



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO

BRUNA MYRLA RIBEIRO FREIRE

**SOFRIMENTO PSÍQUICO E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: um estudo
fenomenológico hermenêutico**

São Luís

2025

BRUNA MYRLA RIBEIRO FREIRE

**SOFRIMENTO PSÍQUICO E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: um estudo
fenomenológico hermenêutico**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão
como requisito parcial para a obtenção do grau de mestra
em Psicologia.

Área: Avaliação e Clínica Psicológica

Orientadora: Prof.^a. Dra. Dayse Marinho Martins.

São Luís

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Myrla Ribeiro Freire, Bruna.

Sofrimento psíquico e medicalização da vida : um estudo fenomenológico hermenêutico / Bruna Myrla Ribeiro Freire.

- 2025.

83 p.

Orientador(a): Dayse Marinho Martins.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2025.

1. Sofrimento. 2. Medicalização. 3. Psicologia Clínica. 4. Saúde Mental. 5. Fenomenologia. I. Marinho Martins, Dayse. II. Título.

BRUNA MYRLA RIBEIRO FREIRE

SOFRIMENTO PSÍQUICO E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: um estudo
fenomenológico hermenêutico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em
Psicologia da Universidade Federal do Maranhão como
requisito parcial para a obtenção do grau de mestra em
Psicologia.

Aprovado em: 01/07/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Dayse Marinho Martins (Orientadora)
Doutora em Políticas Públicas e Doutora em História pela Universidade Federal do
Maranhão

Prof. Dr. Carlos Wellington Soares Martins
Doutor em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ezequias Rodrigues Pestana
Doutor em Biotecnologia
Universidade Ceuma (Uniceuma)

Prof. Dr. Carlos Santos Leal - SUPLENTE
Doutor em Educação, Arte e História da Cultura
Universidade Presbiteriana Mackenzie

A todos aqueles que encontraram, na profundidade de seu processo terapêutico, o valor do que se é e se sente.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui não foi um percurso linear, tampouco simples. A construção desta dissertação foi atravessada por dúvidas, descobertas, pausas, recomeços e muitas ressignificações. Por isso, esse caminho, feito de tantos altos e baixos, me faz ter ainda mais consciência de que nada disso seria possível sem as pessoas que caminharam comigo, me apoiaram, me acolheram e me fortaleceram de diferentes maneiras. Este trabalho é, sem dúvida, fruto de uma rede de afetos, de parcerias e de aprendizados que se construíram ao longo desse processo.

À minha mãe, fonte inesgotável de incentivo e amor.

Ao meu pai, pelos olhos tão orgulhosos, que me faziam querer conseguir.

Aos meus avós, pelos almoços de domingo e ternura de uma vida inteira.

Ao meu namorado, pela disponibilidade de carinho e tempo no nosso dia a dia.

À minha terapeuta, Sabrina Sales, pela companhia no meu processo de gestar esta dissertação (e novos jeitos de ser Bruna).

Aos queridos amigos que a UFMA me apresentou, pelas trocas, mesmo que por WhatsApp: Talita, Sofia, Ramon, Gabriel e Marcos.

Aos queridos amigos de sempre, por serem inspiradores para mim na pesquisa e na vida: Ruan, Rodolfo, Rômulo, Maysa, Thaynã e Jean.

À minha orientadora, Dra. Dayse Marinho, minha mais sincera gratidão por ter me ajudado a concluir esse ciclo tão árduo, acreditando no meu processo de escrita.

Ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMA e a todos os professores, pela acolhida e partilha agregadora.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à própria imperfeição da existência, que me atravessou e me fez viver o mestrado de um modo muito diferente do que um dia imaginei. Um caminho, por vezes, dolorido, cheio de incertezas e desvios, mas que hoje reconheço como singular, próprio, profundamente meu... e, justamente por isso, perfeito na sua imperfeição.

"Não tem essa pessoa que passe a vida sem sofrer.
Eu acho o sofrimento importantíssimo.
Porque ele é condição de consciência, de mais consciência.
Então uma pessoa que não sofre é um fenômeno;
eu acho que tem de ser observado porquê, né?
Porque nós todos temos motivos de sofrimento,
porque é a finitude da vida, a nossa precariedade,
nós envelhecemos, adoecemos, morremos,
temos amor, temos ódio, esperança,
temos desconfortos físicos,
desconfortos morais, né?, filosóficos...
então tudo isso é sofrimento.
Eu acho que uma das coisas mais importantes
na vida de uma pessoa é encarar o sofrimento (...)"

Adélia Prado, em entrevista ao "Roda Viva"

RESUMO

Oriundo das vicissitudes da existência, das relações interpessoais, das perdas ou da complexidade que atravessa as experiências humanas, o sofrimento mostra-se como uma dimensão particular, inerente e essencial ao sujeito. Diferentes perspectivas em diversos campos de saber reconheceram tal aspecto e buscaram aproximar-se de compreensões sobre o mesmo, estando a psicologia ancorada neste enquanto objeto de estudo, intervenção e cuidado. A atualidade, marcada por um estilo de vida acelerado, pela liquidez das relações e por imperativos de felicidade e sucesso, enseja um modo peculiar de enxergar tal aspecto, trazendo a cena enlaces entre o sofrimento e processos de medicalização da vida. Com isso, diferentes questionamentos apresentam-se ao campo científico em torno da presente discussão, sendo uma inquietação aqui presente enquanto problema de pesquisa a seguinte pergunta: de quais modos o processo de medicalização da vida tem sido relatado por psicoterapeutas na produção em Psicologia no Brasil? Objetiva-se com esse trabalho perceber os modos de enunciação da medicalização a partir da experiência de pesquisa de outros profissionais da psicologia no Brasil. Para isso, a pesquisa apresenta-se como um estudo qualitativo do tipo revisão bibliográfica narrativa com articulação com o referencial fenomenológico hermenêutico. Contou com a análise de quatro artigos de onde emergiram três categorias de sentido, sendo elas: Medicalização e saber biomédico: medicar como centro do cuidado; A escuta e outras ferramentas de cuidado e Sofrimento Psíquico e Medicalização no cenário de Pandemia COVID-19. A pesquisa denunciou que ainda há uma forte centralidade na prescrição medicamentosa como resposta ao sofrimento psíquico, inclusive no período pandêmico, revelando uma lógica biomédica que tende a silenciar a complexidade das experiências subjetivas. Esse cenário evidencia o quanto é urgente fortalecer o lugar da psicologia como uma prática comprometida com a escuta sensível e ética do sofrimento, reconhecendo-o em sua singularidade e historicidade. Aspira-se que através dessa dissertação haja uma contribuição nos tensionamentos de discursos hegemônicos, promovendo uma clínica que vá além da normatização dos modos de existir e que afirme o cuidado como encontro e não apenas como intervenção.

Palavras-chave: Sofrimento psíquico. Medicalização. Psicoterapia.

ABSTRACT

Emerging from the vicissitudes of existence, interpersonal relationships, loss, and the complexity that permeates human experiences, suffering appears as a particular, inherent, and essential dimension of the subject. Various perspectives across multiple fields of knowledge have recognized this aspect and sought to understand it, with psychology being grounded in suffering as an object of study, intervention, and care. In contemporary times, marked by an accelerated lifestyle, fluid relationships, and imperatives of happiness and success, this dimension is viewed through a peculiar lens, bringing to light the entanglements between suffering and processes of the medicalization of life. Within this context, several questions arise in the scientific field. The present study is guided by the following research question: in what ways has the process of medicalizing life been reported by psychotherapists in Brazilian psychological literature? This dissertation aims to identify how medicalization is addressed through the research experiences of other psychology professionals in Brazil. The study is a qualitative narrative literature review, articulated with a hermeneutic-phenomenological framework. Four articles were analyzed, from which three thematic categories emerged: Medicalization and biomedical knowledge: medication as the center of care; Listening and other tools of care; and Psychic suffering and medicalization in the context of the COVID-19 pandemic. The findings reveal a persistent centrality of pharmacological prescriptions as a response to psychic suffering, even during the pandemic, highlighting a biomedical logic that tends to silence the complexity of subjective experiences. This scenario underscores the urgent need to strengthen psychology as a practice committed to the sensitive and ethical listening of suffering, recognizing it in its uniqueness and historicity. It is hoped that this dissertation contributes to challenging hegemonic discourses and promotes a clinical approach that goes beyond the normalization of ways of existing, affirming care as an encounter rather than mere intervention.

Keywords: Psychic suffering. Medicalization. Psychotherapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Rituais religiosos como forma de cura medieval	21
Figura 2 – Desenho “ <i>Homem Vitruviano</i> ”	23
Figura 3 – <i>Post</i> da influenciadora Virgínia Fonseca.....	26
Figura 4 – <i>Post</i> motivacional do perfil @motivacao24h.....	27
Figura 5 – Charge em referência à Revolta da Vacina.....	32
Figura 6 – <i>Qr-code</i> para acesso ao curta-metragem “ <i>Happiness</i> ”	33
Figura 7 – Imagens curta-metragem “ <i>Happiness</i>	34
Figura 8 – Tirinha sobre a medicalização da vida.....	35
Figura 9 – Diagrama do percurso metodológico de seleção dos textos.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LAPFES Laboratório de Estudos em Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade

PPGPSI - UFMA Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do
Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM PANORAMA INTRODUTÓRIO.....	19
2.1 Sofrimento Psíquico: conceitos e entendimentos.....	20
2.2 O sujeito na atualidade: negação do sofrimento psíquico.....	25
3 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: PERCEPÇÕES E REFLEXÕES.....	30
3.1 A medicalização como um fenômeno social	31
3.2 Medicalização e escuta: implicações e desafios.....	36
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA E CATEGORIAS DE SENTIDO: DISCUSSÕES E COMPREENSÕES.....	42
4.1 Medicalização e saber biomédico: medicar como centro do cuidado.....	49
4.2 A escuta e outras ferramentas de cuidado.....	56
4.3 Sofrimento Psíquico e Medicalização no cenário de Pandemia COVID-19...	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	74

1 INTRODUÇÃO

Belchior, cantor, poeta e compositor cearense, traz em uma de suas canções uma frase que enseja o pontapé inicial para os debates desse trabalho: “eu sou pessoa e a palavra pessoa hoje não soa bem, pouco me importa”. Esse trecho provoca uma reflexão sobre o distanciamento que tem ocorrido em relação a nossa própria humanidade, em um mundo, apresentado por BAUMAN (1999) como cenário da liquidez, rapidez e desumanização nas relações, inclusive com nós mesmos. Tal desconexão levou-me a questionar: temos esquecido o que nos torna humanos? A sensibilidade, as emoções, a capacidade de nos reconhecermos em nossas escolhas e o sofrimento têm sido silenciados pela objetificação e pela pressa de rotinas exaustivas.

Percebe-se, portanto diversos modos de olhar para o homem, no contexto contemporâneo, segundo Basoli e Benelli (2019) e Silva (2022) este já não é mais visto como pessoa inteira, ou seja, no seu lugar de sujeito, e sim a partir de uma fragmentação, onde é reduzido a partes isoladas: seja através do corpo que passa a ser visto como máquina que deve ser otimizada, seja através das emoções, que passam a ser traços que podem ser reparados ou através dos pensamentos, passíveis de serem controlados, perdendo, assim, a unidade que o define como sujeito. Com isso, em vez de ser compreendido em sua complexidade, o homem (**a pessoa**, como disse Belchior) tem sido frequentemente deslocado para o lugar de objeto, marcado por atribuições ou resultados que te tornam uma peça funcional, adaptada as exigências do mundo contemporâneo.

Sociólogos importantes da contemporaneidade como Gilles Lipovetsky e Zygmund Bauman sugerem compreensões sobre o contexto contemporâneo e as características que endossam a desumanização aqui apresentada. Segundo Bauman (2003) a atualidade enseja um período de intensa vida líquida que, pela velocidade em que se impõe a ser vivenciada, acaba por esvaziar a experiência humana. Nessa lógica, tudo é transitório, efêmero e descartável, incluindo as relações interpessoais e com nós mesmos, o que nos empurra para um modo de vida que prioriza o ter e o consumir ao invés do ser e do sentir. Tal contexto acaba por transformar toda a realidade em instrumento de consumo e, com isso, galgar o entendimento de que seriam os produtos a promessa de resolutividade, felicidade e saúde.

Assim, estando esta, imersa, como menciona Dantas (2014) em um cenário de intensa despotencialização do sofrimento e sob a égide de uma forte intolerância a qualquer mal-estar que lembre a indeterminação da condição humana, a pessoa passa a

ser reduzida a objeto que se encaixa ao fluxo do consumo, da produtividade e da aparência, o que desvaloriza o que é mais transformador na experiência humana: o contato (com o outro e com nós mesmos). No intuito de acompanhar o ritmo acelerado e os imperativos de bem-estar e sucesso, acabamos por exilar o sofrimento aos esconderijos do silêncio, tratando-o como algo que pode ser rapidamente resolvido ou apagado ao invés de compreendido e cuidado.

Esse afastamento acaba por privar-nos da oportunidade de enxergarmos o sofrimento como parte inerente a condição humana e elemento agregador de experiência, aprendizado e ferramentas de enfrentamento. Ao evitarmos o contato com nossos sentimentos e limitações, de fato deixamos de encontrar nossas dores, o que pode ser, em certa medida, a evitação de um desconforto, mas perdemos também de descobrir a nossa capacidade de passar por elas, apropriando-se da nossa humanidade.

Diversos são os modos de afastamento do sofrimento e de busca por alívio imediato e fuga das emoções desagradáveis. O consumo exacerbado, seja de bens materiais, entretenimento ou informações, oferece distrações que mascaram, momentaneamente, o vazio existencial. Além disso, o uso indiscriminado das redes sociais cria uma realidade artificial de felicidade e perfeição, onde o sofrimento é invisibilizado ou minimizado. E por fim, a medicalização excessiva de emoções e comportamentos transforma sentimentos legítimos em problemas a serem corrigidos, retirando a oportunidade de compreender o sofrimento como parte da vida.

