trabalho para a confecção da discussão. Com base em literatura especializada, a pesquisa examinou a origem histórica da clínica psicológica no contexto médico e as consequências dessa medicalização para a saúde mental, destacando a importância de abordagens alternativas e não medicalizantes na psicologia. Além disso, buscou-se refletir sobre a postura ética dos profissionais de saúde ao lidar com os efeitos do biopoder e da medicalização no tratamento dos pacientes, propondo práticas que considerem o ser humano de maneira integrada, e argumentando sobre a necessidade de uma abordagem psicológica que vá além do corpo físico, integrando elementos sociais e psicológicos no tratamento dos pacientes.

Palavras-chaves: biopoder; medicalização; psicologia clínica; controle social.

ABSTRACT

This term paper investigated the influence of biopower and medicalization on the contemporary psychological practice, proposing a critical analysis of the effects of these forces on the clinical practice and human behavior. The concept of biopower, introduced by Michel Foucault, was explored to demonstrate how state and medical practices control bodies and populations, and how medicalization, in turn, transforms social and cultural issues into medical problems. The paper discussed how medicalization inserts itself into everyday life, converting normal human experiences such as aging and adolescence into pathological issues, and how this impacts psychological practice. A comprehensive review of articles published between 2006 and 2023 related to the topic was carried out on specialized platforms, and 19 that corresponded to the objectives of this study were selected for the production of the discussion section. Based on expert literature, the paper examined the historically medical origins of clinical psychology and the consequences of this medicalization for mental health, highlighting the importance of alternative, non-medicalizing approaches in psychology. In addition, it seeked to reflect on the ethical stance of health professionals when dealing with the effects of biopower and medicalization in the treatment of patients, proposing practices that consider the human being in a holistic way, and suggests the need for a psychological approach that goes beyond the physical body, integrating social and psychological elements in the treatment of patients.

Palavras-chaves: biopower; medicalization; clinical psychology; social control.

Sumário

1. Introdução 4
1.1 Apresentação 4
1.2 Tema/ Levantamento Bibliográfico 4
1.3 Objetivos 11
1.4 Hipóteses 11
1.5 Justificativa 13
2. Método 14
3. Resultados 15
4. Discussão 16
4.1 Biopoder e clínica: Perspectiva histórica entre biopoder e o surgimento da prática da clínica psicológica 16
4.2 O atravessamento da medicalização na clínica moderna 19
4.3 As consequências do biopoder para vida cotidiana do sujeito 23
4.4 A postura do psicólogo e o processo patologizante 26
5. Considerações Finais 30
Referências 33

1. Introdução

1.1 Apresentação

Nesse trabalho de conclusão de curso, foi explorado e discorrido sobre o tema de medicalização e a influência do biopoder na clínica psicológica, sua relação com o processo de construção de conhecimento como parte da formação profissional, análise da realidade, práticas inovadoras, avaliação de resultados, e como ambos os temas nortearam a presente pesquisa.

Zorzanelli e Cruz (2018) discutem que o biopoder medicalizante investe em uma manutenção social visando angariar a população para si, de modo que torne acrítico o consumo de produtos de origem médica e farmacêutica e impõe modelos de vida de maneira direta e indireta através de propagandas, leis, regulação de preço, prescrição indiscriminada de medicamentos e filtragem de quem vai receber medicamentos e/ou tratamento adequado.

Assim, buscamos compreender como o biopoder age, e de que maneira isso pode impactar a clínica psicológica, de modo a elucidar um pensamento crítico ante as ações medicalizantes. E possuindo como base o tema em comum de TCC da UNIP (o processo de construção de conhecimento como parte da formação profissional, análise da realidade, práticas inovadoras, avaliação de resultados), tencionamos apresentar uma oposição à esse discurso, além de propor práticas não-medicalizantes, em resposta ou que dialogue com o biopoder visando aprimorar a vida daqueles que passam por acompanhamento terapêutico e, assim como todos, estão suscetíveis à essas influências.

1.2 Tema/ Levantamento Bibliográfico

A adoção da contemporaneidade infere em estudar o passado, visar o futuro e refletir o presente, de modo fluído e virtuoso, sem se delimitar a realidades ou conceitos, criando um espaço passível de crítica e aberto a teorias e interpretações, pois, aspirar dialogar com o futuro designa influenciar e tecer novas realidades para os psicólogos que hão de vir lidar com essa fatualidade. Discutir sobre medicalização e biopoder no mundo moderno orquestra em reconhecer e refletir sobre a experiência

desses profissionais no passado, uma vez que essas novas realidades enfrentadas pelo profissional são frutos de uma construção histórica:

> Aqueles que procuraram pensar a contemporaneidade puderam fazê-lo apenas com a condição de cindi-la em mais tempos, de introduzir no tempo uma essencial desomogeneidade. Quem pode dizer: "o meu tempo" divide-o, escreve neste uma cesura e uma descontinuidade; e, no entanto, exatamente através dessa cesura, dessa interpolação do presente na homogeneidade inerte do tempo linear, o contemporâneo coloca em ação uma relação especial entre os tempos. Se, como vimos, é o contemporâneo que fraturou as vértebras de seu tempo (ou, ainda, quem percebeu a falha ou o ponto de quebra), ele faz dessa fratura o lugar de um compromisso e de um encontro entre os tempos e as gerações (Agamben, 2009, p. 71).

Cabe então investigar quais foram os efeitos medicalizantes e de biopoder no passado para podermos estudar e compreendermos as influências que eles carregam no agora.

Para começar a entender o que é o ser, precisamos levar em consideração as características físicas, porém não se pode limitar ao corpo, já que este está em constante mudança. Em uma pesquisa feita por Hogan (2014), foi relatado que a cada dia cerca de 50 bilhões de células do corpo são substituídas, o que resulta num corpo novo a cada ano. O corpo é só temporário, ele não pode definir o ser. A cada segundo, 500 mil células do corpo morrem e são substituídas, logo, este nunca permanece sendo o mesmo, no sentido biológico e fisiológico da existência, a visão do que é o ser humano é de difícil definição.

Conforme Nemiah (1961, p 09 *apud* Fernandes, 2007):

> Para um entendimento prático do ser humano, algumas vezes é a linguagem da psicologia, e outras vezes a linguagem da fisiologia e da bioquímica que se mostra mais pertinente; e quando temos sorte, ocasionalmente vislumbramos as inter-relações complexas entre estes modos de discurso.

Assim, é importante para o profissional de saúde uma visão do ser humano do tipo binocular, com perspectiva reversível, como propõe Bion (Fernandes, 2003). As abordagens biológicas e químicas são muito importantes para a compreensão do comportamento humano, mas não podem abranger ou explicar tudo (Fernandes, 2007).

Contudo, a edificação de uma psiquiatria que abarque a complexidade humana aponta para a via do diálogo interdisciplinar e pode se tornar um paradigma para a medicina, considerando o ser humano em sua natureza paradoxal, sendo simultaneamente social, natural, animal, humano, psicológico e neuroquímico, um e múltiplo (Soar Filho, 2003).

É necessário vislumbrar uma assistência que conceba o ser humano como um todo integrado e não como partes dissociadas, pois o modelo biomédico desconsidera os elementos físicos, psicológicos, sociais, culturais, ambientais, entre outros (Terra *et al.*, 2006).

Segundo a campanha “Não à medicalização da vida” do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2011-2013), pode-se definir a medicalização como um caminho artificial, que transforma questões de ordem não médica, em questões-problemas médicos. Se coloca em uma moldura de patologia como distúrbios, transtornos, doenças, questões coletivas como problemas sociais, políticos e culturais.

Uma vez colocados como “doentes”, esses indivíduos se tornam pacientes e, então, por consequência, consumidores de serviços como acompanhamentos medicamentosos, que consequentemente colocam o corpo como um alvo de problemas que devem ser resolvidos individualmente.

Outra definição para medicalização da vida vem do artigo de Velloso (1999), publicado no Conselho Federal de Medicina; Eventos como nascimento, morte, adolescência, menopausa, envelhecimento, atividade sexual, distúrbios digestivos, e outros são exemplos de situações normais da existência humana que são transformados, por meio de medicamentos e equipamentos, em eventos de ordem clínica. Um modo de evitar esse movimento é desenvolver ações que visam promover qualidade de vida e prevenção de doenças.

Existem ainda grupos mais expostos e propensos à medicalização. De acordo com o *International Narcotics Control Board* (2016) as mulheres são 1/3 da população que está sob o efeito da medicalização, isso pode estar associado ao contexto cultural no qual as mulheres estão inseridas, como pressão, divórcios, perdas de custódia de seus filhos, morte de parentes ou contextos mais profundos como ter sido colocada como adulta precocemente pelas obrigações da casa, abusos e assédios, ou ainda por pressão estética.

Outro grupo afetado são os idosos. O declínio natural no desempenho associado ao envelhecimento se mostrou um alvo para o processo de medicalização,

visando promover valorização e rejuvenescimento, para que haja uma resposta às expectativas de manutenção do vigor e da aparência (Melo; Moura, 2008). Entre as principais situações tratadas em idosos está a insônia com o uso de benzodiazepínicos. No entanto, sabe-se que o uso desses medicamentos aumenta os riscos de quedas, uma das principais causas de mortalidade entre idosos (Van de Straat; Buffel; Bracke, 2018).