Nesse cenário, a temática da medicalização tem sido debatida em diferentes campos de reflexão nos últimos anos e, segundo Prates e Garcia (2021), começou a ganhar uma conotação de crítica a partir dos anos 60. Tal fenômeno consiste, segundo Azevedo (2019) de uma forma geral, na transformação de questões sociais e/ou subjetivas em aspectos do campo médico e da perspectiva biologizante, onde ocorre uma objetivação de sintomas e a utilização de medicamentos como base para o tratamento dos sofrimentos humanos. Assim, em consonância com a amplitude de tal processo, Rocha e colaboradores (2019, p. 397) alertam para a prerrogativa de que “a medicalização não seria somente o uso de medicamentos, mas, uma forma de controle da vida das pessoas e da sociedade”, ou seja, ela é também um processo simbólico que promove uma desumanização através do entorpecimento do sentir.

Na lógica medicalizante as emoções desagradáveis passam a ser vistas como desvios ou sintomas que podem ser consertados ou reparados e não como componente integrante da experiência humana. Isso acaba transformando o sofrimento e os

sentimentos em uma disfunção a ser corrigida ou eliminada, desconsiderando o seu potencial de ensinar, transformar e conectar o indivíduo (a pessoa) consigo mesmo e com o mundo. Ao fomentar o silenciamento das emoções, a medicalização contribui para uma tentativa de apagamento do sentir a qualquer custo e, em consequência, para um afastamento da subjetividade e da possibilidade de experimentação da vida em sua totalidade.

Em diálogo com o exposto, vale expor o uso imoderado de medicamento como a materialização mais concreta do processo aqui mencionado, assim, faz-se importante debruçar-se sobre tal efeito na sociedade atual. O aumento, percebido no cotidiano em espaços partilhados pela autora, do número de pessoas que apresentam o comportamento de automedicar-se pode ilustrar a tentativa contemporânea de busca por soluções rápidas e objetivas para os percalços, desafios e sofrimentos ordinários.

Pessoalmente, tais debates apresentaram-se em minha prática ainda na graduação, quando, atuando na modalidade de psicoterapia e de plantão psicológico, percebia, cotidianamente, a presença de uma busca por tais soluções diante do sofrimento psíquico. Isso me levava a alguns questionamentos a respeito do lugar da escuta psicológica em um contexto social de intensa convocação à resolutividade e ideais de felicidade. Fazia-se presente nos atendimentos uma centralidade na busca por prescrições e/ou indicações de medicamentos, em uma tentativa de amenizar ou diminuir alguns desconfortos. Tal aspecto apresentava-se como um desafio para o meu lugar de estudante e, posteriormente, psicoterapeuta que ali buscava fomentar um espaço que ofertasse um caminho alternativo: um encontro com os questionamentos, os desconfortos subjacentes à vida e as adversidades latentes à condição humana.

Com isso, inúmeras inquietações em relação a atuação neste âmbito construíram-se. Em diálogo com Freitas e Amarante (2015), que discorrem sobre as inúmeras experiências humanas que podem ser convertidas em doenças mentais e resgatando Azevedo (2019, p.3) que fortalece a ideia de que “os desconfortos provenientes da existência humana, tem sido frequentemente nomeados como transtornos associados às disfunções cerebrais”, enuncia-se uma problemática para o cuidado em saúde mental que busca construir um percurso que vai na contramão desse fenômeno social.

Observa-se, nesse cenário, o aparecimento de uma centralidade na prescrição e utilização de medicamentos como potencial de cuidado e ação no campo da saúde. Pergunto-me, então, sobre o lugar da psicologia clínica e, mais especificamente, da psicoterapia nesse contexto envolvo pelo fenômeno apresentado e no possível

entrelaçamento entre as demandas endereçadas à atendimento psicoterápico e a cultura de medicalização da vida. Isso porque o trabalho com o acolhimento da angústia e a elaboração do sofrimento não atende aos aspectos contemporâneos de liquidez, o que pode apresentar-se como um desafio para os profissionais que escolhem habitar e lapidar outros modos de cuidado da experiência humana.

Penso que o processo em psicoterapia deve ser um convite a humanização e a uma conexão com as emoções, possibilitando ressignificação de vivências e modos alternativos de lidar com o sofrimento. Assim, abrir espaço para o sentir é essencial, pois permite que **a pessoa** valide e acolha suas emoções, ao invés de reprimi-las, negá-las ou silenciá-las. Desse modo, esse processo envolve apenas enfrentar os desconfortos, mas construir um espaço de escuta empática e de segurança, capaz de permitir que seja possível voltar a tomar posse do nosso lugar de sujeito, o que significa resgatar vivências, desejos, necessidades, limites, valores, autonomia e identidade.

Nesse horizonte de debate onde mostra-se como fenômeno de reflexão a constante patologização do sofrimento (MEIRA; CASTRO; PAES, 2023) e suas reverberações no cuidado em âmbito de psicoterapia, proponho o seguinte problema de pesquisa para esse trabalho: de quais modos o processo de medicalização da vida tem sido relatado por psicoterapeutas na produção em Psicologia no Brasil? Objetivo com esse trabalho perceber os modos de enunciação da medicalização a partir da experiência de pesquisa de outros profissionais da psicologia no Brasil. Para isso, realizo levantamento bibliográfico da produção científica dos últimos 5 anos, analisando e interpretando as principais perspectivas presentes nos textos. A partir disso, apresento as diferentes experiências colhidas e discuto as aproximações e os distanciamentos dos sentidos colhidos a uma leitura crítica sobre o fenômeno da medicalização da vida.

O percurso metodológico para a construção do presente trabalho foi marcado pelo método fenomenológico hermenêutico, proposto por Heidegger (1927) em sua analítica existencial. Isso por conta da minha aproximação com essa perspectiva desde a graduação, onde fiz parte de um laboratório de estudos, pesquisa e extensão voltado para o aprofundamento na fenomenologia existencial e em temáticas contemporâneas – LAFES (Laboratório de Estudos em Psicoterapia, Fenomenologia e Sociedade). Desse modo, a fenomenologia apresentou-se como uma possibilidade de ampliação da compreensão sobre os fenômenos vividos, sem a intenção de sobrepor-se a outras formas de pensamento, mas como alternativa para aprofundar concepções sobre as mesmas. Esse aprofundamento se dá com uma postura de estranhamento diante dos fatos, o que me faz

questionar o aparecimento e o fortalecimento da medicalização da vida como um modo de chegar a compreensões mais pessoais e atravessadas pelo mundo vivido de outros pesquisadores/psicólogos. Essa possibilidade de aproximação com a fenomenologia, me coloca enquanto pesquisadora em um lugar de implicação para com o objeto pesquisado, visto que tal método não propõe-se neutro, ainda que fomente a suspensão de pré-julgamentos – epoché (Assis, 2018).

Desse modo, em diálogo com Frota (2010), como ser imerso no mundo e em jogo nas vivências, como pesquisadora e pessoa, trago comigo diferentes tipos de pré-entendimentos acerca do fenômeno estudado, o que me impulsiona a investigar sobre essa temática. Essa investigação parte de uma tentativa de endossar a construção de uma escuta psicológica mais atenta à criação de diagnósticos e a invalidação do sofrimento como fonte de humanização e aprendizado. A escolha pela revisão bibliográfica do tipo narrativa deu-se como facilitadora do acesso as narrativas presentes dos textos obtidos, para que, assim, fosse possível a construção de diálogo crítico entre as obras e o desvelamento dos sentidos e compreensões acerca do objeto nos diferentes textos e realidades.

No intuito de organizar o debate pretendido nesse texto, esse escrito segue uma trilha de construção dividida em três seções expositivas. A primeira delas, intitulada *“Sofrimento Psíquico: um panorama introdutório”*, apresenta conceitos e entendimentos sobre a compreensão do sofrimento psíquico ao longo dos anos, com ênfase nas mudanças surgidas a partir da modernidade que se fortalecem na atualidade. Tal exposição é realizada de modo dinâmico, através do diálogo com a literatura, pinturas e quadros com diferentes representações sobre o sofrimento psíquico. Além disso, debate aspectos contemporâneos que dificultam o acolhimento de tal nuance como consequência do estilo de vida acelerado e do afastamento das emoções presentes no momento atual. Nesse cenário, ilustro o debate com informações extraídas de redes sociais e curtas-metragens que exemplificam as discussões teóricas. Com base nesse panorama, proponho expor brevemente o horizonte histórico em que o fenômeno da medicalização desponta como possibilidade, para discuti-lo em seguida de modo contextualizado.

A seção seguinte, *“Medicalização da vida: percepções e reflexões”*, expõe o fenômeno da medicalização como um processo social endossado pelas características contemporâneas e com repercussões nos modos de compreender o sofrimento atrelado a centralidade da racionalidade biomédica. Além disso, expõe os desafios desse processo em relação ao cuidado em saúde mental, provocando questionamentos acerca do lugar da

escuta psicológica em meio a lógica medicalizante. Pretende-se com essa discussão, problematizar o discurso patologizante traçando rotas alternativas ao mesmo por meio da humanização, da reflexão e da criticidade.

Por fim, a terceira seção apresenta o percurso da pesquisa, bem como as categorias de sentido que se enunciaram ao longo do processo, sendo estas: *“Medicalização e saber biomédico: medicar como centro do cuidado”*; *“A escuta e outras ferramentas de cuidado”* e *“Sofrimento Psíquico e Medicalização no cenário de Pandemia COVID-19”*. Na mesma, exponho os aspectos obtidos, evidenciando as lacunas e propondo ampliações em relação a temática estudada.

De modo geral, pretendo com essa dissertação fortalecer os debates sobre medicalização da vida e suas reverberações na atuação do psicólogo, afim de fortalecer uma psicologia clínica reflexiva ao acolhimento do sofrimento humano e capaz de criar rotas de escape e respiro à constante intolerância ao sentir disseminada na atualidade. Não proponho, em nenhum momento, uma negativa ao uso de fármacos ou uma invalidação das intervenções medicamentosas no cuidado em saúde mental, mas um olhar criterioso e questionador frente ao afastamento e ao entorpecimento de experiências inerentes a condição humana. Ao não negar a importância dos avanços mencionados, pretendo, por fim, encorajar (principalmente a mim mesma) a construção de um olhar conjunto, que encontre no diálogo e na troca profissional a potência concreta do cuidado.

2 SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM PANORAMA INTRODUTÓRIO

Articular as diferentes formas de olhar para o sofrimento psíquico ao longo dos anos torna-se urgente para a compreensão do homem como ser marcado pelo seu horizonte cultural e social. Nesse diálogo, Heidegger (1927) percebe o homem, como ser histórico, de modo que não há, assim, uma natureza, e sim uma construção a partir de condições históricas que possibilitam e condicionam os sentidos de todas as experiências humanas (CASANOVA, 2015). Desse modo, o existir é vivenciado como uma conexão viva, ou seja, mesmo no plano mais singular das experiências pessoais, a subjetividade se faz de modo contextualizado (*ser-no-mundo*).

Nesse cenário, os fenômenos humanos apresentam-se variáveis ao longo do tempo. O que distancia as experiências de um lugar estático e explicativo, presos em conceituações fechadas, e as aproxima de recortes interpretativos que conectam as vivências com os sentidos do mundo. Furtado e Szapiro (2018) apresentam a importância de enxergar a experiência humana não como algo dado e imutável, mas como produto das diferentes transformações promovidas pela ação dos sujeitos ao longo da história. Desse modo, considerar os aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos que atravessaram as transformações nos modos de perceber-se e relacionar-se ao longo do tempo, torna-se ponto primordial no entendimento das reverberações subjetivas do olhar para o sofrimento.

No caso do sofrimento psíquico, diferentes povos e culturas buscaram a elucidação do que seria e de como se daria tal experiência, como elucidado no levantamento exploratório presente na primeira parte desse texto. O sofrimento passou por diversas transformações no modo de ser compreendido, desde a aceitação do mesmo como desordem e ameaça até a tentativa contemporânea de negação através dos discursos de alta performance, bem estar e felicidade.

Essa seção pretende apresentar, algumas das visões e dos entendimentos endereçados ao sofrimento ao longo da história de modo dialogado com a arte, a literatura e as redes sociais. Isso porque compreende-se que tais produções espelham o modo de experienciar e conceber tal aspecto no momento em que foi produzido. No primeiro momento do texto, explana-se sobre entendimentos existentes antes do período moderno, enquanto que no segundo é construído um debate sobre o processo de negação do sofrimento do contemporâneo.

2.1 Sofrimento Psíquico: conceitos e entendimentos

Nas práticas dos povos antigos, na religião ou na ciência moderna, muito dedicou-se à explicação ou nomeação do sofrimento humano. Sendo a dor reflexo de poderes sobre-humanos, castigo, possessão, mal de amor ou desgosto, o sofrimento costumava ser apresentado como instância da qual os homens eram vítimas e deveriam se proteger por meio de simbolismos mágicos. Tal aspecto dialoga com o entendimento de que em cada época e em cada sociedade são instituídas formas de pensamentos, condutas e ações apresentadas como esperadas, o que exige dos indivíduos a adaptação às mudanças sociais de cada período. Batista (2018) traz em seu texto “*A Saúde Mental e o Cuidado à Pessoa em Sofrimento Psíquico na História da Loucura*” a seguinte exposição:

Ao se remeter à história da loucura, vê-se que na Antiguidade os insanos eram pessoas valorizadas pela sociedade. Os seus comportamentos diferentes eram considerados um grande atributo para se comunicarem com as divindades, o que lhes conferia grande valor social e ao mesmo tempo lhes dispensava algum tipo de cuidado. Já na baixa Idade Média, em razão do domínio da Igreja, a doença mental estava associada aos dogmas religiosos. A família compreendia a loucura como uma doença mandada por Deus, e o louco vivia normalmente com os demais membros. (BATISTA, 2018, p.3).

O exposto aponta para a compreensão de que o sofrimento era entendido dentro de perspectivas plurais, sendo estas filosóficas, religiosas e culturais, e associado a experiências pessoais e coletivas. Embora existissem práticas de cunho punitivo, também existia a ideia de que o sofrimento fazia parte da condição humana e poderia ter um significado existencial. Para os gregos, por exemplo, as emoções e perturbações da mente estavam ligadas tanto ao equilíbrio dos humores corporais, como propunha Hipócrates com sua teoria dos quatro humores, quanto a dimensões éticas e existenciais. Platão relacionava a loucura ao desequilíbrio dos componentes da psique. Enquanto que na visão medieval o olhar sobre o sofrimento psíquico foi fortemente influenciado pelo cristianismo, que o interpretava muitas vezes como uma provação, um castigo divino ou uma oportunidade de purificação espiritual (CECCARELLI, 2005). Assim, havia uma compreensão do sofrimento não apenas como um problema a ser eliminado, mas como uma experiência humana a ser integrada e elaborada.

Nessas épocas, o sofrimento não era visto apenas como uma disfunção individual, mas como algo inserido em um contexto comunitário, onde a dor podia ter um propósito e um significado dentro do contexto vivido. Isso colocava a experiência de sentir em uma

teia maior de significados ligado ao contexto sociocultural, assim, a dor não era vista apenas como um problema a ser resolvido, mas como algo que conectava o indivíduo a um propósito maior, seja na experiência do martírio, seja no sofrimento como forma de expiação dos pecados, o que fazia com que a organização comunitária e o senso de pertencimento social fossem ferramentas para lidar com o sofrimento.

Figura 1 – Rituais religiosos como forma de cura medieval



Fonte: Elaborada pela autora.

Matias (2015, p. 18) sugere como compreensão de intervenções no período medieval como as ilustradas nas figuras que:

na terapêutica, inúmeros produtos eram utilizados, essencialmente vegetais e, de uma maneira geral, obedecia-se às ideias de Hipócrates referentes ao humorismo clássico. A — mística tinha muita importância. Acreditava-se que os diferentes procedimentos simbólicos eram eficientes, não só no uso isolado, como também na preparação de medicamentos.

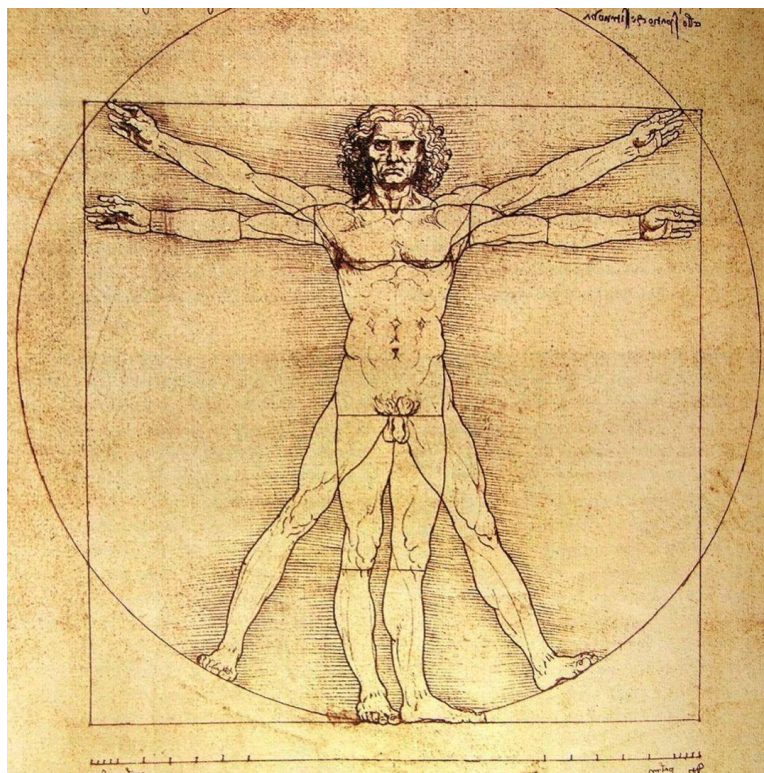
Nota-se, portanto, que tanto em processos de orações como de sangrias para a correção dos humores, monges, religiosos e pessoas de referência ofereciam espaços de acolhimento e cuidado, onde aqueles que sofriam não eram simplesmente isolados, mas inseridos em rituais, orações e formas coletivas de enfrentamento do sofrimento.

Tais entendimentos, passaram por transformações significativas frente a chegada da Idade Moderna e com ela a centralidade do saber científico. Com o Renascimento e, posteriormente, o avanço da racionalidade biomédica nos séculos XVII e XVIII, a compreensão acerca do sofrimento passou a sofrer reverberações de um momento histórico que acreditava em um mundo regido por leis naturais que poderiam ser conhecidas e manipuladas pela ciência. Assim, o sofrimento psíquico, que antes era compreendido dentro de um contexto espiritual e social, passou a ser interpretado como uma anomalia individual, um desvio da norma que precisava ser corrigido, o que se consolidou com o Iluminismo e o nascimento da psiquiatria e da psicopatologia como um campo do saber médico (PEREIRA; LABATE, 1998).

O pensamento moderno, com seu foco na razão, na ordem e na explicação dos processos humanos gestou uma ideia de homem com um corpo matematicamente perfeito e equilibrado, como representa a famosa imagem do “*Homem Vitruviano*” desenhada em 1480 por Leonardo da Vinci. Esse desenho renascentista, inspirado em proporções do corpo humano, simboliza a busca por perfeição e universalidade na figura humana. Apesar dos aspectos da imagem serem desenvolvidas para o entendimento corporal, simbolicamente isso acessou outras instancias do que se esperava do homem moderno.

Em outras dimensões, ensejou-se uma busca por enquadrar a subjetividade dentro de um modelo racional, onde a mente deve operar de maneira previsível e eficiente. Esse entendimento influenciou o fortalecimento da psiquiatria e da ideia de que emoções intensas, angústias e crises existenciais não são parte da experiência humana, mas falhas que precisam ser ajustadas para que o sujeito se torne funcional dentro dessa nova sociedade. Assim, “o projeto racional proporciona um acúmulo de conhecimento, teorias e métodos, que vão exigindo separações, tratamentos diferenciados, posturas específicas” (ARAÚJO, 2006, p. 132).

Figura 2 – Desenho “Homem Vitruviano”



Fonte: Elaborada pela autora.

O “*Homem Vitruviano*” pode ser lido como um ícone não apenas do Renascimento, mas da própria concepção moderna do sujeito: um indivíduo que deve ser compreendido, medido e normalizado, muitas vezes à custa da singularidade e do silenciamento das emoções. Isso aponta para mudanças profundas no modo de assimilar a sofrimento na modernidade. Se antes a dor mental fazia parte de uma rede de significados compartilhados, agora ela se tornou um problema técnico, um erro que deveria ser corrigido por especialistas. Isso restringiu a compreensão do sofrimento a um fenômeno biológico, muitas vezes desconsiderando os aspectos vivenciais, históricos e sociais que o constituem, apreendendo-o dentro de uma explicação que ganhará nomenclaturas e explicações no discurso médico (AGUIAR, 2016).

Nesse interim, a modernidade não apenas transformou a forma de tratar o sofrimento psíquico, mas também redefiniu o modo como ele era sentido e narrado pelos próprios sujeitos, que passaram a se perceber como portadores de transtornos, e não mais como parte de uma ordem simbólica e coletiva. Os autores Meira; Castro; Paes (2023, p. 234) ilustram tal reflexão a partir da seguinte ideia:

a tristeza não é vista como sentimento de “algo triste”, é interpretada como depressão, relacionada como doença, conforme é exposto por livros, sites e comentários das pessoas. Situações que são relacionadas a questões sociais, passando a possuírem nomenclaturas biológica/patológica, encaixando essas pessoas em diversos tratamentos “curativos”, “milagrosos” e “inovadores”. Desconsiderando sua totalidade, sua existência propriamente dita.

Esse ideal de homem, ao longo dos séculos, reforçou a tendência de medicalizar o sofrimento, encolhendo a complexidade humana a diagnósticos e tratamentos que priorizam a adaptação ao sistema, em vez da reflexão e da transformação pessoal. Isso porque a prerrogativa principal da modernidade era a manutenção da funcionalidade desse homem, mantendo-o produtivo e capaz de fazer girar as novas engrenagens do sistema econômico vigente. A psiquiatria consolidou essa visão, transformando a dor emocional em um objeto de estudo científico e, posteriormente, em uma questão farmacológica, na qual os sintomas passaram a ser controlados por medicações, a cada dia mais produzidas pela indústria farmacêutica. Percebe-se, com isso, o quanto esse sistema construiu uma subjetividade voltada para a ordem, a estabilidade e a adaptação social, em detrimento de uma conexão com os significados do sofrimento e das experiências humanas.

Acompanhando o decurso do tempo e em diálogo com Lypovetsky (2007) nota-se que temos vivenciado o ponto extremo da modernidade, onde os imperativos de produtividade, funcionalidade e perfeição ganham ainda mais força. Nesse sentido, o homem hipermoderno vivencia o paradoxo entre a liberdade absoluta para ser quem se é e a prisão em altas expectativas de produtividade e performance. O sofrimento ganha nesse contexto novas camadas e nuances contextualizadas por Lemos e Freire (2011, p. 309):

O espetáculo de imagens ofertado pela sociedade captura as angústias e os desejos, de modo que a vida psíquica do homem moderno se situa no intervalo entre os sintomas somáticos e a transformação de seus desejos em imagens. O mundo desse homem satisfeito com “pílulas e telas” está permeado de dificuldades relacionais e sexuais, “somatizações” de toda ordem e uma quase total impossibilidade de expressão do mal-estar, estando sua linguagem revestida por uma camada de artificialização, sentida como vazia e robotizada.

Destarte, a hipermodernidade, como nomeada por Lypovetsky, é marcada pelo excesso, pela aceleração e pela intensificação dos valores modernos, tornando o sofrimento psíquico algo ainda menos tolerável. As cobranças para se chegar ao lugar de homem independente, bem-sucedido e equilibrado fortalecem a busca por ferramentas práticas e rápidas para que seja possível atender as exigências do mundo (Lemos e Freire,

2011). Assim, o que teve início na modernidade com processos de normalização do indivíduo, explode na contemporaneidade como uma necessidade desenfreada por alívio imediato, apagando a possibilidade de uma escuta que compreenda o sofrimento para além de sua supressão.

2.2 O sujeito na atualidade: a negação do sofrimento psíquico

A era moderna, atravessada pelos avanços industriais, a urbanização acelerada e os paradigmas científicos emergentes, foi caracterizada por Gatti (2023) como a era da racionalidade, a qual deveria fundamentar não só o conhecimento científico, como as relações sociais, as relações de trabalho, a vida social, a própria arte, a ética, a moral. Tal aspecto alcança no contemporâneo uma complexificação das dinâmicas sociais e uma radicalidade das narrativas de liberdade e racionalidade que definiam a modernidade. Nesse novo cenário, o homem, antes amparado pelas prerrogativas de estabilidade e segurança, encontra-se à deriva diante da efemeridade e das incertezas presentes na atualidade.

A crise, que outrora era constituinte do paradigma humano, agora se torna um paradigma vivencial, neurótico, volátil, institucional da própria existência humana. A crise tornou-se líquida. A identidade se liquefez. O mundo tornou-se líquido, flutuante num mar inconsistente, sem âncora, volátil e passageiro. Não há mais onde firmar os pés e até mesmo o chão da vida tornou-se areia movediça que engole aqueles que nele tentam se firmar. É um mundo de caos, de dramas, de frustrações, um mundo sem chão (KOTZ; PINEHIRO, 2020. p. 5).

Essa mudança ocorre a medida em que o homem moderno, que renunciou a seus instintos em troca de seguridade e resguardo, torna-se capturado pelos novos discursos de liberdade, positividade e eficiência. Byung-Chul Han (2017) propõe que na atualidade o indivíduo é impulsionado a se autogerir, buscar produtividade incessante e superar limites continuamente, o que substitui o controle externo pela autoexploração e fomenta a interpretação do sofrimento como resultado de uma falha individual. Nesse contexto, a cultura do desempenho exige que as pessoas se mostrem sempre resilientes e produtivas, enquanto qualquer expressão de vulnerabilidade ou limitação é interpretada como fracasso.

Vivemos, desse modo, em um contexto atravessado pela intensa rapidez na evolução tecnológica, pelas altas exigências e pelos impactos de um estilo de vida acelerado. Referindo-se ao autor Zygmunt Bauman e ao que o mesmo apresenta em seu livro *Tempos Líquidos* (2007), a atualidade marca uma mudança de tempo onde imperam

características como instabilidade e transformação. As profundas mudanças culturais, sociais e tecnológicas que despontam no desenrolar da modernidade até os dias atuais reverberam no olhar para o sofrimento, a medida em que segundo Batista (2018), com o declínio da soberania religiosa, o mesmo passa a ser visto como traço indesejável e segregador.

Isso porque o ritmo célere e as inúmeras distrações e obrigações presentes no cotidiano, podem levar os sujeitos a suprimirem ou ignorarem suas emoções e angústias, o que afasta o sofrimento de uma instância natural e inserida na experiência humana. Assim, em um momento histórico onde a eficiência e a positividade são valorizadas como sinônimo de sucesso, o sofrimento passa, segundo Meira e colaboradores (2023) a ser visto como um obstáculo que precisa ser superado rapidamente. Nas redes sociais, isso se reflete em imagens motivacionais que exaltam o "pensamento positivo" e frases como "cair é inevitável, sofrer é uma escolha", muitas vezes acompanhadas por fotos de corpos perfeitos em paisagens paradisíacas ou de jornadas fitness "inspiradoras", realçando uma saúde e uma “força de vontade” inatingível. Essa glamourização da superação e da alegria cria a ideia de que o sofrimento é uma escolha individual e reforça a pressão social para evitar expressar vulnerabilidades. Uma ilustração de tais aspectos são post cotidianos vistos no Instagram, publicados por grandes influenciadores que, cada vez mais, endossam a ideia de vida perfeita e de superação a todo custo.

Figura 3 – Post da influenciadora Virgínia Fonseca



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 4 – Post motivacional do perfil @motivacao24h



Fonte: Elaborada pela autora.

Percebe-se que as redes sociais, em especial o *Instagram*, enquanto uma das plataformas mais populares da atualidade, contribui fortemente para a criação de uma cultura que nega o sofrimento. Isso porque com feeds cada vez mais organizados e editados, a rede social projeta uma visão de vidas idealizadas onde apenas os bons momentos são publicizados, o que mascara a realidade das emoções humanas e de uma vida comum, marcada por necessidades, renúncias, frustrações e cansaço.