Por conseguinte, pode trazer benefícios significativos, especialmente quando se trata de condições de saúde mental e física que podem ser tratadas com medicamentos e outras intervenções médicas. Por exemplo, o tratamento de transtornos como a depressão, a ansiedade e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) com medicamentos pode ajudar as pessoas a lidar com esses problemas e melhorar sua qualidade de vida:

> Os medicamentos de primeira escolha são os estimulantes, considerados seguros e capazes de proporcionar benefícios significativos em curto espaço de tempo. No Brasil, a medicação disponível e de maior eficácia é o metilfenidrato, um estimulante conhecido pelo nome comercial Ritalina. Prescrita e acompanhada pelo médico, dificilmente causará dependência, não se acumula no organismo e seu efeito dura em média 4 a 5 horas, e o tratamento deverá persistir enquanto os sintomas forem evidentes. (Desidério; Miyazaki, p. 04, 2007)

Por outro lado, a medicalização traz vários efeitos negativos. Por exemplo, ela pode levar ao uso excessivo destes, para tratar problemas que não são necessariamente médicos. Isso pode levar a efeitos colaterais e a dependência de medicamentos que podem ser desnecessários ou prejudiciais. Além disso, a medicalização pode desviar a atenção de questões sociais e políticas subjacentes que possivelmente estariam contribuindo para os problemas que estão sendo tratados. (Brzozowski; Caponi, 2013)

Portanto, embora o uso de medicamentos possa ser benéfico em certas circunstâncias, é importante ter cuidado ao aplicar essa abordagem de forma generalizada. É importante avaliar cuidadosamente os riscos e benefícios de qualquer intervenção médica e considerar outras abordagens, como terapias psicológicas, mudanças no estilo de vida e intervenções sociais e políticas, antes de recorrer a medicamentos ou outros tratamentos médicos. Em resumo, a medicalização da vida é um tema controverso e complexo que envolve considerações éticas, sociais,

culturais e médicas. Assim como é complexo o assunto que envolve o biopoder em relação à medicina e a sociedade. (Brzozowski; Caponi, 2013)

O conceito de biopoder foi criado pelo filósofo francês Michel Foucault, e vigora no Ocidente desde o século XVII, onde se refere à prática dos estados modernos e os regulamentos a que estão sujeitos, através de regras para o controle da população e a subjugação dos corpos. Ele dividiu em duas partes principais: a disciplina (que seria o governo dos corpos dos indivíduos) e a biopolítica (o governo da população). Se refere a uma técnica de poder em que o sujeito tenta criar um estado de vida em determinada população, para começar a ter a produção de corpos economicamente ativos e politicamente mansos. (Furtado; Camilo, 2016)

Para Foucault (1978) o biopoder corresponde a mecanismos políticos, tecnologias científicas e estratégias jurídicas utilizados para gerir os processos vitais que afetam as coletividades humanas, de modo a satisfazer interesses sociais particulares. Dessa maneira, tem-se a problematização da relação da Psicologia com as condições da sociedade contemporânea, refletindo sobre suas formas críticas de atuação.

Foucault (1979) ainda trata da relação entre poder e governabilidade, tentando entender, a partir da nova ideia apresentada por ele sobre o biopoder, abordando de qual maneira o saber político pode ser usado como mecanismo de controle da população, assim como os manejos que são empregados para alcançar esse objetivo. Portanto, consiste na soma de práticas estatais e médicas, equipadas por meio de métodos de poder que conseguem exercer o controle sobre o sujeito e sobre a população, assim como garantir a propriedade sobre a vida e o direito, traçando isso a partir do dado biológico humano.

O biopoder exerce uma influência implícita na vida do sujeito. Desde a década de 1950, pesquisadores têm tentado discutir a respeito de como a ciência e a medicina interferem no cotidiano dos indivíduos, e o avanço desses estudos demonstrou que essa influência pode ser observada nos comportamentos mais subjetivos (Silva; Canavêz, 2017).

Foucault define o anormal como um tipo de monstro humano, sendo uma espécie de representante da violação das leis naturais e humanas, um bode expiatório que mostra o ápice do que seria irregular (Castro, 2009), antes o “preconceito” do anormal se relacionava a aberrações anatômicas e pretensões perversas, como propensão a crimes etc.

Em épocas que a religião dominava o saber, a loucura era vista como uma culpabilização do corpo, daí veio o misticismo católico, onde a convulsão, por exemplo, era um visível combate no corpo da pessoa possessa (Foucault, 2002). Conforme Dametto e Esquinsani (2014):

> Com o advento da psiquiatria, os traços de monstruosidade passarão a ser evidenciados pelo viés do instinto e não mais pelas aberrações anatômicas [...] em outros termos, o anormal passará a ser o portador de uma monstruosidade espiritual, moral, instintiva, mas, desta vez, dominada, alienada em categorias menores, sem a força, sem o espetáculo ou o temor próprio ao monstro medieval (p. 65).

Foucault, em seu curso Os Anormais*,* apresenta os diversos conceitos de monstro, todos ligados à natureza da imoralidade que esses indivíduos representam para a sociedade, como seres que agem puramente por instinto, e foi a partir do crescimento da racionalidade advindos da influência médica, que o instintivo passou a ser problematizado, um ser irracional e que age de acordo com seus impulsos representaria um risco à sociedade, e por isso o papel da psiquiatria passou a regular e administrar essas demandas, constituindo assim uma prática discriminante entre os indivíduos, dessa forma a psiquiatria se torna ciência e técnica dos anormais (Foucault, 2002).

A partir da construção da influência médica e o crescimento da psiquiatria no século XIX, o anormal passa a ser passível de punição, pois essa seria a única forma de domar o monstro, este que seria indisciplinado, incorrigível, sendo dessa forma separado da sociedade, pois seria indesejável para ela, desta vez, o monstro teria sua existência voltada a instituições, e não mais por ordens divinas:

> O que define o indivíduo a ser corrigido, portanto, é que ele é incorrigível [...] requer um certo número de intervenções específicas em torno de si, de sobre intervenções em relação às técnicas familiares e corriqueiras de educação e correção, isto é, uma nova tecnologia da reeducação, da sobrecorreção. (Foucault, 2002, p. 73).

Após ser estabelecido o código penal em 1810, artigo 64 que não há crime e nem delito se o indivíduo estiver em estado de demência no momento do crime, isto permitiu uma demarcação entre doença e responsabilidade, e que a origem do crime seria de ordem patológica (Foucault, 2002, p 39), desta forma a segregação dos

anormais se intensificou ainda mais, pois o dito como monstro seria um criminoso, e por isso perigoso para viver em sociedade.

Na época, era considerado que existia um déficit de meios de intervenção, fazendo com que medidas extras fossem tomadas, contribuindo para a institucionalização do sujeito em espaços específicos (Dametto; Esquinsani, 2014, p. 66), tirando da sociedade a responsabilidade de lidar com o anormal, sob a narrativa de que o *monstro* seria submetido a uma tecnologia disciplinar inovadora, empreendida pela ciência médica, psiquiátrica, sujeito a um controle social.

Para a sociologia, a atribuição social do médico confere ao profissional um papel privilegiado na sociedade, uma vez que concede um poder quase que absoluto sobre o saber científico, na medida em que suas teorias e práticas são respaldadas pelas tendências. Esse monopólio legítimo é reflexo de a medicina ter sido a primeira a reivindicar jurisdição sobre as doenças, logo esse papel do profissional está fundado em relações sociais de poder, construídas desde a antiguidade, e não em uma verdade absoluta do qual o médico seria o porta-voz (Freitas; Amarante, 2015).

Dessa maneira, “a medicina convencional acaba por receber uma convincente vantagem sobre outras práticas de cura tradicionalmente desenvolvidas pela sociedade” (Freitas; Amarante, 2015, p. 21).

Desde o século XVIII, em diversos países do mundo, a atuação do médico era voltada para práticas sanitárias, estritamente ligadas ao processo de urbanização dos países e de industrialização, que em muitos destes, os pobres não foram capazes de acompanhar este crescimento. “Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros” (Foucault, 1979, p. 88).

Essa falta de práticas sanitárias facilitava a propagação de doenças, assim o esquema político-médico foi um aperfeiçoamento da política de quarentena (Zorzanelli; Cruz, 2018). Dentro da estratégia de biopoder, os hospitais passam a se tornar não só um local de assistência à comunidade, mas também de exclusão de pobres e doentes, visto não só como um local de proliferação interior, como também uma possibilidade de contágio com o exterior:

> A cura das doenças se daria na gestão da ação do meio sobre os indivíduos, como a Medicina da época propunha. A disciplina introduz o saber médico no hospital, que passa a disciplinar-se também quanto à constituição de seu saber, deixando de ser as experiências individuais, com o sucesso de determinadas terapêuticas, processos

> de cura miraculosos e casos espetaculares (Decotelli; Bohre; Bicalho, 2013, p. 450).

Essa visão de que o adoecido precisa de assistência e cura o quanto antes, para que possa contribuir para a sociedade, e exercer o seu papel de cidadão, foi criada justamente das tramas do biopoder. A medicina normatiza e disciplina o corpo doente, prescreve condições ideais para o viver coletivo, torna o adoecido indesejável para a sociedade (Decotelli; Bohre; Bicalho, 2013).