Nesse cenário, a fragilidade nas relações interpessoais também se apresenta como uma das características da atualidade. A exemplo disso, temos a dificuldade na criação de vínculos íntimos e duradouros entre as pessoas, o que coloca as relações em um lugar passível de descarte ou prazo de validade, impossibilitando vivências mais autênticas de troca e demonstração das emoções, criando, inclusive, rótulos pejorativos para aqueles que se arriscam em demonstrar os próprios sentimentos – são os *emocionados*. O que está na moda é, então, fingir que não sente, ainda que para isso seja necessário performar atitudes irreais que perpetue uma visão superficial das experiências humanas.

Nota-se, portanto, que essa cultura de negação encoraja a supressão de emoções desconfortáveis, dificultando a apropriação dos sujeitos de suas próprias experiências e promovendo a aproximação da expressão de vulnerabilidade à ideia de fraqueza. Nesse cenário, a busca por modos de “superar” o sofrimento emerge como urgência,

principalmente, através da busca de soluções rápidas e eficientes. Isso porque em um contexto social onde a prerrogativa da felicidade é clara e coloca-se quase como impositiva, não há espaço, de fato, para o sofrimento, que tornando-se desvio passa a ser visto como um problema de saúde mental (VAZ, 2015).

Assim, na contemporaneidade, cresce a percepção do sofrimento psíquico como um mal a ser eliminado, aproximando-o da ideia de doença e fomentando a busca por remediar ou reparar qualquer aflição ou angústia, como aponta Silva (2017), ao pensar sobre as reverberações entre o processo de medicalização e a experiência de sofrimento:

A união desses fatores contribui para o distanciamento da noção de sofrimento como próprio do viver e a crescente medicalização da vida. Sinalizamos que o sofrimento vem sendo tomado como um mal a ser eliminado ou um problema que reúne uma série de sintomas que obstaculizam a vida e trazem desconforto. Em meio a esse contexto e sob a égide de uma intensa intolerância ao sofrimento, buscamos caminhos, de preferência instantâneos, que amenizem e/ou, ilusoriamente, imunizem o sofrimento e demais agruras da vida (SILVA, 2017, p. 83).

Em paralelo a isso, a romantização do cansaço tornou-se também uma característica da atualidade. Trabalhar até o limite, dormir pouco, comer mal e "dar tudo de si" são, frequentemente, expostos como virtudes, enquanto o tempo para descansar, praticar atividades sem intuito produtivo e entrar em contato com as próprias emoções são vistos como secundário ou até mesmo perda de tempo. A ideia de sobrecarga como sinal de força e dedicação coloca o sofrimento como uma camada vazia de significados autênticos acerca do que os nossos desconfortos comunicam, ignorando seus efeitos de amadurecimento e contato pessoal.

Em suma, relacionando-se com o que foi debatido, o sofrimento contemporâneo pode ser visto, segundo De Oliveira Caminha (2021), como a marca do ser humano que não tem onde segurar-se e que, convocado a fazer escolhas, angustia-se diante das renúncias e da imprevisibilidade da vida, além de ser atravessado pelas emoções concernentes a situações que se impõem diante de si. É nesse cenário, em que um certo afastamento do mesmo sobrepõe-se, sendo este, em muitos contextos, reduzido a uma perspectiva estritamente orgânica, em uma tentativa de enquadrar tal condição em uma compreensão puramente neuroquímica e biológica do cérebro, como algo que pode ser superado ou consertado. Tal aspecto acaba por negligenciar a complexidade desse fenômeno levando-o a um deslocamento de seu caráter multifacetado e abrangente a um lugar de mera reverberação de sintomas e manifestações clínicas.

Sugere-se, portanto, que os modos de vida e existência normalizados na contemporaneidade ocidental capitalista se mostram como produtos e produtores de uma realidade que nega o sofrimento psíquico como parte da experiência humana. Isso porque, com a necessidade de produção e consumo em massa, atrelados ao individualismo, a sociedade concretiza o adoecimento e a medicalização enquanto saídas quase que unitárias para o sofrimento humano (MELO; RIBEIRO; MOREIRA, 2015). Sendo então a medicalização uma lente predominante através da qual a sociedade aborda o sofrimento na atualidade, faz-se necessária maior exploração e apresentação de tal processo.

3 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA: PERCEPÇÕES E REFLEXÕES

Furtado (2014), em consonância com o que já foi exposto, sugere diferentes maneiras de compreender o sofrimento a partir de momentos históricos diferenciados. Para a autora, na contemporaneidade parece existir um momento de intensa patologização dessa experiência, a medida em que a mesma passa a ser transmutada em um adoecimento passível de ser curado com o subsídio da biotecnologia. A importância do debate em torno da temática da medicalização cresce à medida em que tal fenômeno amplia espaços de aparecimento e, com isso, de questionamento por parte dos profissionais da saúde e dos pesquisadores das áreas de ciências humanas e sociais (Zorzanelli; Ortega; Júnior, 2014). Na psicologia, tal debate mostra-se fortalecido e presente em áreas relacionadas a psicologia escolar e clínica, por exemplo, como apresentado pelo Conselho Federal de Psicologia através da cartilha *“Recomendações práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde”*, publicada em 2015.

Nesse sentido, a transformação de questões de ordem não médica em aspectos do campo médico e a captura de acontecimentos cotidianos em categorias sintomatológicas fazem parte do leque de implicações do processo de medicalização vivenciado, hoje, pela sociedade. Tal processo, segundo Alves e colaboradores (2021) aponta de modo significativo para uma destituição dos sentidos de vivências individuais e, com isso, para a transformação das mesmas em manifestações de desordem psíquica ou cerebral. Assim, nota-se que “a noção de sintoma é central, principalmente, na medicina e representa muitas vezes a única via de compreensão quantitativa de um sujeito em sofrimento e de referência para um diagnóstico” (BLOC; MOREIRA, 2013, p. 28), o que acaba por reduzir o que poderia ser fonte de aprendizado e autoconhecimento a meras categorizações sintomatológicas.

Em diálogo com esse debate, a seção a seguir apresenta percepções e reflexões acerca do processo de medicalização cada vez mais presente na vida cotidiana, através de dois tópicos textuais. O primeiro deles, dedica-se a apresentá-lo como um fenômeno social, construído e atravessado por interesses e nuances culturais e econômicas, enquanto que o segundo tenciona os desafios que reverberam de tal processo para a atuação e a escuta do psicólogo.

3.1 A medicalização como um fenômeno social

A temática aqui exposta, presente desde a modernidade, foi primeiro apontada por Illich na década de 70, quando o mesmo lançou sua crítica mais marcante ao campo da medicina, apresentando-a como uma grande ameaça à saúde (ILLITCH, 1975). Autores como Gaudenzi e Ortega (2012) descrevem que:

De uma forma geral, os estudos da medicalização se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscricção de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos. Data do século XIII, com o nascimento da medicina moderna e da Higiene, o início da intervenção médica na intimidade das pessoas, fazendo com que os profissionais da saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos” (GAUDEZI; ORTEGA, 2012, p. 22).

Em consonância com os autores, Peter Conrad (1975) fortalece a discussão sobre o conceito, compreendendo-o como a ação de “definir um comportamento como um problema médico e licenciar à profissão médica a oferta de algum tipo de tratamento para tal comportamento” (CONRAD, 1975 APUD ZORZANELLI, ORTEGA & JÚNIOR, 2010).

Expondo algumas nuances, faz-se importante pontuar a constituição histórica do que se compreende como normal e patológico/saúde e doença, sobretudo sob a luz do pensamento hegemônico surgido no século XIX que constituiu a patologia como uma simples e quantitativa variação do normal, colocando o adoecimento como objeto central de estudos (Serpa Jr, 2016). Com isso, o surgimento e expansão do número de categorias e sistemas classificatórios, difundidos sobretudo pelos manuais diagnósticos, ao exemplo das diferentes versões do CID e DSM, apontam para um potente processo de patologização da normalidade por meio de uma explosão diagnóstica, como menciona Serpa Jr (2016). Tal realidade pode ser expressa por (MALDINEY, 1999, p. 23):

Vocês que têm por assunto o homem doente, têm por assunto o homem. Isso está compreendido. Mas comumente mal-entendido. Dado que o olhar que colocamos sobre o homem doente se acomoda tão facilmente sobre a doença que cessamos de ver o homem e nada mais que a sua doença (Maldiney, 1999, p. 23).

Desse modo, evidencia-se que o processo de medicalização tende a focar apenas na doença, desconsiderando a complexidade do ser humano. Nesse processo, o indivíduo é tratado como um conjunto de sintomas ou disfunções que precisam ser corrigidos, enquanto suas vivências, subjetividades, e contextos sociais são negligenciados. Com

isso, “à medida que os discursos e práticas da medicina se difundem e penetram por todo o tecido social, os indivíduos e a sociedade vão sendo produzidos por eles, se moldando com o saber médico” (AGUIAR, 2004, p. 135) e fomenta-se a transmutação de aspectos do dia a dia em algo da ordem de um sofrimento que merece e precisa ser aliviado (DANTAS, 2014).

Historicamente, essa compreensão dialoga diretamente com um momento histórico muito importante que marcou o início do século XX. O Movimento Higienista implantado enquanto lógica política e social fortaleceu o paradigma médico-cientificista e, com isso, a identificação das anormalidades como possibilidade de garantia de ordem e bem-estar social (MONTEIRO, 2015). A patologização, passa, desse modo, a estar lado a lado dos comportamentos e sentimentos indesejados, o corpo apresenta-se como palco da enunciação dessa captura e todas as experimentações de condições subjetivas passam a ser explicadas pelos estudos e avanços das novas descobertas científicas.

Em contrariedade a esse movimento, diferentes tipos de ações foram realizados pela população como modo de resistência e manifestação da insatisfação coletiva. Entre esses, a Revolta da Vacina ganhou notoriedade enquanto uma revolta de caráter popular, ocorrida no Rio de Janeiro, ensejada pelo descontentamento da população frente a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola implantada na cidade pelo médico Oswaldo Cruz.

Nesse momento, o Rio de Janeiro enfrentava uma série de problemas como epidemias e ações passaram a ser pensadas para sanitizar a cidade, buscando a modernização e o embelezamento. Sem que houvesse nenhum tipo de conscientização ou sensibilização da população e sendo muitos brasileiros expulsos de seus locais de moradia para que prédios com arquitetura moderna substituíssem os cortiços, a revolta se deu de modo significativo, findando com mais de 30 mortos.

Figura 5 – Charge em referência à Revolta da Vacina



Fonte: Elaborada pelo autor.

O exemplo aqui exposto ilustra a influência das autoridades públicas pelas ideias positivistas e pelo discurso médico-científico na busca pela “limpeza” das cidades e o controle das condições de saúde da população. Isso evidencia como o movimento higienista buscava disciplinar e normatizar a população, integrando a saúde ao controle social e ao projeto de "civilização" nacional (MOUTINHO, 2020). Esse episódio também expõe os conflitos gerados pela imposição de práticas médicas em contextos de desigualdade social e cultural, consolidando a medicalização como um fenômeno que vai além da saúde, permeando relações de poder e valores sociais.

Nessa perspectiva, o processo de medicalização pode ser concebido a partir de autores como Barroso (2016); Lima (2020) e Amaral e Angel (2022); enquanto ferramenta de gerenciamento social que se utiliza da medicina como forma de fundamentação teórica. Tal concepção é também baseada no conceito de controles reguladores de Foucault (1926-1984), sobretudo no que concerne à biopolítica, que se utiliza dos mecanismos da vida (nascimento, morbidade, mortalidade, longevidade), enquanto forma de aquisição de poder e regulação da existência, tornando assim, a experiência humana empobrecida e refém de diagnósticos e fármacos para se adequar aos moldes de controle social (CANESQUI, 2015).

Na contemporaneidade, marcada pela lógica da sociedade do desempenho, a medicalização da vida ganha ainda mais força como uma tentativa de buscar a felicidade e atender às exigências de alta performance. O curta-metragem “Happiness”, produzido pelo animador e ilustrador britânico Steve Cutts, dialoga diretamente com a roupagem da medicalização ligada às exigências da atualidade ao criticar a busca incessante pela felicidade através do consumo impensado. O acesso ao curta pode ser feito através do *Qr Code* a seguir:

Figura 6 - Qr-code para acesso ao curta-metragem Happiness



Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 7 - Imagens curta-metragem Happiness



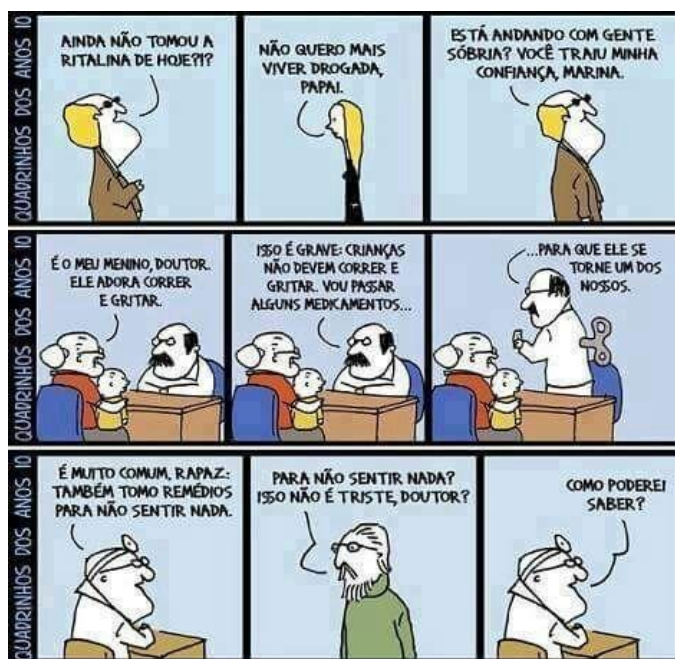
Fonte: Elaborado pelo autor.

No filme, a humanidade é representada por ratos que vivem em uma sociedade industrializada, correndo freneticamente atrás de bens materiais, status e substâncias que prometem uma felicidade instantânea e artificial. Essa corrida desenfreada reflete a dinâmica contemporânea, onde o sofrimento, o vazio existencial e as frustrações são frequentemente ignorados ou anestesiados, seja por meio do consumo de produtos ou pela medicalização de sentimentos. A obra evidencia como essa busca compulsiva por "felicidade" desumaniza o indivíduo, transformando-o em uma engrenagem de um sistema que lucra com o mal-estar. Assim como no curta, a medicalização reduz a complexidade humana a uma tentativa de "correção química" ou técnica, enquanto a sociedade do desempenho continua alimentando a ideia de que é preciso sempre buscar mais, ser mais e sentir menos – ser menos pessoa.

Nesse cenário, a medicalização oferece soluções rápidas, como medicamentos e intervenções biomédicas, que prometem restaurar a eficiência e o bem-estar necessários para sustentar o ritmo exigido. Porém, essa abordagem frequentemente desumaniza o

indivíduo, ao ignorar o papel das pressões sociais, culturais e econômicas no adoecimento e no sofrimento psíquico. A busca por um bem-estar padronizada e funcional, promovida pela atualidade reforça a ideia de que é responsabilidade do indivíduo "consertar-se" para se adequar, ao invés de questionar as condições estruturais que geram tanto mal-estar. Assim, a medicalização perpetua um ciclo que transforma o sofrimento humano em uma mercadoria, ao invés de enxergá-lo como parte integrante e legítima da experiência de ser humano. Como ilustra a tirinha a seguir:

Figura 8 – Tirinha sobre a medicalização da vida



Fonte: Elaborado pelo autor

A imagem acima elucida como, muitas vezes, as emoções humanas – como tristeza, angústia e ansiedade – são vistas como falhas a serem corrigidas, e não como parte legítima da experiência de existir. A mensagem implícita na tirinha questiona o uso indiscriminado de medicamentos como forma de silenciar as emoções, em vez de compreendê-las e trabalhá-las dentro de um processo terapêutico. Além disso, a imagem provoca uma reflexão sobre os limites entre alívio e apatia, pois embora os psicofármacos sejam fundamentais em muitos casos, sua prescrição indiscriminada pode levar à anestesia afetiva, impedindo que o sujeito lide com seus próprios sentimentos e desafios.

Percebe-se, portanto, que o fenômeno de medicalização da existência, apresenta-se como mais amplo que a mera utilização de medicamentos, apontando para um cenário

de aprisionamento de processos subjetivos na lógica biologicista e na redução da compreensão de vivências ao olhar sintomatológico. Nesse contexto:

situar o sintoma apenas no campo anatomofisiológico é problemático por configurar-se como algo que não é produzido pelo sujeito, impondo-se de modo heteronômico, no qual ele é simples portador e vítima. Tal perspectiva também acaba orientando para o tratamento de um sujeito puramente receptor e passivo (BLOC; MOREIRA, 2013, p. 28).

Em diálogo com o exposto e com o curta-metragem, surgem inquietações acerca do cuidado e do acolhimento ao sofrimento, imersa nessa lógica, onde fica a escuta psicológica enquanto processo profundo e transformador? Tal problemática se dá a medida em que compreendendo que a pressa em silenciar o sofrimento, seja com diagnósticos rápidos ou intervenções biomédicas imediatas, desvaloriza a dimensão subjetiva do ser humano e o tempo necessário para elaborar suas dores, a escuta psicológica tem, cada vez mais, passado por desafios, visto que propõe um caminho contrário: não busca apenas resolver ou suprimir sintomas, mas compreender o significado do sofrimento no contexto da vida da pessoa. Tais desafios serão melhor elucidados na seção a seguir.

3.2 Medicalização e escuta: implicações e desafios

Em consonância com o processo de medicalização, se fortalece, segundo Veras (2017), a partir da década de 50, um entendimento do sofrimento psíquico a partir da ótica do campo médico, que foi, como já mencionado, fortalecido com os procedimentos diagnósticos propostos com a construção do DSM e com os avanços do uso da medicação como principal intervenção terapêutica (PRATES; GARCIA, 2021). Todo esse aspecto tem se subsidiado no reducionismo biológico como possível método de redução e explicação de tudo que seja humano (GUARIDO, 2010), aproximando, assim, os fenômenos mentais das doenças orgânicas. Essa perspectiva fragmentada reforça uma abordagem biomédica centrada na prescrição de medicamentos e intervenções técnicas, muitas vezes ignorando os fatores emocionais, culturais e existenciais que também influenciam a saúde.

Ao priorizar a retirada da patologia em detrimento da assistência a pessoa, a medicalização transforma o cuidado em um ato mecânico e alienante, afastando-se de uma visão integral do homem como um ser bio-psico-social, dotado de histórias, relações e significados. Desse modo, na busca por soluções rápidas e objetivas, frequentemente

divulgadas e fortalecidas, as pessoas têm, cada vez mais se relacionado com o sofrimento através do discurso diagnóstico e atribuído a uma causalidade orgânica a explicação de suas angústias e inquietações. Tal aspecto, pautado na hegemonia do saber biomédico, fortalece a lógica medicalizante de que é possível o entendimento racional de tudo que seja humano (LIMA; SANTOS, 2015).

Em relação a escuta psicológica diversas reverberações podem aparecer a partir de tais fenômenos, entre eles uma desvalorização da escuta como ferramenta essencial no acolhimento do sofrimento, já que a ênfase passa a ser na resolução rápida dos sintomas. SILVA; BARRETO (2019, p. 91), dialogam com essa perspectiva a medida em que colocam que é “interessante notar que, na atualidade, as promessas das medicações mostram-se sedutoras, pois ao invés do tempo, geralmente longo, do processo terapêutico, as substâncias acenam o desaparecimento dos sintomas em semanas”. Dessa forma, o espaço para a fala, para a elaboração dos conflitos e para a construção de significados é reduzido, o que compromete a possibilidade de um cuidado integral, humanizado e contínuo.

Ao priorizar a eliminação do mal-estar de forma imediata, corre-se o risco de reforçar a ideia de que o sofrimento deve ser silenciado, e não compreendido e transformado. Enuncia-se então um dos principais desafios da escuta psicológica frente ao fenômeno da medicalização: reafirmar seu valor em um contexto que demanda respostas rápidas e eficiência imediata. Os contornos da medicalização da vida,

parecem indicar a primazia do pensamento teórico-explicativo que domina o saber médico e até psicológico. Nisso vigora uma clínica psicológica cujos recursos e modos de intervenção são atravessados, principalmente, pelos labirintos da informação, pelo predomínio da superficialidade, pela funcionalidade do cálculo e do método (SILVA; BARRETO, 2019, p. 91).

Vale ressaltar que todo o debate aqui traçado em torno do fenômeno da medicalização da vida, não almeja a construção de uma negativa ao uso de medicamentos, por exemplo. Privilegia-se, inclusive, a importância de validação e reconhecimento da construção de diagnósticos e prescrições como parte de um processo de cuidado, a medida em que tais aspectos produzem impactos importantes e mostram-se, segundo Reis e Lenza (2020), como muito relevante na construção de uma possibilidade de tratamento multiprofissional. No entanto, muitos desafios atravessam o lugar de medicalização produzido pelo uso arbitrário de tais aspectos, o que pode o transformá-los, segundo

Junior e Tomaz (2022) em instrumento de enquadre e controle. Ainda nessa discussão, Severo e Dimensteins acrescentam:

Mesmo entre usuários de serviços substitutivos, o diagnóstico persiste como um definidor de uma normalidade/ anormalidade, orientação/desorientação, sendo a loucura tida como alteração quantitativa em relação à normalidade, de acordo com as exigências normatizadas para o convívio social, bem como daquilo que se veicula como sendo ideal de homem saudável (SEVERO & DIMENSTEIN, 2009, p. 63).

Diante do exposto, percebe-se que ao transformar o diagnóstico em central no entendimento do sofrimento, a realidade medicalizante afasta os sujeitos da vivência existencial de seus desconfortos, isso porque, ancoradas na ideia de técnica heideggeriana, Silva; Freitas (2019) mencionam que quanto mais se firma na sociedade moderna a realidade “técnico-calculante”, mais se fixam também as limitações de uma existência padronizada. Assim, o que se discute, é a centralidade na oferta de psicofármacos como possibilidades de padronização comportamental no processo de comunicação em saúde, de forma a inviabilizar outras possibilidades de vivência do sofrimento humano (PITTA, 2002).

Com isso, embora avanços na medicina psiquiátrica tenham proporcionado benefícios significativos, há uma necessidade crítica de considerar o contexto mais amplo no qual o sofrimento se insere. O foco exclusivo na abordagem medicamentosa muitas vezes desconsidera fatores psicossociais, culturais e ambientais que desempenham papéis cruciais na compreensão e tratamento do sofrimento (LUCZINSKI; LOPEZ, 2010). É nesse cenário que a psicologia se apresenta como potente no fortalecimento de novas possibilidade de elaboração e reflexão sobre como enxergamos o homem e, com isso, os desafios atinentes ao sofrimento psíquico, como sugere

O homem é ontologicamente diferente dos demais seres, tendo recebido, na sua humanidade, condições específicas para dar conta da própria vida, sustentá-la e ampliá-la. Ele é um feixe de possibilidades, sempre em aberto, podendo transcender e surpreender a si mesmo, lançado no mundo sem o controle da vida e sem certezas sobre o seu destino. Assim, por mais que busque a estabilidade e a segurança de diversas formas ao longo da história, o homem está sempre diante de questões existenciais que o desestabilizam e o colocam em movimento. É um ser em constante construção, o que se dá a partir do contato com os outros, na coexistência. Ele é único e irrepetível, ao mesmo tempo em que herda toda uma cultura construída ao longo do tempo por muitos outros, seus semelhantes (LUCZINSKI E LOPEZ, 2010, p. 76).

No entanto, diante do contexto contemporâneo, em uma sociedade marcada pela produtividade e pela busca incessante por desempenho, o tempo necessário para um

processo terapêutico pode ser visto como um obstáculo, e não como um investimento do entendimento da própria condição existencial. Nesse contexto, o processo terapêutico, que demanda um tempo subjetivo para que o indivíduo possa elaborar suas questões, compreender seus sofrimentos e construir novas formas de estar no mundo, muitas vezes entra em conflito com a pressa imposta pelo ritmo acelerado da vida, o que contribui para a desvalorização da escuta psicológica e da importância do processo terapêutico na transformação subjetiva, a medida em que dimensões da história dos clientes são colocados em local secundário, diante do investimento na suposta cura da disfunção biológica (SILVA E BARRETO, 2019).

Além disso, esse cenário também impõe desafios aos próprios profissionais da psicologia, que muitas vezes precisam lidar com a resistência de pacientes e instituições que pressionam por resultados rápidos. Isso porque, com a cultura da rapidez e da otimização, muitas pessoas esperem da terapia um efeito instantâneo, como se fosse um produto de consumo, quando, na realidade, trata-se de um percurso que requer paciência, comprometimento e abertura para mudanças. Em um contexto que opera pela lógica da patologização e da resolutividade, a terapia pode ser encarada como algo "ineficiente" ou "demorado demais", especialmente quando comparada a intervenções medicalizantes.

Pergunto-me, portanto, qual o lugar dos profissionais psicólogos nessa discussão? Como temos lidado com as reverberações desse fenômeno nas nossas práticas de trabalho? Superar esse desafio exige um compromisso ético dos profissionais da psicologia em oferecer um cuidado que vá além da simples gestão dos sintomas, promovendo um espaço de escuta ativa, acolhimento e reflexão. Além disso, mais uma vez em diálogo com Silva e Barreto (2019, p. 92) faz-se necessário construir “uma prática clínica na qual o homem é compreendido, em sua dimensão singular, enquanto existente aberto à possibilidade da estranheza, do mistério, da angústia de ser”, reafirmando, assim, a terapia como um investimento no autoconhecimento, e não como uma mera estratégia de controle do sofrimento, exige uma mudança na forma como entendemos o tempo, o cuidado e a complexidade das experiências humanas.

Diante de tais desafios, a atuação crítica em psicologia acaba por convocar os psicólogos a sustentar um espaço terapêutico que valorize a singularidade do sujeito, respeitando seu tempo e suas necessidades. Jacinto e Salles (2020, p. 317) colocam a importância da fala no processo de significação do sofrimento, a medida em que a mesma “possibilita o homem conhecer-se, sempre à procura de compreender seu modo de ser e de se mostrar, com abertura para que suas experiências ao falar de si mesmo, busque na

própria experiência o sentido de sua singularidade”. Construir uma atuação que privilegie a fala significa resistir à lógica da eficiência imediata e do alívio superficial, promovendo um cuidado que não se limite a suprimir o sofrimento, mas que permita ao indivíduo compreendê-lo, ressignificá-lo e construir novas formas de lidar.

Desse modo, propondo-se diferenciada, a escuta não deve ser passiva ou apenas técnica, mas um encontro genuíno que possibilite a construção de sentido para o sofrimento, considerando a complexidade da subjetividade humana. Isso demanda do profissional uma postura de sensibilidade, paciência e compromisso com o processo terapêutico, sem ceder à tentação de respostas prontas ou soluções imediatas. Também implica no incentivo ao protagonismo do sujeito sobre sua própria história, permitindo que ele perceba seu sofrimento não como um erro a ser corrigido, mas como uma experiência que pode ser compreendida e elaborada (JACINTO E SALLES, 2020). Dessa forma, a psicologia reafirma seu papel como campo de cuidado humanizado, que não se reduz a um modelo patologizante, mas que reconhece a importância da palavra, do tempo e do encontro na compreensão do sofrimento humano:

Nessa travessia pela dimensão da fala, ao se atentar não somente ao conteúdo, como também à forma do que é feito e dito, não se está em busca do que originaria dados comportamentais ou modos de ser, mas trazer esclarecimentos do seu sentido. Conhecer de que forma se dá sua relação com o mundo e possibilitar visitas às possibilidades perdidas, abandonadas, às futuras, presentes e passadas (JACINTO E SALLES, 2020, p. 323).

Nesse sentido, construir um cuidado que não se coloque como ferramenta de enquadramento ou correção dos sujeitos, mas que priorize a construção de sentido sobre a própria biografia e a autonomia da pessoa atendida, aponta para um espaço onde o sujeito possa explorar suas contradições, compreender seus próprios desejos e construir caminhos que façam sentido para sua vida. Como salienta Feijoo (2004, p. 92) em uma de suas produções sobre a clínica fenomenológica-existencial: “trata-se aqui da psicoterapia como um meio de tornar manifesto o que é presente no modo de ir à frente. Não importa, nesta perspectiva, o resultado. O psicoterapeuta vai atuar como um facilitador, cuja produção vai consistir em deixar aparecer por si mesmo o que se oculta”, sendo o que se oculta as possibilidades de sentido que serão descobertas pelo próprio sujeito.