Como pôde ser observado, existe uma relação intrínseca entre medicalização e biopoder. A medicalização é uma das ferramentas de controle pela qual a influência do biopoder é sentida na vida do indivíduo, prescrevendo comportamentos ideais para a sua manutenção e reprimindo qualquer comportamento desviante.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo principal explicitar e analisar as expressões da medicalização e do biopoder na clínica psicológica contemporânea.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analisar as influências da medicalização na clínica psicológica contemporânea;
- Refletir sobre os impactos e consequências da medicalização na relação entre paciente e psicólogo.

1.4 Hipóteses

O biopoder (conceito desenvolvido por Michel Foucault,1978), refere-se ao poder exercido sobre a vida biológica e social dos indivíduos. Na área da saúde, o biopoder se manifesta através de práticas e discursos que buscam controlar e regular os corpos e as mentes das pessoas.

Ao analisar a relação entre biopoder e medicalização na psicologia, é possível perceber que a medicalização pode ter efeitos negativos na relação entre o paciente e o psicólogo. A diretriz aprofundada e excessiva na intervenção medicamentosa pode

levar a uma redução da complexidade e singularidade das experiências psicológicas, negligenciando fatores sociais, culturais e contextuais que influenciam o bem-estar mental (Ponte, 2015)

Os efeitos negativos da medicalização na relação entre paciente e psicólogo podem incluir: Redução da complexidade e singularidade das experiências psicológicas; Ao enfatizar excessivamente a intervenção medicamentosa, a medicalização pode reduzir a compreensão dos problemas psicológicos a um diagnóstico simplificado, desconsiderando a complexidade e singularidade das experiências de cada indivíduo. Isso pode levar a uma compreensão superficial dos problemas e negligenciar fatores sociais, culturais e contextuais que influenciam o bem-estar mental (Guarido, 2008).

Também, pode ocorrer perda de autonomia e engajamento ativo do paciente: Ao tratar os problemas psicológicos como doenças a serem curadas com medicamentos, o paciente pode se sentir passivo, perdendo a autonomia e a capacidade de se envolver ativamente no processo terapêutico. Isso pode afetar negativamente a motivação do paciente para explorar outras abordagens terapêuticas e participar ativamente na busca por soluções (Guarido, 2008).

Foco excessivo nos sintomas em detrimento das causas subjacentes: A medicalização tende a se concentrar nos sintomas dos problemas psicológicos e em sua supressão imediata, em vez de explorar as causas subjacentes. Isso pode resultar em um tratamento superficial, que não aborda as questões fundamentais que contribuem para os problemas psicológicos. Como resultado, os problemas podem persistir ou retornar após a suspensão do medicamento (Azevedo; Carneiro, 2019).

É importante ressaltar que a medicalização não é necessariamente negativa em todos os casos. Em alguns casos, o uso de medicamentos pode ser benéfico e necessário para o tratamento de determinados transtornos mentais. No entanto, é fundamental equilibrar o uso de medicamentos com abordagens terapêuticas mais amplas, que levem em consideração a singularidade de cada indivíduo e as complexidades de sua vida, isso promove uma relação mais colaborativa entre o paciente e o psicólogo (Azevedo; Carneiro, 2019).

1.5 Justificativa

Quanto à pertinência do assunto da medicalização da vida, trata-se de um tema relevante e atual que tem gerado muita discussão e controvérsia na sociedade e na comunidade científica. Uma revisão de literatura sobre a medicalização da vida pode ajudar a avaliar criticamente as evidências existentes e a compreender melhor as implicações e consequências desse fenômeno para a saúde e o bem-estar das pessoas. Além disso, pode contribuir para o engajamento de práticas não medicalizantes, que podem não ser de conhecimento geral.

Nos últimos anos, houve um aumento significativo no consumo de medicamentos relacionados à saúde mental. Segundo o Conselho Federal de Farmácia (2023), entre os anos de 2019 e 2022, houve um aumento de 36% na venda de antidepressivos e estabilizadores de humor, além de um aumento de 21% na venda de anticonvulsivantes e antiepiléticos. Esse aumento explosivo poderia ser explicado pela pandemia de COVID-19, mas segue em uma crescente desde 2017.

A reflexão acerca do tema é de urgente e extrema importância. O trabalho aponta as falhas e incoerências do modelo processual atual para lidar com o dispositivo de medicalização. Esse modelo se justifica ao legitimar o consumo de medicamentos psicoativos como uma forma de cuidado ao construir formas de vida fundamentadas no individualismo/isolamento. Também, legitimando modos de governo de caráter assistencialista/paternalista, nos quais predominam os modos populistas de gestão e amarras institucionais repressivas e/ou controladoras que, conjuntamente, fazem com que não haja um deslocamento nas formas de dependência (Ignácio; Nardi, 2007).

Entre os motivos referidos como justificativa para entender o aumento considerável do uso de medicamentos, cita-se o estranho convívio entre a indústria farmacêutica e os médicos. Palma e Vilaça (2012) citam como exemplo o fato de que mais de 80% dos ensaios patrocinados pelas farmacêuticas foram realizados em centros de pesquisas acadêmicas.

Goldenberg (2012, apud RESENDE, 2014, pág. 10) afirma que a nova versão do DSM tem efeitos nefastos na cultura contemporânea, uma vez que se apresenta como uma imposição para patologizar e medicalizar a comunidade por meio de uma reformulação classificatória que amplia o discurso da ciência sobre as doenças mentais, dando-lhe força maior para distinguir o normal do patológico: “Ou seja, tenta,

sob um disfarce de termos científicos, uma classificação do inclassificável: o padecimento".

Portanto, acredite-se, em consonância com Dunker e Kyrillos Neto (2011, p.11), que

> a psiquiatria ao se afastar da psicopatologia, reconhecendo nela um território demasiadamente ambíguo do sofrimento, do mal-estar e da significação, com sua polifonia de vozes e narrativas, aproxima-se perigosamente de uma prática mecânica de medicalização de massas.

De modo que "sua aspiração à universalidade decai em 'totalidade operacional', bem como sua capacidade para intervir na singularidade da clínica degrada-se em 'generalidade particular'" (Dunker; Kyrillos Neto,2011 p. 14).

Há inúmeras consequências negativas que a falta de reflexão sobre o assunto abordado pode causar. A medicalização feita de maneira inapropriada, sem ter como objetivo facilitar a vida da sociedade, é de grande atraso à vida em comunidade, em relação à influência do biopoder.

A pesquisa sobre o tema da Medicalização e a influência do biopoder na contemporaneidade é de grande valia para a comunidade, especialmente aquela que possui influência direta, ou seja, aqueles indivíduos que foram politizados e medicalizados pela influência do biopoder.

2 Método

Este trabalho é uma revisão narrativa da literatura, cujo objetivo é mapear o conhecimento sobre o tema de forma ampla e analisar criticamente os dados obtidos. A revisão narrativa, diferentemente da revisão sistemática, permite uma visão mais aberta do tema, não partindo de uma questão central definida e, por isto, não exige um protocolo rígido para sua confecção. A revisão narrativa também possui um aspecto subjetivo, onde a seleção de artigos é arbitrária. Essa é uma revisão que não possui como objetivo a replicação, mas sim uma análise e discussão dos dados obtidos por meio de uma lente subjetiva e crítica (Cordeiro *et al.*, 2007).

Foram procurados artigos na plataforma SciElo, Periódicos CAPES, Pepsic, Lilacs e BVS, publicados em português. Além disso, foi realizada uma busca por documentos produzidos pelos órgãos profissionais especializados em psicologia e farmacologia.

Para a busca desses materiais, foram usados os seguintes descritores: medicalização *and* psicologia clínica; medicalização *and* psicología *and* consultório; biopoder *and* psicologia clínica; biopoder *and* psicologia; anormalidade.

Em seguida, foi realizada uma leitura dos títulos e resumos dos materiais publicados entre 2006 a 2023 para avaliar se estes atendiam aos objetivos do presente estudo, que possui como enfoque a questão específica da clínica psicológica. Após a seleção dos materiais, foi realizada a leitura na íntegra e uma análise e formulação de categorias para discussão dos resultados encontrados.

3 Resultados

A partir da pesquisa de artigos nas plataformas supracitadas, foram encontrados 38 artigos que corresponderam às palavras-chave e atendiam ao objetivo da pesquisa e dos artigos selecionados, apenas 19 foram utilizados na discussão. Ocorreu uma apuração dos materiais e, realizada a leitura na íntegra e uma perquirição dos artigos para a formulação de categorias para a discussão.

Esses artigos foram divididos igualmente entre os autores deste trabalho para serem lidos e, a partir dessa leitura e da conceitualização teórica, foram separados 4 tópicos para serem discutidos na seguinte sessão.

Os tópicos foram ordenados de forma a gerar uma maior compreensão e argumentação, esses sendo: *Biopoder e clínica: Perspectiva histórica entre biopoder e o surgimento da prática da clínica psicológica*, contextualização histórica a partir de Foucault com interlocuções de obras atuais que dialogam com a clínica; *O atravessamento da medicalização na clínica moderna*, olhar crítico a clínica atual e a disponibilização e consumo de psicotrópicos; *As consequências do biopoder para vida cotidiana do sujeito*, às interferências do biopoder na subjetividade do indivíduo e no seu meio; *A postura do psicólogo e o processo patologizante*, a influência médica na história da psicologia e como isso reflete nos dias atuais dentro de padrões medicalizantes e de profissionais que buscam contornar os ideais da medicalização.