Nesses contornos o cuidado proposto pela escuta psicológica buscaria construir rotas alternativas ao fenômeno da medicalização da vida, a medida em que se coloca como um contraponto a normalização de processos e fortalece o questionamento da

normatização de formas de existir. Com isso, cabe compreender de que modo a medicalização da vida tem aparecido nas produções de outros profissionais de psicologia no Brasil.

4 CATEGORIAS DE SENTIDO: DISCUSSÕES E COMPREENSÕES

O trabalho aqui descrito versa conforme as características metodológicas da pesquisa bibliográfica do tipo narrativa, dialogando com um referencial de cunho fenomenológico hermenêutico. Tal pesquisa, é definida por Clandinin e Connely (2000, p. 20) como “uma forma de entender a experiência” através de um processo de troca entre pesquisador e fenômeno. Desse modo, aspira-se apresentar, de forma descritiva e interpretativa, um panorama amplo acerca do fenômeno da medicalização da existência e do sofrimento a partir da análise de publicações previamente existentes, como artigos científicos. A pesquisa do tipo narrativa oferece maior flexibilidade e abertura na construção do texto, o que possibilita diferentes desdobramentos acerca do fenômeno estudado, como menciona Paiva (2008, n.p) “ao ler os artigos e suas narrativas é possível perceber como os narradores constroem sentido a partir de suas experiências aos lhes dar a forma de narrativas.”

Em diálogo com isso percebe-se um afinamento importante entre a revisão bibliográfica narrativa e o referencial fenomenológico-existencial, uma vez que ambos compartilham uma abordagem compreensiva, interpretativa e não linear do conhecimento. Portanto, enquanto a revisão narrativa permite que o pesquisador construa uma leitura densa e subjetiva da literatura sobre o tema estudado, a fenomenologia hermenêutica, inspirada nas obras de Heidegger, orienta-se pela busca do sentido das experiências humanas tal como se manifestam, priorizando a compreensão do fenômeno a partir de sua historicidade, linguagem e interpretação. Com isso, o presente trabalho não apenas reúne textos, mas mergulha nos significados que emergem das obras analisadas, construindo uma interpretação que revela a intencionalidade e a profundidade dos discursos presentes nos mesmos, em consonância com o movimento hermenêutico de compreender e interpretar a partir da abertura ao sentido do outro (FEIJOO, 2023).

Em *Ser e Tempo* (2025), Heidegger apresenta a fenomenologia hermenêutica como uma analítica da existência, se utilizando do método fenomenológico. Tal perspectiva tem como fundamento a compreensão dos fenômenos humanos a partir de sua manifestação concreta e significativa no mundo vivido (SEIBT, 2012). Com isso, esse método ultrapassa a descrição pura da experiência (como na fenomenologia de Husserl) para adentrar o campo da interpretação, reconhecendo que todo ato de compreensão é, por natureza, hermenêutico:

Enquanto Husserl trabalha com a reflexividade, Heidegger vai propor a hermenêutica como alternativa para alcançar o mundo-vida. Se o teórico obstrui a experiência pré-científica, encobre a visão e o acesso ao originário, a filosofia terá de ser ciência do pré-teórico. A experiência do mundo da vida será alcançada por uma postura metódica que não irá se dirigir por preconceitos (SEIBT, 2012, p. 87).

Na prática, isso significa que o pesquisador parte da experiência vivida e busca compreender os sentidos que emergem dela, considerando o contexto histórico, cultural, existencial e linguístico em que essa experiência está inserida. Nesse cenário, o estudo não visa generalizações ou verdades absolutas, mas sim a compreensão profunda e situada dos modos de ser no mundo. O pesquisador se relaciona com o fenômeno por meio de uma postura de abertura e escuta sensível, reconhecendo que sua própria historicidade e pré-compreensões fazem parte do processo de interpretação. Assim, a linguagem, nesse contexto, não é apenas meio de expressão, mas o próprio lugar onde o sentido acontece.

Adotar esse percurso implica assumir uma atitude reflexiva e dialógica, em que o encontro com o fenômeno é sempre um movimento de ida e volta, um verdadeiro círculo hermenêutico, no qual o todo e as partes se iluminam mutuamente. Vale ressaltar aqui a minha trajetória prévia em relação a temática. Os estudos sobre medicalização da existência me acompanham desde a graduação, fazendo com que minhas inquietações se façam presentes aqui por meio de um artigo já publicado que fez parte dos resultados encontrados. A curiosidade por esse tema se fortalece a cada material que leio, não apenas para extrair informações, mas para me deixar afetar pelos sentidos que emergem, na tentativa de construir uma interpretação que honre a complexidade do tema investigado.

Em vista disso, não me coloco como uma pesquisadora neutra, até mesmo pela impossibilidade de visar apenas confirmar o que já se sabe acerca da temática, mas como parte implicada no processo de compreensão, pois carrego comigo uma história, um horizonte de sentidos, entendimentos prévios e afetos que, inevitavelmente, atravessam minha relação com o fenômeno estudado. Em meio ao processo do mestrado precisei acolher meu sofrimento e recalculer a rota quanto ao meu autocuidado, necessitando, inclusive, de atendimento psiquiátrico. Foi nesse momento em que percebi a importância de ampliarmos ainda mais a discussão acerca do uso de psicofármacos na contemporaneidade, visto que a melhora que vivenciei não foi algo que seria passível de se obter apenas com uso de medicamento. Eu precisei de amor, acolhimento, arte, exercício físico, organização, tempo, limites, rede de apoio e tantas outras coisas que apenas um cuidado ampliado proporciona. Quero com esse relato ressaltar que essa não

neutralidade, longe de ser um problema metodológico, é reconhecida como condição mesma da possibilidade de compreender.

Gadamer *apud* Missaggia (2012) sugere que o diálogo com o outro, seja ele uma pessoa, um texto ou um fenômeno, só se dá quando o pesquisador se permite ser afetado, deslocado e transformado por esse encontro. Desse modo, a fenomenologia hermenêutica não é um método que busca apenas descrever o que já se compreende, mas que provoca, interroga e desestabiliza certezas determinadas. Assim, esse referencial teórico propõe um convite a sustentar o não saber, a colocar as próprias compreensões em movimento e a acolher o estranho, o ambíguo, o contraditório. Nesse aspecto, exige abertura ao que se encontrará em sua alteridade e compromisso com a escuta do que aparece, mesmo (ou principalmente) quando isso desafia os referenciais prévios do próprio pesquisador.

Nesse contexto, o presente trabalho buscou acessar o desvelamento de compreensões acerca do fenômeno da medicalização da existência no contemporâneo através da experiência de outros pesquisadores que também se interessam pelo tema. Para o percurso metodológico, adotou-se os momentos descritos por Maux e Dutra (2020), inspirados na circularidade hermenêutica de Heidegger (2015), como possibilidade de chegar ao objetivo da pesquisa, sendo estes:

1. Posição prévia: sendo também chamado de pré-compreensão, esse momento enseja a possibilidade de criação de sentido a partir da abertura do Dasein ao que vem ao seu encontro, ou seja, a construção de um recorte de sentido de acordo com uma possibilidade determinada de interpretação. Nessa pesquisa podemos compreender esse aspecto como a situação existencial concreta da pesquisadora. É o ponto de partida inevitável de toda compreensão, visto que nunca nos aproximamos de algo de forma "pura" ou "neutra", mas sempre a partir de onde estamos.
2. Visão prévia: o movimento de ir ao encontro do fenômeno, ouvindo as narrativas sobre o mesmo, desloca o pesquisador do seu lugar inicial, exigindo uma postura de abertura para com os novos olhares, isso possibilitará novas construções de sentido para o que se sabia anteriormente, produzindo, assim, uma visão prévia. Essa visão diz respeito ao modo como olhamos para o fenômeno desde o início, aquilo que chama nossa atenção, o que deixamos de fora, o que nos afeta mais, é o primeiro olhar que direciona nossa escuta ou leitura.

3. Concepção prévia: diz respeito a junção da posição e visão prévias. Nesse momento as compreensões se articulam: aquilo que era conhecido e o que passou a ser a partir do encontro com o fenômeno. Segundo Maux e Dutra (2020, p. 1044) “trata-se dos sentidos possibilitados pela interpretação gerada a partir do encontro das ideias iniciais sobre o fenômeno estudado, os sentidos possibilitados pelo encontro com os colaboradores da pesquisa, bem como a partir do diálogo com a literatura”.

Nesse cenário, no processo hermenêutico, esses elementos são condições da possibilidade de compreender. O círculo se estabelece justamente porque compreendemos o todo a partir das partes e as partes a partir do todo, sempre atravessados por nossas pré-compreensões. Contudo, o movimento hermenêutico exige que essas prévias sejam colocadas em questão – “*epoché*”. Não se trata de eliminá-las, mas de reconhecê-las, problematizá-las e permitir que sejam transformadas no encontro com o texto ou o fenômeno. Assim, a pesquisadora se deixa afetar pelo que emerge, permitindo a fusão de horizontes entre o seu mundo e o do outro.

O levantamento dos artigos científicos utilizados no presente trabalho se deu no portal de periódicos CAPES. A escolha por essa base deu-se pela possibilidade de usufruir desses materiais enquanto um direito, sendo tal plataforma custeada por todos os brasileiros. Essa escolha garantiu o acesso a produções que já haviam passado pela avaliação de pares, o que garantiu maior qualidade das pesquisas utilizadas. Além disso, a utilização de artigos fortalece a potencialização de um debate atual sobre o tema, contextualizando o fenômeno no nosso horizonte histórico. Os artigos apresentaram certas especificidades sobre a temática, o que possibilitou um panorama rico sobre o objeto de estudo, visto que a análise mais focada possibilita maior profundidade da análise, entendimento da pertinência dos textos escolhidos e alinhamento à coerência com os objetivos e o referencial metodológico adotado.

Optou-se como critérios de inclusão os trabalhos publicados em língua portuguesa e realizados no Brasil nos últimos cinco anos. Os artigos abordaram a temática contextualizando-a na experiência de diferentes públicos em diferentes equipamentos de saúde. Como critérios de exclusão tivemos os artigos que abordavam apenas um dos descritores de forma mais direta, sem articulação entre os dois temas e os artigos que não tratavam da atuação em psicologia, mas em outras áreas da saúde.

Os descritores utilizados inicialmente foram “medicalização” e “psicologia clínica”, no entanto, nenhum resultado foi obtido. O mesmo ocorreu com “medicalização”

e “psicoterapia”, que também não surtiu resultados. Por fim, utilizou-se os descritores **“sofrimento psíquico”** e **“medicalização”**, que possibilitou o encontro de 10 artigos.

Dos artigos encontrados todos os resumos foram lidos e os estudos que fugiam do foco da pesquisa foram excluídos, seguindo o critério de falta de articulação entre os dois descritores, um falava sobre o sofrimento psíquico em mulheres e outro trazia uma articulação sobre crise psiquiátrica e crise psicossocial abordando o aspecto da medicalização de modo secundário.

Após a leitura dos resumos, oito artigos resultaram para serem lidos na íntegra. Após leitura, quatro artigos foram excluídos por trazerem aspectos voltados para a área da comunicação social ou de outras áreas da saúde como a medicina, a fisioterapia e a farmácia, o que foge do objetivo principal desse trabalho que é acessar a experiência de profissionais psicólogos. Nivelou-se, portanto, quatro artigos para análise e discussão. Vale ressaltar que um desses quatro artigos trouxe a temática da medicalização de modo menos profunda, mas foi mantido por apresentar experiências ligadas ao contexto da pandemia da COVID-19. Este período representou uma ruptura significativa nas dinâmicas sociais, subjetivas e institucionais, impactando diretamente os fenômenos estudados nesta pesquisa, portanto, justifica-se a manutenção do artigo.

A análise dos quatro artigos selecionados seguiu uma abordagem coerente com o referencial fenomenológico-hermenêutico, priorizando um movimento interpretativo atento e sensível. Inicialmente, realizei uma leitura breve de cada texto, destacando os elementos que mais se repetiam e os aspectos que chamavam atenção de forma singular. Esse primeiro contato me ajudou a construir minha visão prévia, reconhecendo as impressões iniciais e os sentidos que começavam a emergir do material. Em seguida, retomei os textos em uma segunda leitura mais aprofundada, com foco na compreensão das metodologias utilizadas por cada autor, buscando perceber os caminhos escolhidos e como eles dialogavam com os objetivos e resultados apresentados. Por fim, numa terceira leitura, revisei os artigos com o intuito de identificar com mais clareza os pontos de convergência, repetição ou sentidos que se sobressaíam entre eles, o que possibilitou a emergência das categorias de sentido que estruturam esta revisão.

Nesse percurso, emergiram três categorias de sentido que orientam a compreensão dos achados desta revisão narrativa: (1) a medicalização e o saber biomédico: medicar como centro do cuidado, (2) a escuta e outras ferramentas de cuidado e (3) sofrimento psíquico e a medicalização no cenário de pandemia COVID-19. A primeira categoria evidencia como o discurso biomédico, com sua tendência à normatização e à

fragmentação da experiência humana, sustenta práticas medicalizantes que reduzem o sofrimento psíquico a diagnósticos e tratamentos padronizados, muitas vezes descolados da singularidade do sujeito. A segunda categoria aponta para a necessidade, cada vez mais reconhecida, de se construir alternativas ao modelo medicamentoso, valorizando abordagens que considerem o sujeito em sua totalidade, em articulação com contextos psicossociais, educacionais e afetivos. Já a terceira categoria destaca como o contexto da pandemia da COVID-19 acentuou processos de medicalização, seja pela intensificação do sofrimento mental coletivo, seja pelo aumento da busca por soluções rápidas e farmacológicas diante de situações de crise, incerteza e isolamento.

A seguir, o Quadro 1 descreve as informações dos textos e a Figura 1 o caminho metodológico percorrido.

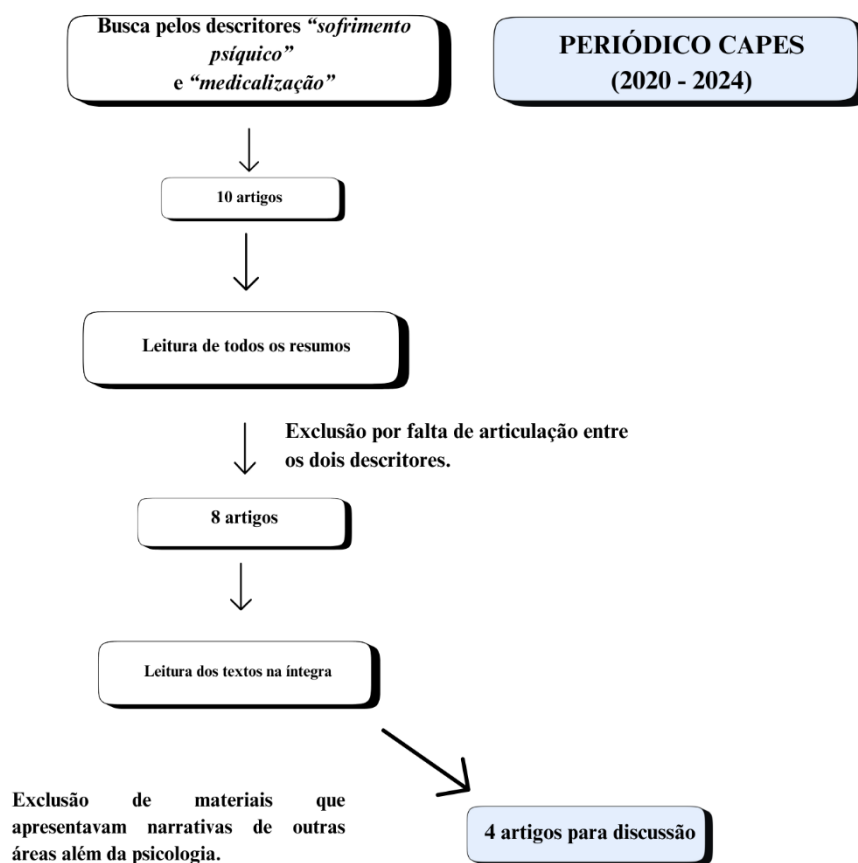
Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão bibliográfica

Nº	Título	Ano	Autores	Fonte	Objetivo	Tipo de Estudo
1	Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará	2023	Jomábia Cristina Gonçalves dos Santos, Dimas Sampaio Cavalcante, Camilla Araújo Lopes Vieira, Paulo Henrique Dias Quinderé	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Discutir a medicalização do sofrimento psíquico no discurso e prática dos profissionais da APS.	Qualitativo
2	Infâncias patologizadas: um estudo epidemiológico sobre a medicalização infantil em CAPS de Fortaleza	2022	Bruna Myrla Ribeiro Freire, Jurema Barros Dantas	DESIDADES	Compreender a medicalização da infância e os processos de patologização da condição de ser criança.	Quantitativo
3	A medicalização no referencial psicanalítico: uma revisão	2020	Isadora Nicastro Salvador, Silvia Nogueira Cordeiro	Revista Subjetividades	Compreender a perspectiva psicanalítica sobre a medicalização dos sujeitos.	Qualitativo

	sistemática de literatura					
4	Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de COVID-19 à luz da escuta	2023	Thassia Souza Emidio, Mary Yoko Okamoto, Manoel Antônio dos Santos	Psico-USF	Analisar o impacto do confinamento pandêmico sobre a maternidade em mulheres em home office.	Qualitativo

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 08 – Diagrama do percurso metodológico de seleção dos textos



Fonte: Elaborado pela autora

A primeira categoria “Medicalização e saber biomédico: medicar como centro do cuidado” foi construída a partir dos desdobramentos dos textos “Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará” e “Infâncias patologizadas: um estudo epidemiológico sobre a medicalização infantil em CAPS de Fortaleza”, visto que ambos abordam a centralidade do uso do medicamento como principal intervenção no sofrimento psíquico, bem como o lugar da medicalização na manutenção de do lugar de saber/poder da medicina.

A segunda categoria de sentido, intitulada “A escuta e outras ferramentas de cuidado” foi construída a partir dos textos: “A medicalização no referencial psicanalítico: uma revisão sistemática de literatura” e “Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de COVID-19 à luz da escuta” haja vista a tentativa dos artigos de incorporarem tanto a dimensão biomédica quanto psicossocial do cuidado, problematizando, inclusive, o lugar de outras práticas interventivas.

A terceira e última categoria discorre acerca do “Sofrimento Psíquico e a Medicalização no cenário de Pandemia COVID-19”, tendo sido construído a partir do texto “Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de COVID-19 à luz da escuta”, haja vista a contextualização do mesmo nesse contexto singular.

O início do percurso pautado nos meus conhecimentos (posição prévia) somados as novas concepções articuladas com as leituras dos materiais (visão prévia), culminaram na análise e discussão dos dados (concepção prévia) que será apresentada a seguir. Desse modo, essa interação entre a posição prévia e as novas concepções resultou em uma análise profunda dos dados, que foram cuidadosamente examinados à luz das perspectivas teóricas e empíricas que emergiram ao longo da pesquisa. A seguir apresento as categorias de sentido e as discussões geradas a partir dessa articulação teórica e prática.

4.1 Medicalização e saber biomédico: medicar como centro do cuidado

Compreende-se por saber biomédico o campo de entendimento baseado em bases biológicas acerca do homem. Nesse contexto, as compreensões sobre saúde e doença são pautadas em parâmetros fisiológicos e anatômicos do corpo, o que, segundo Almeida e Caldeira (2022) é atravessado por uma visão cartesiana que, através da divisão corpórea, torna aspectos sociais, psicológicos e ambientais secundários, priorizando os

aspectos orgânicos. Esse campo de saber se estrutura fortemente a partir da ciência moderna, do positivismo e da ideia de que o corpo pode (e deve) ser estudado, diagnosticado e tratado como uma máquina composta por partes. Desse modo: “em função desse modelo, reduz-se o indivíduo a um organismo biológico, e se gerou uma visão fragmentada e distanciada do ser humano (ALMEIDA E CALDEIRA, 2022, p. 3).

A fragmentação do homem é histórica e está ancorada no paradigma cartesiano e newtoniano da máquina perfeita. Descartes idealiza espírito e corpo como entidades separadas e as compara com uma máquina, semelhante a um relógio. Compara um homem sadio a um relógio bem feito e um homem doente a um relógio mal feito (REGISTRO; ELIAS; SETI, 2025, p. 5062).

Tendo se consolidado como referência legítima para compreender e intervir sobre o corpo e a saúde, o saber biomédico sustentou-se em uma racionalidade técnico-científica que valoriza a objetividade, a mensuração e a padronização dos fenômenos. Assim, esse modelo, centrado na identificação de causas biológicas e na aplicação de tratamentos específicos, mostrou-se eficaz em diversos contextos, sobretudo nas doenças de base orgânica. No entanto, quando estendido de forma hegemônica a campos como a saúde mental, esse mesmo saber tende a reduzir a complexidade do sofrimento psíquico a categorias diagnósticas e funcionais, ignorando aspectos subjetivos, históricos e relacionais que constituem a experiência humana (AGUIAR, 2004).

Essa discussão amplia-se ao pautar-se o confronto entre o paradigma biomédico e o psicossocial no campo da saúde mental, o que revela disputas de sentidos sobre o que significa cuidar, escutar e intervir diante do sofrimento. O modelo biomédico, centrado na lógica diagnóstica e farmacológica, tende a privilegiar explicações internas ao sujeito, sejam elas de ordem genética, neuroquímica ou funcional, o que dificulta outros olhares para a questão (PIMENTEL E AMARANTE, 2021). Em contrapartida, o paradigma psicossocial propõe uma compreensão ampliada do sofrimento psíquico, reconhecendo seus vínculos com o contexto histórico, social, relacional e subjetivo. Essa perspectiva está profundamente articulada ao movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve início nas décadas de 1970 e 1980 como parte de um amplo processo de crítica ao modelo manicomial de cuidado em saúde mental (HIRDES, 2009).

O modelo psicossocial sugere que os modos de adoecer e de cuidar são atravessados por múltiplas dimensões e que a escuta clínica deve acolher a singularidade das experiências, os vínculos comunitários, as trajetórias de vida e os sentidos construídos pelos sujeitos. O foco deixa de ser apenas o alívio sintomático e passa a incluir a

reconstrução de laços, a promoção de autonomia e o fortalecimento da cidadania. Com isso, ao contrário do modelo biomédico tradicional, centrado na hospitalização, na tutela e na medicação como formas privilegiadas de controle da “doença mental”, o paradigma psicossocial defende o cuidado em liberdade, a valorização da singularidade do sujeito e a promoção de redes comunitárias de apoio, além de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares (HIRDES, 2009).

Nesse sentido, considerando que o modelo psicossocial de assistência à saúde mental se propõe a uma compreensão ampliada do sofrimento e do cuidado, torna-se necessário reconhecer que tal abordagem implica, também, a valorização de práticas interventivas que extrapolam o uso exclusivo de psicofármacos, enfatizando atuações que contemplem as dimensões subjetivas dos processos de saúde-doença (SILVANO ET AL., 2024). Esse movimento sugere uma relação mais horizontal entre os diferentes saberes, de modo que haja um deslocamento da centralidade do saber biomédico para uma perspectiva mais dialógica e interdisciplinar:

O âmbito teórico-conceitual do processo social complexo da reforma psiquiátrica, que abarca a formação universitária e em serviço, tem papel fundamental na mudança de paradigma e, portanto, no modo de trabalho em equipe que direciona para a interprofissionalidade (âmbito técnico-assistencial). O trabalho interprofissional pode favorecer a institucionalização da atenção psicossocial e promover práticas profissionais eficientes e respeitadas entre as categorias da saúde (SILVANO et al., 2024, p. 12).

Essa relação dialógica fundamenta-se em uma prerrogativa de olhar integral para o sujeito, o que pressupõe uma ação de cuidar mais ampla e que não deve se reduzir a uma área exclusiva, assim, se expande para incluir estratégias que promovam o protagonismo e a autonomia do indivíduo em seu processo de cuidado, ao invés de se limitar a contenção de sintomas. No entanto, no campo da saúde mental, especialmente no contexto da Atenção Primária e dos serviços substitutivos como os CAPS, observa-se uma tendência persistente à centralidade do saber biomédico na condução dos cuidados, mesmo diante de diretrizes que propõem uma atenção psicossocial e interdisciplinar. Esse aspecto foi apontado pelos resultados obtidos, a medida em que os dois estudos realizados no estado do Ceará evidenciam o enraizamento dessa lógica medicalizante: de um lado, profissionais da Atenção Primária reproduzindo práticas que reduzem o sofrimento à dimensão sintomática, frequentemente acionando o recurso medicamentoso como primeira resposta (SANTOS, et al. 2023); de outro, a infância aparecendo como um território particularmente vulnerável à patologização, com o aumento expressivo de

diagnósticos e prescrições para crianças atendidas em CAPS (FREIRE E DANTAS, 2022).

Desse modo, compreende-se que ainda hoje, apesar das reformas nas políticas de saúde mental e das tentativas de fortalecimento de uma clínica ampliada, o paradigma biomédico mantém sua centralidade, operando como uma matriz de entendimento do sofrimento. É a partir desse olhar que a dor psíquica é muitas vezes traduzida em sintomas, desvios e disfunções, convertendo experiências humanas complexas em quadros clínicos passíveis de padronização e intervenção medicamentosa. Assim, as prescrições de psicofármacos ensejam a centralidade do uso do medicamento como principal intervenção de cuidado em saúde mental (SANTOS, et al. 2023).

No texto *“Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará”* (SANTOS, ET AL. 2023), os autores apresentam esses aspectos através da realidade de um serviço de atenção básica em saúde. Na pesquisa, ainda é uma realidade a percepção dos profissionais acerca da eficiência rápida da medicação, o que é visto como uma forma de controle do sujeito em adoecimento psíquico. Esse aspecto leva, sendo os autores a uma constante prática de renovação de receitas, com consultas médicas focadas, principalmente, na prescrição, sem um aprofundamento na escuta e no acolhimento dos pacientes. Percebe-se, portanto, que a medicalização, nesse sentido, pode ser compreendida como um desdobramento direto da racionalidade biomédica. Visto que não se trata apenas do uso de medicamentos em si, mas da incorporação de uma lógica que busca localizar a origem do sofrimento no indivíduo: no cérebro, no neurotransmissor, no diagnóstico; culminando na ideia de que a cura está na supressão dos sintomas através de fármacos.

Na atenção primária, o discurso de que a medicação é uma estratégia de tratamento rápida e eficiente, que resulta na melhora do agravo dos usuários, se fazia presente no cotidiano do serviço. Era rotineira a organização para que os pacientes passassem pela consulta médica para renovação de suas receitas. Muitos iam à unidade apenas esse dia do mês, conhecido na agenda do médico como o “dia da saúde mental” (SANTOS, et al. 2023, p. 8).

Essa racionalidade é reforçada por dispositivos institucionais, protocolos e formações profissionais que seguem privilegiando uma leitura clínica pautada na objetividade, na evidência e na intervenção farmacológica como resposta imediata. O estudo ainda aponta para os relatos de profissionais que não se sentem aptos a lidar com demandas de sofrimento psíquico, denunciando a fragilidade das formações em relação a saúde mental, o que fortalece a lógica de centralidade médica e da dispensação de

remédios. Além disso, aspectos da gestão como a necessidade de produtividade e o cumprimento de metas quantitativas sobre os atendimentos, reduz ainda mais a possibilidade de ampliação do cuidado.

Esses aspectos estão pautados em uma lógica de gestão que prioriza a quantia em detrimento do valor, o que é ilustrado pela necessidade de atender à **muitas pessoas**, ainda que isso passe por encontros marcados pela rápida escuta de queixas e à renovação de receitas. Sem espaço para uma escuta qualificada ou intervenções que considerem as particularidades de cada caso, esse modelo favorece práticas padronizadas que coloca os protocolos e prescrições à frente da relação e, com isso, fragilizam a construção de vínculos e à efetivação de um cuidado verdadeiramente integral. Em uma tentativa de atender um grande número de pessoas, acaba-se por não oferecer uma escuta significativa a **ninguém**, tornando o cuidado impessoal e distante.