4 Discussão

4.1 Biopoder e clínica: Perspectiva histórica entre biopoder e o surgimento da prática da clínica psicológica

A instituição de ensino na qual os autores que realizaram este trabalho de conclusão de curso definem o “psicólogo” como o profissional “capacitado a desenvolver ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde mental, enquanto bem-estar e qualidade de vida individual e coletiva” (Universidade Paulista, 2024), porém, dentro dessa conceitualização, o que seria compreendido como “saúde mental”? Dentro desse conceito existem diversas ideias implícitas sobre o que significa ser “normal” ou “são”, em oposição a “insanidade”, a “loucura”. E esses significados não existem em um vácuo, mas são criados social e culturalmente para delimitar normas e morais sociais, definindo assim aqueles que são “socialmente aceitáveis” e aqueles que não são. (Foucault, 1978)

Caponi (2009) destaca que o conceito de normal está atrelado a saúde, pois toda e qualquer distinção de comportamento fora do esperado é tratado como patológico e indesejável. O conceito de normal não se opõe à doença ou a morte, mas apenas à anormalidade, a anomalia de tal maneira começa a ser atribuída para questões negativas e perigosas. A autora também elucida que o normal se torna o padrão ou pelo menos o padrão que é almejado e para isso supera-se a ideia de apenas tratar os doentes, mas busca antecipar as anomalias, prevenir. Tudo aquilo que era considerado fora do normal começa a ser combatido e classificado como degenerado e busca evitar que esse comportamento/estado se espalhe.

A definição do que seria anormal, principalmente durante o século XIX, é feita a partir de conceitos precariamente fundamentados, “ela foi formada em correlação com todo um conjunto de instituições de controle [...] uma série de mecanismos de vigilância e de distribuição” (Foucault, 2002, p. 413). Isso é, devido às políticas de higiene social da época e de sua conveniência política e econômica, o conceito foi aderido por diversas instituições, tendo em vista o quão conveniente seria ter um discurso teoricamente científico e categorizado definindo o normal e o desviante (Dametto; Esquinsani, 2014).

Dessa forma, os anormais seriam figuras que apresentam elementos de inconformidade com o que seria desejável para a sociedade, esta que em sua tendência normalizadora, aceitou de bom grado o isolamento, a separação do

anormal, “pois ele afronta a ordem natural divina e jurídica; subvertem da ordem institucional, ostentam irresponsabilidade familiar e nutrem a perversidade dos instintos” (Dametto; Esquinsani, 2014, p. 67).

Para Foucault (1978), como já citado, o biopoder está relacionado com a ideia de perpetuar os interesses individuais, com seus mecanismos políticos, tecnologias científicas e estratégias jurídicas que dão suporte ao controle dos corpos, da coletividade humana.

A confirmação desse anormal, além de toda a validação médica, foi amparada pelo pretexto de proteção da sociedade, dos “normais”, sob a ideia de que o anormal seria prejudicial para ela, defendendo assim sua ordem institucional e moral, nutrindo assim o preconceito da população e incentivando práticas segregacionistas sob o pretexto de higiene social.

Segundo Foucault (1978), o que hoje chamamos de “loucura” era vista de forma muito diferente em outros momentos da história ocidental. Durante a renascença, a loucura era vista como uma forma diferente de entender o mundo, com uma certa conexão com o divino. Os loucos eram vistos como diferentes, mas eram tratados com um certo grau de respeito, viviam com suas famílias e conviviam socialmente com os outros “normais”. Porém, pela influência do racionalismo, a ideia do “louco” como alguém com conexão com o divino começou a mudar para a visão do “homem perdido”, alguém que perdeu a capacidade de raciocinar e agora não é tão diferente de um animal. Foi durante esse período da história europeia que, influenciados pela segregação dos leprosos, governantes começaram a segregar os “loucos” junto com outros indesejados pela sociedade (pobreza, nessa época, era vista como uma falha moral, uma punição divina) dentro dos hospitais gerais, onde eram abandonados.

A visão da loucura, ainda segundo Foucault (1978), começou a mudar com o desenvolvimento da ciência psiquiátrica. Aos poucos, o louco deixou de ser visto como indesejado e começou a ser visto como apenas incapaz. Ele ainda seria segregado socialmente, porém, em um ambiente (teoricamente) mais humanizado, onde seria cuidado e (possivelmente) curado. Nascem assim os manicômios, ambientes que deveriam cuidar desses “enfermos”, mas que mantinham a mesma lógica de segregação e desvalorização, porém, agora com uma linguagem mais humanizada, pois existia a possibilidade de cura (para alguns).

Foucault (1979) destaca que os primeiros processos da medicina urbana no século XVIII na França abrangiam todos os públicos - do rico ao pobre - mas com a

regularização e a criação de sistemas nos meios de transportes, lixo e comunicação, a camada mais pobre foi perdendo espaço de atuação e sendo deixada cada vez mais de lado, gerando crises e dificultando a possibilidade de sobrevivência dessa população. Até então ocorria um convívio onde classes sociais distintas conseguiam conviver entre si, mas em 1832 a cólera surge em Paris e se espalha por toda a Europa com grande foco nas camadas populares. O cotidiano das classes dominantes começa a ser ameaçado pela existência dos desafortunados que carregavam a cólera. Com esse histórico, é então a partir do século XIX que a plebe começa a se tornar uma ameaça para a manutenção da saúde e do normal.

Foucault (1979) trouxe que é a partir deste momento que começaram a ser criadas políticas de medicina social e foi na Inglaterra que surgiu a primeira lei, a lei dos pobres, que tinha como foco proteger o rico dos pobres e tentar gerar algum tratamento médico para os desafortunados. Com a evolução da lei dos pobres surge também a *health service* em 1875, voltada para controle de vacinação, controle de epidemias e doenças contagiosas e perigosas e a destruição de lugares insalubres. A *health service*, apesar de ser uma extensão da lei dos pobres, também visava atuar na população inglesa como um todo.

Serviços semelhantes foram adotados ao redor da Europa com foco no controle do corpo da população e distinção de camadas populares e de alto padrão. Caponi (2009) também traz a noção de que os estudos voltados para a anormalidade não eram conteúdo da saúde, mas administrativos. A tarefa era a gestão de corpos e famílias de anormais, adotando um poder incontestável frente a essa população.

> O mecanismo da exclusão era o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano. Medicalizar alguém era mandá-lo para fora e, por conseguinte, purificar os outros. A medicina era uma medicina de exclusão. (Foucault, 1979, p. 52).

É dentro dessa lógica médica que surge a psicologia (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007). Para justificar a sua existência como ciência dentro da lógica positivista criada durante o iluminismo, a psicologia, inicialmente, colocou como seu foco de estudo os fenômenos que eram passíveis de observação e mensuração, como a percepção e o comportamento. Como ciência, o interesse da psicologia era de explicar a mente humana a partir daquilo que é observável ou descritível.

Freud foi um certo inovador ao trazer o pensamento como passível de ser explicado e explorado pela ciência psicológica (Loureiro, 2006). Ele trouxe o conceito do inconsciente para explicar ações e pensamentos que não são possíveis de explicar, que estão fora do controle da mente consciente. É a partir da psicanálise freudiana que a psicologia mudou o seu foco para a prática da clínica, com muitos de seus conceitos e práticas sendo fundamentais para a psicologia clínica contemporânea. Porém, Freud era um médico dentro de um contexto histórico específico, logo, sua teoria, para ser aceita, precisou ser desenvolvida em cima da mesma lógica científica positivista (Loureiro, 2006).

O aparelho psíquico de Freud é movido por uma energia (libido) e seu funcionamento é determinista, explicativo das ações e pensamentos. A psicanálise foi a principal força da psicopatologia, que tinha como objetivo classificar os “distúrbios” da mente, desenhar uma linha entre a normalidade e a “loucura”, justificando o ideal manicomial que já existia (Dunker; Kyrillos Neto, 2011).

A fundação da psicologia clínica foi sempre construída em cima dessa lógica de “cura”. “Saúde mental” acaba designando um ideal de “normalidade” e conformidade a ser atingido, ideal este socialmente determinado pelas necessidades de uma sociedade capitalista (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007).

Para desenvolver uma psicologia clínica não-medicalizante é necessário, primeiro, compreender a história da psicologia como ferramenta do biopoder. É apenas a partir de uma análise crítica da prática como ela existe e é ensinada nas instituições de ensino que é possível evoluí-la, trazendo-a para um campo realmente humanizado, que considera individualidade acima da conformidade social (Moreira; Romagnoli; Neves, 2007).

4.2 O atravessamento da medicalização na clínica moderna

Segundo Bezerra *et al.* (2016), as práticas clínicas de cuidado para o adoecimento psíquico ainda refletem uma tecnologia de biopolítica de gestão, que se manifesta como uma forma de medicalização social amplamente difundida e aceita na contemporaneidade. Nesse contexto, o sujeito diagnosticado com a doença mental, muitas vezes, se vê com poucas alternativas além de se adaptar ao processo de cuidado oferecido. Para Silva e Barreto (2019), este fenômeno busca manter o

paciente em um estado aparente de segurança e bem-estar, tornando o medicamento um refúgio na impessoalidade do mundo.

Dentro da clínica psicológica, o fenômeno da medicalização está amplamente relacionado ao aumento de diagnósticos e síndromes, o que justifica o apelo aos especialistas, entre eles o psicólogo (Silva; Canavés, 2018, p. 118). Por isso não é incomum que o indivíduo busque o profissional com expectativas erradas, como se este pudesse lhe dar uma resposta imediata sobre suas angústias.

O paciente, a partir da normatividade médica, vai para a clínica em busca de uma rotulação, o que é contrário ao papel do psicólogo, que busca entender o ambiente em que o indivíduo está inserido, e como fatores de sua vida podem ou não influenciar as queixas trazidas, enquanto na profissão médica, a ideia primordial, relacionada às práticas sanitárias, foi a de determinar como o corpo deveria ser e como deveria se sentir (Silva; Canavés, 2018, p. 121).

Hodiernamente, a expansão de diagnósticos, não se deve somente à profissão médica, ou ao aumento da tecnologia, mas ao fato das doenças e seus sintomas terem se tornado acessíveis, e a identificação é possível ser feita pelo próprio indivíduo, a partir da internet.

Esse controle implícito, a partir do que seria um conhecimento comum, regula um comportamento socialmente definido, e acaba influenciando várias instâncias da vida cotidiana do sujeito, estas passam a se tornar objeto de investigação sob jurisdição médica (Silva; Canavés, 2018, p. 121).

No mundo contemporâneo, o psicólogo se depara com um indivíduo “anormal” ou o “desviante” diferente do que era visto em décadas passadas, em que o enfoque maior era em grupos sociais minoritários e marginalizados, o paciente hoje representa uma figura consumidora de medicamentos e de doenças:

> A mudança no conceito de doença, permitiu que os critérios diagnósticos saíssem do campo estrito do comportamento desviante, e se encontrassem na contemporaneidade, expandidas a um modelo ideal de felicidade, de saúde e de comportamento. (Vaz, 2015, p.55).

A partir dessa visão de que o sofrimento humano se torna patológico, o indivíduo acredita que a medicalização é a melhor e mais eficaz via de acesso para o seu problema, capaz de tratar a experiência humana, por isso outras modalidades

interventivas como psicoterapia e acompanhamento psicológico são eliminadas ou vistas como secundárias (Gomes Da Silva, 2017, p. 87)

A partir disso, o indivíduo reconhece questões naturais como adoecimentos, questões que precisam de auxílio imediato medicamentoso, e isso se reflete na atuação clínica como a naturalização do sofrimento psíquico, banalizando assim a existência e culpabilizando os indivíduos por seus problemas, este que não escolheu passar pelo sofrimento que sente:

> Há, portanto, um movimento na atualidade de culpabilização dos indivíduos pelo seu estado de saúde ou doença. O sentimento de mal-estar, por exemplo, leva o indivíduo a uma busca desenfreada por especialistas que possam, a partir do seu conhecimento, atribuir um nome, um código que identifique ou localize o mal-estar em uma doença (Silva; Canavés, 2018, p. 124).

A clínica psicológica hoje, visando a objetividade de seu método, também não está isenta de modelos explicativos, uma vez que a ideia de um modo de proceder científico, possa supostamente ter uma maior eficácia em seus tratamentos. Em decorrência disso, a ação psicológica consistirá em estratégias cujos resultados objetivam modificar o que for necessário para que os supostos defeitos sejam ultrapassados (Gomes Da Silva, 2017)

O que se propõe, portanto, não é uma recusa radical à medicação, visto que são inegáveis os casos em que é necessária, bem como é evidenciada a relevância em inúmeros casos, mas a problematização refere-se ao reducionismo do indivíduo, onde o processo medicamentoso é visto como um recurso absoluto, um instrumento que é capaz de dar conta de qualquer questão da existência humana.

É importante destacar que medicar não é e não deve ser visto como o único método de intervenção terapêutica, e o psicólogo como profissional não deve agir como um potencializador do poder médico, salvo os casos em que são necessários, mas mesmo nestes, é preciso que seja feita uma investigação profunda junto ao paciente, para que se julgue ser ou não necessário o encaminhamento.

Sabemos que o psicólogo deve ter um olhar integrado em relação ao paciente, e, sobretudo, o maior papel é buscar diminuir o sofrimento psicológico do indivíduo que chega até ele, seja na clínica ou em qualquer outro espaço. Silva e Barreto (2019) destacam a importância de uma clínica que valorize a experiência humana, acolhendo a complexidade da existência e acompanhando o paciente no autocuidado e na jornada em direção ao bem-estar.

Segundo Silva e Canavêz (2017), a clínica que abraça o sofrimento humano e as complexidades da existência emerge como uma forma de resistência em um contexto histórico permeado pelo domínio do conhecimento/poder que molda a vida. Nesse sentido, é preciso que tenhamos uma prática psicológica que questione a especialização da psicologia, a qual restringe intervenções e análises, e que tende a buscar representações, conceitos e diagnósticos. Esta falta de indagação sobre a medicalização, comumente associada à normalidade, é atravessada pela história, pela política, pela economia e pela cultura, não podendo ser associada apenas a um fator.

Em oposição a tendência medicalizantes, Silva e Canavêz (2017) ressaltam a importância da integração de uma perspectiva histórica à experiência contemporânea na prática clínica, para que esta prática possa promover um cuidado ético, em vez de buscar soluções rápidas e muitas vezes idealizadas, frequentemente difundidas pela mídia. Sendo assim, cabe buscar um olhar não-patologizante em relação ao paciente, contrapondo-se a cultura que reprime todas as dores psíquicas através dos medicamentos.

Tesser (2006) ressalta que uma consulta não precisa resultar em um exame, um diagnóstico, ou encaminhamento, mas pode ser o pontapé inicial para investigar as condições psíquicas, os sofrimentos e outras possibilidades. Este imediatismo pode resultar em uma visão reducionista dos problemas mentais, negligenciando fatores psicossociais e contextuais que contribuem para o sofrimento psicológico, através, também, da ênfase excessiva na eficiência e rapidez do tratamento.

Para Acselrad e Tavares (2022), o hiperconsumo é caracterizado pela prevalência de valores como hedonismo, imediatismo e negação do sofrimento, promovendo um ambiente onde o consumidor busca a felicidade através de aquisições materiais. Este cenário, muitas vezes descrito como hiperdemocrático, é construído sobre a destradicionalização da sociedade, embora não seja acessível a todos. A publicidade desempenha um papel crucial ao propagar o consumismo nesse contexto.

Os mesmos autores enfatizam que essa abordagem pode desconsiderar fatores importantes que contribuem para o sofrimento psicológico, como traumas passados, estresse social, questões familiares, dificuldades de relacionamento ou problemas econômicos. Ao tratar sintomas com medicamentos sem abordar essas

questões subjacentes, corre-se o risco de mascarar os problemas temporariamente sem resolvê-los de forma eficaz a longo prazo.

Acselrad e Tavares (2022), comentam que além disso, o hiperconsumo de medicamentos psicotrópicos pode resultar em efeitos colaterais prejudiciais, incluindo dependência, sedação, ganho de peso, disfunção sexual, entre outros. Esses efeitos podem afetar negativamente a qualidade de vida dos pacientes e até mesmo piorar sua condição mental ao longo do tempo.

4.3 As consequências do biopoder para vida cotidiana do sujeito

O impacto do biopoder na vida cotidiana é uma questão de grande relevância e interesse, merecendo uma análise cuidadosa de suas implicações profundas. Este fenômeno, como conceituado por estudiosos, revela consequências que vão além do âmbito individual, e da subjetividade do sujeito, permeando as estruturas sociais e as práticas clínicas. Em pequeno período (2005 a 2009) foi observado, no Brasil, um aumento de 44,8% nas vendas de medicamentos antidepressivos, já entre 2000 e 2004 houve um aumento de 1020% nas vendas do metilfenidato, medicamento comumente usados para o transtorno de desatenção e hiperatividade, logo seguido de outro aumento de 930% nas vendas em 2004 e 2008. (Resende, 2014)

É a partir de conceitos de normal e patológico que a atuação médica se estrutura. Segundo Resende (2014), normal é aquilo que está dentro dos padrões de conformidade dados pela cultura, sendo assim o patológico consiste em romper as normas do sujeito, romper com o normativo de vida.

Esse processo de patologização da normalidade pode resultar na perda da individualidade e subjetividade do sujeito, em detrimento de abordagens padronizadas e objetivas, além disso, o biopoder se manifesta em formas de controle e vigilância que permeiam as interações cotidianas na clínica (Caponi, 2019).

Quando discutimos sobre um poder sobre a vida, também falamos de uma política sobre a vida. A lógica médica vai adentrando outros círculos de conhecimento, aumentando o seu poder de jurisdição, como o controle social, o aparato jurídico e o espaço doméstico. É trazido à população normas de higiene e de controle social com imposição de normas burguesas e da apropriação da infância (Decotelli; Bohre; Bicalho, 2013).

Por exemplo, em uma sala de aula onde se espera comportamento calmo e focado, um aluno agitado não se encaixa nesse padrão e é considerado desviante. O ideal é que o comportamento atencional esteja em conformidade com determinados padrões predefinidos. Qualquer desvio desses padrões é considerado indesejável e muitas vezes tratado como anormalidade (Decotelli; Bohre; Bicalho, 2013).

Como publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (2013), passou a ser comum, logo pela manhã, levarmos uma pequena necessaire cheia de medicamentos de todos os tipos e cores, uma para cada parte do corpo, essa drogas tidas como lícitas tem o propósito de trazer o conforto necessário para a vida cotidiana, mas quando utilizadas para fins da esfera comportamental ou para emagrecimento, tem trazido uma série de efeitos colaterais como insônia, desânimo e em alguns casos até crenças de que nossos problemas a respeito da vida (relacionamentos, trabalhos, brigas) seriam resolvidos pelas pílulas.

As necessidades individuais das crianças são frequentemente definidas por adultos ou especialistas, restringindo ainda mais a autonomia e diversidade de experiências. Esse cenário reforça uma visão de mundo onde não há espaço para outras perspectivas, onde a diferença é marginalizada e a diversidade é interpretada como patologia (Decotelli; Bohre; Bicalho, 2013).

No contexto do biopoder, a medicina atua disciplinando corpos doentes e estabelecendo normas para uma vida coletiva saudável. Apesar das tentativas de reduzir sua importância, os hospitais persistem como centros de excelência. No Brasil, o Programa Saúde da Família busca expandir o acesso à saúde. A medicalização, por sua vez, é uma ferramenta poderosa para disseminar o conhecimento médico na sociedade (Decotelli; Bohre; Bicalho, 2013).

Quando a normalidade é suspensa, a necessidade de medicar o corpo acha uma brecha. Segundo o Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2023), a partir da emergência de saúde pública instaurada pelo COVID-19, foi observado um aumento de 36% na venda de antidepressivos e estabilizantes de humor, ou seja, de 82.667.898 unidades comercializadas no ano de 2019 para 112.797.268 em 2022, sendo os maiores aumentos dados na Bahia, Paraíba e Maranhão com variações de 62% a 57%.

A medicalização é um fenômeno moderno que decorre da busca por uma vida idealizada, caracterizada pela felicidade e pela liberdade ilimitada. Este fenômeno transcende as simples prescrições farmacêuticas e torna-se um processo social e

político que molda o que poderíamos chamar de “existência medicalizada”. A indústria farmacêutica continua a introduzir novos medicamentos que prometem eliminar a dor, minimizar riscos e salvaguardar a saúde. Este impacto transformou a prática clínica, com a prescrição crescente de medicamentos psicotrópicos, muitas vezes sem avaliação detalhada dos efeitos desses medicamentos na saúde e nas experiências dos pacientes. Como resultado, os modelos clínicos muitas vezes ignoram a complexidade da experiência humana (Zangrande; Costa; Aosani, 2020).

O uso crescente de drogas pretas e brancas para lidar com crises existenciais demonstra uma tendência de buscar soluções rápidas para problemas que na verdade são bastante complexos. A indústria farmacêutica vende a ideia de saúde em comprimidos, prometendo respostas rápidas e eficazes. Isto simplifica o sofrimento humano devido à disfunção neuroquímica, muitas vezes à custa de uma compreensão mais profunda do que os pacientes estão realmente vivenciando (Silva; Barreto, 2019). O que antes era considerado parte normal da experiência humana é agora visto como patológico, sem levar em conta os aspectos psicológicos e existenciais do sofrimento (Silva; Barreto, 2019).

Quando falamos de crianças, Zangrande, Costa e Aosani (2020) mostram que comportamentos naturais, como curiosidade e energia, muitas vezes são rotulados como doenças e tratados com medicamentos. Esta abordagem tenta forçar as crianças a cumprir as rigorosas exigências da escola, transferindo para elas a responsabilidade pelos problemas, ignorando ao mesmo tempo as condições sociais e estruturais que influenciam o comportamento. Esta crítica de Silva e Barreto (2019) é consistente com Figueiredo (2014) e Birman (2014), apontando que a felicidade imediata pode transformar emoções normais em patologia que requer intervenção médica.

A principal crítica à medicalização é que ela reduz o sofrimento humano causado por problemas neuroquímicos. Os adultos utilizam cada vez mais antidepressivos e estabilizadores de humor na tentativa de eliminar rapidamente sentimentos como tristeza e ansiedade, muitas vezes sem considerar as dimensões existenciais dessas experiências (Silva; Barreto, 2019)

Da mesma forma, crianças que têm dificuldade de concentração ou consideradas inquietas são rapidamente diagnosticadas com TDAH e tratadas com medicamentos sem uma compreensão mais profunda do ambiente natural em que essas dificuldades ocorrem. As perspectivas biomédicas modernas concentram-se

apenas na farmacologia e ignoram outros tipos de conhecimento, como o psicológico, o espiritual e o comunitário (Zangrande; Costa; Aosani, 2020).

Silva e Barreto (2019) sugerem que em resposta à medicalização é necessária uma abordagem mais integrada do cuidado. Para as crianças com TDAH, isso significa criar ambientes escolares que aceitem a diversidade de comportamentos e estilos de aprendizagem, em vez de forçar a adesão através de medicamentos. Para os adultos, a prática clínica deve ir além da simples rejeição dos sintomas e valorizar a aceitação do sofrimento em todas as suas complexidades, promovendo uma abordagem mais reflexiva e humana. Mudar essa perspectiva é fundamental para evitar a redução do sofrimento humano a uma visão neuroquímica.

Portanto, o biopoder e a medicalização exercem uma influência profunda na vida cotidiana dos sujeitos no ambiente clínico, afetando suas experiências e percepções de diversas maneiras. A compreensão dessas dinâmicas é essencial para promover práticas clínicas éticas e centradas no sujeito, que respeitem sua individualidade e dignidade. A medicalização é compreensivelmente uma preocupação porque reduz o sofrimento humano a uma disfunção neuroquímica sem levar em conta a complexidade e a subjetividade da experiência. Focar demais na farmacologia como a solução para problemas complexos acaba ignorando outras formas de conhecimento e cuidado. Adotando uma abordagem clínica mais integrada e reflexiva pode ajudar a oferecer um cuidado mais humano e profundo, valorizando a singularidade e a complexidade da experiência humana, em vez de buscar soluções rápidas e superficiais (Zangrande; Costa; Aosani, 2020; Silva; Barreto, 2019).

4.4 A postura do psicólogo e o processo patologizante

De certa maneira, a formação de profissionais psicólogos na Psicologia tradicional era muito influenciada pelo modelo médico, as primeiras contribuições para os estudos da área foram apresentadas por médicos a partir de teses de doutorado, e foi só a partir da década de 1920 que a Psicologia passou a receber contribuições de outras escolas do conhecimento (Firbida; Vasconcelos, 2019).

Durante a passagem do século XIX para o século XX, aulas de antropologia e psicologia eram ministradas por médicos. Segundo Patto (1988) a presença médica em diversos cursos se intensificou após o crescimento do chamado movimento higienista. Os médicos higienistas da época acabaram por representar uma grande

influência no campo de atuação dos psicólogos naquele tempo, com os seus reflexos podendo ser vistos no uso de instrumentos de diagnóstico psicológico e por meio de testes mentais, por exemplo.

A construção desse processo de medicalização, se relaciona diretamente com os diversos segmentos e contribuições da Medicina no interior da sociedade. Hoje, na sociedade moderna, a medicalização está diretamente relacionada à ação da medicina em campos diversos da população, garantindo a partir de sua assistência global, a legitimidade de sua influência e seu saber. Observa-se que na construção da sociedade moderna, o conhecimento sobre a doença deixa de estar nas mãos divinas e passa a ser domínio do saber médico. Desta forma, “a ampliação da prática médica refere-se à variação de novas modalidades de serviços oferecidos à sociedade, ao número cada vez maior de diferentes populações atendidas como clientela médica e à normatividade da saúde” (Firbida; Vasconcelos, 2019, p. 2).

A partir dessa normatividade definida, que foi construída desde as práticas higienistas, foi possível, com o passar do tempo, ditar o comportamento normal e o desviante, a partir disso transformando problemas diversos, em questões biológicas, em distúrbios de comportamento e aprendizagem, iniciando assim o processo de higienização social e mais tarde mental (Firbida; Vasconcelos, 2019).

Atualmente a Psicologia tenta quebrar os laços com as práticas medicalizantes, com destaque nas discussões feitas pelo Conselho Federal de Psicologia, como a campanha de “Não à Medicalização da Vida” publicada em 2011. Não só isso, mas o campo da Psicologia como um todo está em um movimento direcionado à não-patologização do indivíduo, evitando culpabilizar o sujeito.

Ainda assim, no mundo moderno, é visto um aumento exponencial de diagnósticos, porém, conforme já criticado por vários autores, o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), conhecido como a bíblia dos psiquiatras, assim como a CID (Classificação Internacional de Doenças), já sofreu diversas alterações, algumas delas substanciais, e apesar do senso comum comunicar que essas mudanças em sua maioria são devido ao avanço da ciência, segundo Freitas e Amarante:

> Cada uma das versões resulta de lutas políticas, uma vez que existem fortes interesses corporativos na área da psiquiatria. Além dos da indústria farmacêutica, há também os dos grupos organizados de pacientes psiquiátricos. Para estes, O que está em questão são direitos — desde o reembolso de tratamentos até os relativos a benefícios previdenciários. (Freitas; Amarante, 2015, p. 44).

A partir de Ponte (2015), compreende-se que diversas pesquisas já foram levantadas, e abordagens criadas, muitas que propõem justamente atitudes não medicalizantes e não patologizantes. A Fenomenologia-Existencial contribui muito para isso no campo da Psicologia, mas além do já citado, é válido evidenciar alguns exemplos práticos de desmedicalização que tiveram efeitos positivos no indivíduo e no panorama geral, a fim de contribuir para a narrativa que vem sendo construída neste trabalho, com o objetivo de propor um posicionamento não contribuinte para a medicalização do sujeito por parte do Psicólogo.

É fato que o profissional de Psicologia está diretamente relacionado ao processo de medicalização do sujeito por meio de encaminhamentos, suposições diagnósticas e afins que se relacionam diretamente com o campo da medicina, muitas das vezes atuando em equipes multidisciplinares. Ainda sobre experimentos não-medicalizantes, no fim de seu livro Medicalização em Psiquiatria, Freitas e Amarante (2015) nos apresentam a Experiência de Soteria, que visou tratar a esquizofrenia.

O experimento consistia em combater a psicose frente a frente, fora do espaço asilar, “sem os usuais impedimentos externos da teoria, instituições artificiais, sistemas de crença e práticas inculcados como condição para o pertencimento em corporações profissionais” (Freitas; Amarante, 2015, p. 113), este experimento considerava que as crises psicóticas do indivíduo deveriam tomar seu curso natural, sem qualquer auxílio de medicamentos, pois a medicação criaria uma barreira para ter acesso à experiência psicótica do sujeito. A Soteria é um exemplo radical de desmedicalização, e durante o processo, a ideia era comparar diretamente o progresso dos pacientes desse grupo experimental com os tratados de forma convencional.

Conforme os mesmos autores, os resultados foram visivelmente positivos, porém o experimento acabou sendo suspenso por falta de suporte financeiro e apesar disso, as bases de Soteria influenciaram diversas outras replicações que foram feitas em outras partes do mundo:

> Desde 1984 ocorre uma pura replicação de Soteria em Berna, na Suíça. Um outro descendente estabeleceu-se em Zwiefalten, na Alemanha, em fins da década de 90; e um terceiro foi aberto em Munique, em 2003. E outros mais estão sendo implementados em Hanover, também na Alemanha, e em Budapeste, na Hungria. Em

> planejamento encontra-se mais outro, em Auckland, Nova Zelândia. (Freitas; Amarante, 2015, p. 117)

O método não medicalizante, porém não tão extremo quanto Soteria, é o *Open Dialogue,* ou diálogo aberto, que é uma proposta finlandesa e está em vigor há mais de 30 anos, sua prática e resultados são sistematicamente estudados desde então. O projeto tem como principais características identificar e auxiliar o sujeito em crise nas primeiras 24 horas, pois foi comprovado a partir justamente desses resultados obtidos na prática e sendo analisados de forma sistemática pelo experimento, que o mais eficaz é tratar o sujeito a partir do início de sua crise psicótica.

Além disso, como o próprio nome sugere, diálogo aberto, os familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho etc., são convidados a participarem das primeiras reuniões para assegurar que as necessidades podem ser resolvidas em conjunto.

Ademais, aspectos como garantir a continuidade do tratamento, flexibilidade para com cada caso e cada paciente, diálogo, e tolerância são outros aspectos diferenciais do projeto, que tornam o tratamento humanizado.

Ainda sobre as constatações positivas de tratar o sujeito de forma humanizada e sem domar seu corpo a partir de medicamentos, conforme Freitas e Amarante (2015), sobre os resultados de uma pesquisa feita por Aaltonen, Seikkula e Alakare, entre 1992 e 1997:

> Os resultados desse estudo de cinco anos são espetaculares:
> *Apenas 35% dos pacientes necessitaram de drogas neurolépticas durante esse período. Ainda que a ideia dominante fosse que todos, possivelmente, precisariam do medicamento durante o tempo de estudo, não existe qualquer evidência que tenha demonstrado haver tal necessidade.
> *Não havia qualquer sintoma em 81% dos pacientes, estando 85% plenamente empregados após o período do estudo. (Freitas; Amarante, 2015, p. 124)

O que demonstra que sequer durante as crises, mesmo que abertos para a possibilidade de medicar o sujeito, visando contê-la, quase não houve necessidade, e os resultados foram extraordinários, mas conforme o mesmo autor, estes resultados foram duramente criticados, por serem ditos como algo irreal, “o estudo foi replicado dez anos mais tarde, acompanhando as pessoas acometidas por seu primeiro episódio psicótico e os resultados obtidos foram os mesmos” (Freitas; Amarante, 2015).

Sendo aplicado amplamente no país, a *Open Dialogue* possibilitou que os novos casos de psicose e esquizofrenia diminuíssem drasticamente, isso deve-se ao fato também de o projeto ter se integrado à cultura do país, onde em casos de crise, a população comum já sabe que deve se comunicar com a equipe.

O fato é, assim como em diversas pesquisas realizadas, isso demonstra que o psicólogo pode, por meio de um atendimento humanizado, auxiliar o sujeito sem necessidade de medicamentos, apesar de existirem casos em que é necessário medicar, estes deveriam ser a minoria, e não a maioria como observamos no mundo moderno.

5 Considerações Finais

Ao longo deste trabalho, exploramos a intersecção entre medicalização e biopoder, temas que se entrelaçam na contemporaneidade e que têm profundas implicações para a prática da psicologia e para a compreensão da saúde mental. A medicalização, entendida como o processo pelo qual aspectos da vida humana são transformados em questões médicas, tem se tornado um fenômeno cada vez mais predominante em nossa sociedade. Desde a infância até a vida adulta, questões que antes eram consideradas normais, como a tristeza, a ansiedade ou o estresse, têm sido frequentemente patologizadas, levando à busca por diagnósticos e tratamentos que muitas vezes se concentram em soluções farmacológicas.

Esse fenômeno é amplamente influenciado pelo biopoder, um conceito desenvolvido por Michel Foucault que descreve como o poder se exerce sobre a vida dos indivíduos, não apenas por meio da repressão, mas também pela gestão e regulação das populações. O biopoder se manifesta nas políticas de saúde, nas práticas médicas e nas expectativas sociais sobre o que significa ser saudável ou doente. Em um contexto em que a eficiência e a normalidade são priorizadas, a medicalização se torna um mecanismo de controle que não apenas busca tratar doenças, mas também moldar comportamentos e regular a vida das pessoas.

A análise crítica da medicalização revela que, embora a intervenção médica possa oferecer alívio e tratamento para condições que antes eram negligenciadas, essa abordagem não está isenta de riscos. A patologização de experiências humanas normais pode levar à estigmatização, à marginalização e à perda da singularidade do sujeito. As pressões para se conformar a um ideal de saúde muitas vezes resultam

em práticas que desconsideram o contexto social e cultural no qual os indivíduos estão inseridos. Assim, é fundamental que profissionais da saúde, especialmente psicólogos, desenvolvam uma consciência crítica sobre o uso de diagnósticos e intervenções, reconhecendo os limites da medicalização.

Outro aspecto crucial que emergiu nesta discussão é a influência das indústrias farmacêuticas, que, por meio de estratégias de marketing agressivas, promovem a medicalização como uma solução rápida para problemas complexos. Essa dinâmica levanta questões éticas sobre a responsabilidade dos profissionais de saúde em informar seus pacientes sobre as opções de tratamento disponíveis, promovendo uma abordagem que não se restrinja a medicamentos, mas que também considere práticas integrativas e psicossociais. O cuidado com a saúde mental deve, portanto, envolver uma perspectiva mais ampla, que valorize a escuta, a acolhida e a construção de um espaço seguro para que os indivíduos possam expressar suas experiências e sentimentos.

Diante desse cenário, é imperativo que a formação contínua dos profissionais de psicologia inclua uma reflexão crítica sobre as práticas de medicalização e suas implicações. A promoção de uma saúde mental que respeite a diversidade e a individualidade exige um compromisso ético e uma prática baseada em evidências, que considere não apenas a doença, mas também o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos. A psicologia deve se posicionar como uma disciplina que busca compreender e integrar as complexidades da experiência humana, promovendo intervenções que respeitem a subjetividade e a singularidade de cada pessoa.

Por fim, é essencial que se fomente diálogos interdisciplinares que integrem a psicologia com outras áreas do conhecimento, como a sociologia, a antropologia e a saúde pública. Assim, pode ser possível construir uma compreensão mais holística da saúde e do bem-estar, que vá além das limitações impostas pela medicalização. O desafio que se apresenta é o de reimaginar a prática psicológica em um contexto em que a saúde mental é entendida como um direito humano fundamental, respeitado e promovido em suas múltiplas dimensões.

Em síntese, este trabalho teve a intenção de convidar à reflexão sobre a importância de uma abordagem crítica e integrada da saúde mental, que considere as múltiplas influências do biopoder e da medicalização. A construção de um futuro mais justo e saudável passa pela valorização da vida em todas as suas nuances, pelo respeito à individualidade e pela promoção de uma saúde mental que não se limite a

diagnósticos, mas que celebre a diversidade e a riqueza da experiência humana. É um convite à transformação, à escuta e ao cuidado, que, juntos, podem contribuir para a construção de uma sociedade mais empática e acolhedora.

Referências

ACSELRAD, M.; TAVARES, D. B. **A medicalização do sofrimento psíquico na cultura do hiperconsumo.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 34, 2022.

AGAMBEN , Giorgio. **O que é o contemporâneo?: e outros ensaios.** Chapecó, SC: Editora do Unochapecó, 2009. 11p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4332647/mod_resource/content/3/contempagamben.pdf. Acesso em: 27 abr. 2023

AZEVEDO, L. J. C.; CARNEIRO, T. F. **A cultura medicalizante e os processos transgeracionais.** CES Psicología, v. 12, n. 2, p. 141–150, ago. 2019.

BEZERRA, I. C. *et al.* **Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado.** Saúde em Debate, v. 40, n. 110, p. 148–161, set. 2016.

BIRMAN, Joel. **Entre cuidado e saber de si: Sobre Foucault e a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. **Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 33, n. 1, p. 208-221, 2013.

CAPONI, S.. **Biopolítica e medicalização dos anormais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 19, n. 2, p. 529–549, 2009.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Vendas de medicamentos psiquiátricos disparam na pandemia**. Notícias do CFF, [S. l.], 16 mar. 2023. Disponível em: https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psiquiatricos-disparam-na-pandemia. Acesso em: 19 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil) (org.). **Subsídios para a campanha Não à Medicalização da Vida – Medicalização da Educação.** [S. l.: s.

n.], 2011-2013. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf. Acesso em: 1 maio 2023.

CORDEIRO, A. M. et al.. **Revisão sistemática: uma revisão narrativa.** Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 34, n. 6, p. 428–431, nov. 2007.

DAMETTO, Jarbas; ESQUINSANI, Rosimar Serena Siqueira. **Desdobramentos educacionais das teorizações sobre a anormalidade: perspectivas a partir de Michel Foucault.** Perspectiva**,** Erechim. v. 38, n.144, p. 63-73, 2014. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/144_452.pdf. Acesso em: 7 maio 2024.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. **A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política.** Psicologia: Ciência e profissão, v. 33, p. 446-459, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200014. Acesso em: 1 maio. 2023.

DESIDÉRIO, R. C. S.; MIYAZAKI, M. C. DE O. S. **Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família**. Psicologia Escolar e Educacional, v. 11, n. 1, p. 165–176, jan. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pee/a/G4mGnPctSwHkLZgMn8hZs7b/?lang=pt#. Acesso em: 27 abr. 2023.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. **A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM**. Vínculo, São Paulo , v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 maio 2023.

FERNANDES, W. J. **Crescimento Mental e Modelos do Processo Grupal. As dificuldades da Comunicação.** In: Grupos e Configurações Vinculares. Porto Alegre: ARTMED Editora, 2003

FERNANDES, Waldemar José. **Reflexões sobre meu trabalho com psiquiatria dinâmica**. Vínculo, São Paulo, v.4, n.4, p.58-69, dez. 2007. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 maio 2023.

FIRBIDA, F. B. G.; VASCONCELOS, M. S.. **A construção do conhecimento na Psicologia: a legitimação da medicalização.** Psicologia Escolar e Educacional, v. 23, p. e016120, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2175-35392019016120

FOUCAULT, Michel. **Aula de 12 de março de 1975**. In: Os anormais: curso no collège de France 1974-1975. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

FURTADO, Rafael Nogueira; CAMILO, Juliana Aparecida de Oliveira. **O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault.** Rev. Subj., Fortaleza , v. 16, n. 3, p. 34-44, dez. 2016 .

GOMES DA SILVA, E. F. S**ofrimento humano e medicalização: considerações para a clínica psicológica**. Psicologia Argumento, [S. l.], v. 35, n. 88, 2017. DOI: 10.7213/psicol.argum.35.88.AO06. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/23392. Acesso em: 24 ago. 2024.

GUARIDO, Renata Lauretti. **"O que não tem remédio, remediado está": medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, University of São Paulo, São Paulo, 2008. doi:10.11606/D.48.2008.tde-16062008-140514. Acesso em: 7 maio 2024.

HOGAN, R. Craig. **Your Eternal Self**. [S. l.]: Greater Reality Publications, 2014. ISBN 978-0980211108.

IGNÁCIO, Vívian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. **A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul**. Psicologia & sociedade, São Paulo, v. 19, p. 88-95, set./dez. 2007.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (org.). **Report of the International Narcotics Control Board for 2016**. [S. l.: s. n.], 2017. Disponível em: https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2016.html. Acesso em: 1 maio 2023.

LOUREIRO, Inês. **Luzes e sombras. Freud e o advento da psicanálise.** In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Teixeira (org.). História da Psicologia: Rumos e Percursos. Rio de Janeiro: Nau Ed., 2006. cap. 22, p. 371-386.

MELO, Daniela Oliveira de; MOURA, Karina. **Você já pensou sobre a medicalização da vida?**. Observatório de Medicamentos e Outras Drogas - UNIFESP. 2020. Disponível em: https://caec.diadema.unifesp.br/obs-med-informes/sccud-pocket-semana-cientifica-e-cultural-da-unifesp-diadema. Acesso em: 1 maio 2023.

MOREIRA, J. DE O.; ROMAGNOLI, R. C.; NEVES, E. DE O.. **O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 27, n. 4, p. 608–621, dez. 2007.

NEMIAH, J. **Foundations of Psychopathology**. New York: Oxford University Press, 1961. p.4.

PALMA, Alexandre; VILAÇA, Murilo Mariano. **Conflitos de interesse na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos.** História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, ed. 3, p. 919-932, jul./set. 2012. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138065008. Acesso em: 16 maio 2023.

PATTO, M. H. S. **O fracasso escolar como objeto de estudo: anotações sobre as características.** Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 65, p. 72–77, 1988. Disponível em: https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/1198. Acesso em: 15 mai. 2024.

PONTE, Carlos Roger Sales da. **ACONSELHAMENTO TERAPÊUTICO E MEDICALIZAÇÃO.** Fenomenologia e Psicologia, v. 3, n. 1, p. 4–11, 3 Dez 2015 Disponível em: https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/4095. Acesso em: 7 maio 2024.

RESENDE, Marina Silveira de. **TRANSTORNOS MENTAIS OU PSICOPATOLOGIA DA VIDA QUOTIDIANA: A QUESTÃO DIAGNÓSTICA NA ATUALIDADE**. Orientador: Roberto Pires Calazans Matos. 2014. 122 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João Del - Rei, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, Ellen Fernanda Gomes da; BARRETO, Carmem. **A tarja preta da medicalização": reflexões para a clínica psicológica.** Rev. NUFEN, Belém , v. 11, n. 1, p. 86-101, abr. 2019 .

SILVA, Lívia Machado; CANAVÊZ, Fernanda. **Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea**. Rev. Subj., Fortaleza , v. 17, n. 3, p. 117-129, dez. 2017 .

SOAR FILHO, E. J. **Psiquiatria e pensamento complexo**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, n. 2, p. 318–326, ago. 2003.

TERRA, M. G. et al.. **Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão**. Escola Anna Nery, v. 10, n. 4, p. 711–717, dez. 2006.

TESSER, C. D. **Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, n. 20, p. 347–362, dez. 2006.

UNIVERSIDADE PAULISTA. **Objetivos do curso de Psicologia**. In: UNIVERSIDADE PAULISTA. Sobre o curso de Psicologia da UNIP. [S. l.], 2024. Disponível em: https://www.unip.br/cursos/graduacao/tradicionais/psicologia.aspx. Acesso em: 30 mar. 2024.

VAN DE STRAAT, Vera; BUFFEL, Veerle; BRACKE, Piet. **Medicalization of Sleep Problems in an Aging Population**: A Longitudinal Cross-National Study of

Medication Use for Sleep Problems in Older European Adults. Journal of aging and health, v. 30, n. 5, p. 816–838, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28553808/. Acesso em: 1 maio 2023.

VAZ, P.. **DO NORMAL AO CONSUMIDOR: CONCEITO DE DOENÇA E MEDICAMENTO NA CONTEMPORANEIDADE**. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, v. 18, n. 1, p. 51–68, jan. 2015.

VELLOSO, Cid. **Medicalização da vida**. In: Conselho Federal de Medicina. [S. l.], 29 nov. 1999. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/artigos/medicalizacao-da-vida/. Acesso em: 1 maio 2023.

ZANGRANDE, HJB; COSTA, AB; AOSANI, TR. **Infância tarja preta: sentidos da medicalização atribuídos por crianças designadas com TDAH / Childhood black stripe: senses of medicalization attributed for children diagnosed with ADHD**. Revista Brasileira de Desenvolvimento , [S. l.] , v. 3, pág. 25317–25336, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n3-302. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/26215. Acesso em: 22 ago. 2024.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; CRUZ, Murilo Galvão Amâncio. **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, p. 721-731, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194. Acesso em: 1 maio. 2023.