Trato nesse momento do termo *impessoal* dialogando com Heidegger (2015), isto que para o autor a impessoalidade é um modo de existência no qual o sujeito se dilui na cotidianidade, agindo segundo normas e expectativas sociais sem apropriar-se autenticamente de seu ser. Analogamente, um cuidado impessoal se dá quando os profissionais reproduzem práticas automatizadas e despersonalizadas, que não reconhecem a singularidade do outro, reduzindo-o a um caso ou diagnóstico, em vez de acolhê-lo como um ser-no-mundo. Em concordância com Feijoo (2023, p.211): “a patologização do sofrimento psíquico suscitou, na cultura ocidental, um sentimento generalizado de se ter de dar uma resposta técnica ao desespero e à angústia”.

O mesmo é apontado no texto *"Infâncias patologizadas: um estudo epidemiológico sobre o fenômeno da medicalização infantil em Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza"* (FREIRE E DANTAS, 2022) que discute a medicalização da infância e seus processos de patologização. Nessa pesquisa, a biologia é utilizada como fundamento incontestável para explicar fenômenos mentais, aproximando-os das doenças orgânicas e justificando o uso de medicamentos como principal intervenção:

Nesse cenário, observa-se que mesmo nos CAPS ocorre uma centralidade do cuidado na consulta médica, ainda que o acolhimento inicial possa ser feito por profissionais de diferentes áreas. Esse fato aponta para um certo enfraquecimento de outras terapêuticas que podem problematizar ou implicar os aspectos familiares ou sociais que também compõem as demandas emergentes. Assim, o uso do medicamento passa a apresentar-se como uma contenção química que, para além de reparar determinadas alterações, silencia uma série de aspectos que não recebem a devida atenção na compreensão da construção do diagnóstico (FREIRE & DANTAS, 2022, p. 248).

Mostra-se cada vez mais compreensível, em diálogo com o campo da fenomenologia-existencial, que o privilégio do saber biomédico que se dá através de diagnósticos padronizados, protocolos rígidos e de modo mais concreto na centralidade do uso do medicamento como forma de cuidado, aproxima esse entendimento sobre o homem com o conceito de técnica apresentado por Heidegger (2015). Para o filósofo, a técnica moderna não é apenas um conjunto de instrumentos, mas um modo de revelação que transforma tudo em "recursos disponíveis", inclusive o ser humano. Nessa lógica, o corpo e o sofrimento psíquico são tratados como objetos a serem corrigidos ou normalizados, perdendo-se a dimensão existencial e singular do sujeito. O cuidado torna-se, assim, uma operação técnica, mais voltada à eficiência do que ao encontro autêntico.

Em uma perspectiva metafísica, faz-se necessário definir e enquadrar a técnica como um meio para atingir um fim, e assim considerá-la como algo definitivo, fechado e sob o domínio do homem. Trata-se de uma concepção instrumental e antropológica da técnica. No mundo tal como projetado pela tecnologia científica pode ocorrer um enclausuramento da visão do cientista. Na relação substitutiva que estabelece com o mundo, ele, cientista, acaba por esquecer-se da essência das coisas e, priorizando o pensamento calculante, não deixa margem a outras possibilidades de compreensão (FEIJOO, 2004, p. 88).

Nesse contexto, a persistência da lógica biomédica na contemporaneidade não se deve apenas à sua eficiência técnico-científica, mas à sua potência normativa e simbólica. A medicalização, nesse sentido, pode ser compreendida como um desdobramento direto desse modo de operar. Não se trata apenas das prescrições em si, mas da incorporação de uma lógica que busca localizar a origem do sofrimento no indivíduo e repará-lo através da utilização dos frutos do avanço biotecnológicos, expressando um domínio da técnica sobre a existência. Nesse processo, o sujeito é visto como um “objeto” passível de manipulação, e sua existência é colocada sob um aprisionamento (“enquadramento”) em que tudo, inclusive sofrer, deve ser previsível e funcional, como menciona Santos e Sá (2013, p. 54): “eliminar rapidamente o sofrimento psíquico é eliminar qualquer experiência que questione os limites aceitáveis do horizonte cotidiano de sentido”.

Esses aspectos dialogam diretamente com um dos trabalhos presentes nos resultados que apresenta um panorama acerca da medicalização da infância na cidade de Fortaleza – CE. O estudo de Freire e Dantas (2022) revela uma crescente tendência à conversão do sofrimento psíquico infantil em diagnósticos e prescrições. O estudo aponta para a alta prevalência de crianças submetidas a tratamentos medicamentosos desde muito cedo, muitas vezes sem que haja uma escuta aprofundada de suas experiências ou um

espaço real para elaboração simbólica daquilo que as atravessa, mais uma vez atuações marcadas pela técnica e não pela abertura de possibilidades de encontro com o outro.

A centralidade do modelo biomédico, e o fenômeno da medicalização como desdobramento do mesmo, desvelam mais do que uma questão clínica, mas um modo de lidar com o sofrimento que busca, prioritariamente, silenciá-lo. Nessa lógica, a medicação aparece como instrumento não apenas terapêutico, mas regulador, voltado à adequação da criança a padrões funcionais e sociais estabelecidos. Assim, ao nomear, diagnosticar e medicar, não se trata apenas de uma prática terapêutica, mas de um modo de governar vidas e ordenar condutas (FOUCAULT, 1975).

Que dificuldade há, com a medicalização da infância, de autorizar a construção de histórias sem final, de descontrolar sobre o mundo, de vulnerabilidade, imaturidade e dúvida. E é na incapacidade de viver esse momento com todas as suas descobertas e dificuldades que a patologização torna-se possível, ainda que para isso seja preciso aniquilar toda e qualquer manifestação de vida genuína e pulsante (FREIRE & DANTAS, 2022, p. 247).

Os entrelaçamentos entre o fenômeno da medicalização e o conceito de biopoder se estreitam. Isso porque este último se refere a uma forma de poder que se exerce sobre a vida, mais especificamente, sobre a vida biológica dos indivíduos e das populações. Assim, em vez de atuar apenas por meio da repressão com ações proibicionistas, o biopoder atua gerenciando, regulando e administrando a vida. Ele se manifesta em práticas que visam cuidar, controlar e otimizar a saúde, a reprodução, a segurança e o comportamento dos corpos e das populações (DANNER, 2010).

Isso é ilustrado nos estudos dos resultados do presente trabalho, a medida em que ambos apontam a medicalização como estratégia de normatização, por produzir normas sobre o que é considerado um corpo saudável, um comportamento adequado, uma sexualidade aceitável, uma infância normal, criando padrões de normalidade e parâmetros que definem o que deve ser corrigido, tratado ou excluído. Ainda em diálogo com Danner (2010), nesse sentido, ao nomear, diagnosticar e medicar, não está sendo posto apenas uma prática terapêutica, mas de um modo de governar vidas e ordenar condutas.

Como apontado por Santos et al (2023, p. 15) “a medicalização tem o objetivo de regular uma série de características que a cultura, os pacientes, os familiares e os profissionais de saúde (sejam eles médicos ou não) passaram a perceber enquanto necessárias de restauração.” Desse modo, o biopoder se efetiva, não através da força, mas da normatização: as pessoas são induzidas a se regularem, a se corrigirem, a buscar

tratamentos para se tornarem "normais". O mesmo ocorre no cenário descrito por Freire; Dantas (2023, p. 259):

Além disso, o início dos sintomas se dá, em maior número, em um momento marcado pela curiosidade e a dúvida, que fazem das crianças sujeitos ativos e questionadores e, por vezes, os tornam ameaçadores da ordem social e da passividade exigida pela cotidianidade.

Visto que:

Características comuns dessa fase do desenvolvimento passam a ter um limiar cada vez mais tênue no que se refere à normalidade. A inquietude e a desatenção, por exemplo, devem apresentar-se na medida exata daquilo que se convencionou como normal, pois, ao contrário, passam de traços comuns do ser criança para critérios diagnósticos atendidos, o que centraliza as discussões acerca da patologização do ser criança na contemporaneidade (FREIRE & DANTAS, 2023, p. 246).

Diante disso, é necessário tensionar a pergunta: medicar é, de fato, cuidar? Ou estaríamos diante de um modelo que, ao se pretender tecnicamente neutro, produz exclusões e reafirma desigualdades? Visto que a medicalização da vida se apresenta como uma prática onde o biopoder atua fazendo “ser de uma forma normal” e regulando os desvios da norma, não apenas cuidando das doenças, mas organizando a existência. Assim, cada vez mais evidencia-se a necessidade de traçar novas rotas, não onde o lugar da medicina seja negado absolutamente, caso fosse estaríamos migrando para o outro polo, mas um caminho do meio, que respeite o tempo da palavra e o inacabamento da existência, evidenciando a potência transformadora do sofrimento quando acolhido em sua complexidade.

4.2 A escuta e outras ferramentas de cuidado

Desde seu surgimento, a psicologia tem sido atravessada por diferentes formas de atuação e de compreensão do seu lugar de trabalho. Institucionalizou-se como ciência a partir da criação do primeiro laboratório experimental por Wilhelm Wundt, em 1879 e, com isso, consolidou-se como um campo científico autônomo, distinto da filosofia e da fisiologia. O modo como esse surgimento se deu firmou o compromisso dessa área com os métodos das ciências naturais, pautando-se com forte ênfase na mensuração e na objetividade dos fenômenos psíquicos. Esse fortalecimento trouxe impactos significativos na forma como a psicologia se desenvolveu e foi reconhecida socialmente. O esforço por se firmar como ciência “natural” levou, por vezes, à redução do sujeito a dados, respostas e comportamentos observáveis, o que a fez tentar estabelecer leis gerais

sobre o funcionamento da mente humana por meio de experimentos controlados e observações quantificáveis (ABIB, 2009).

Assim, com o prestígio das ciências naturais e biológicas e do evolucionismo de Darwin, o homem pode ser estudado como um organismo, da mesma forma que os outros seres vivos. Perde-se a unidade entre corpo e alma; esta deve ser conhecida através daquele, principalmente através da fisiologia do cérebro, órgão onde se localizam as propriedades e funções da alma. Como a ciência implica regularidades mensuráveis, o conhecimento não é mais produto da autorreflexão, do voltar-se da alma para si mesma (VILELA, 2012, p. 33).

Apesar disso, a escuta foi ganhando força e legitimidade ao longo da história como uma via essencial para a compreensão do sofrimento humano. Particularmente com a psicanálise freudiana, o campo clínico se constitui a partir de uma aposta central: ouvir. Freud, ao afastar-se dos métodos médicos tradicionais e dar lugar à fala do paciente, inaugura um modo de intervenção que privilegia a escuta como via de acesso à subjetividade. Se no início a psicologia buscava se afirmar dentro do modelo das ciências naturais, é notório que os poucos emergiram abordagens que colocaram a experiência subjetiva no centro da prática clínica. Nessas vertentes, escutar tornou-se mais do que uma técnica: passou a ser uma postura ética e epistemológica, capaz de acolher a complexidade, a ambiguidade e a singularidade do sujeito em sua relação com o mundo.

Esses aspectos apontam para um entrelaçamento amplo acerca da história da psicologia e de seu fortalecimento enquanto campo do conhecimento, como aponta Abib (2009, p. 204):

É como fato histórico que a psicologia surge e se desenvolve com acepções diferentes de ciência até os dias de hoje. Fato esse que merece ser ressaltado porque a psicologia não só não abandonou o projeto de se constituir como ciência, como também porque, antes de ser diagnosticada como sendo não científica, pode-se perguntar se tal diversidade não pode ser elucidada da perspectiva da epistemologia pluralizada. O que se pode dizer, sob essa ótica, é que a elucidação do projeto científico da psicologia se faz à luz de sua constituição histórica. O projeto científico da psicologia é constituído por tensões no âmbito da epistemologia da ciência, da metafísica, da visão de mundo, da ideologia, dos interesses intelectuais, dos contextos acadêmicos.

No Brasil, como sugerem Piasson e Freitas (2022), a psicologia foi oficialmente reconhecida como profissão em 1962, e desde então percorre um caminho marcado por tensões entre diferentes modelos de atuação e concepções de sujeito. Inicialmente influenciada por abordagens importadas, especialmente as vertentes norte-americanas de cunho behaviorista e cognitivista, marcou-se pelas atuações no cenário de avaliação psicológica (chamada de psicotécnico, por exemplo). Como aponta Vilela (2012), independente do contexto de atuação os testes psicológicos eram o instrumento

privilegiado e restrito dessa categoria. Desse modo, o psicólogo era, muitas vezes, visto como um técnico que classificava indivíduos com base em desempenhos, aptidões, traços de personalidade, capacidades cognitivas, especialmente em contextos escolares, militares e organizacionais. Essa etapa, embora importante para a consolidação da profissão, também revela como a psicologia, em seu início, esteve imersa em um paradigma que priorizava a resolutividade e o que poderia ser quantificável, em detrimento da singularidade subjetiva, contribuindo mais para a seleção e padronização do que para a escuta ou compreensão das experiências.

Houve, nessa época, um rápido desenvolvimento da Psicologia, relacionado, sobretudo, às demandas oriundas de uma sociedade que se transformava na direção da industrialização e cujas contradições exigiam ações que poderiam ter na ciência psicológica um poderoso substrato de natureza científica e técnica (representada especialmente pelos instrumentos de medidas psicológicas). Assim, a Psicologia se desenvolve, se fortalece e se consolida, como ciência e profissão, na medida de sua capacidade de responder às necessidades geradas por um projeto político, econômico e social dirigido pela nova classe dominante, a emergente burguesia industrial, que tem na modernização a base para suas realizações no campo das ideias e da gestão de seus negócios e da sociedade (ANTUNES, 2012, p. 58).

A atuação da psicologia centralizada na avaliação psicológica se dá, porque em grande parte da história da psicologia a prática da psicoterapia era restrita aos médicos, especialmente a área da psiquiatria. No entanto, ao longo do século XX, com o avanço das ciências humanas e sociais e a consolidação da psicologia como campo de saber e prática, os psicólogos começaram a reivindicar e ocupar espaços na escuta e no cuidado terapêutico. Esse movimento foi especialmente significativo a partir das décadas de 1950 e 1960, quando abordagens como a psicologia humanista, a fenomenologia existencial e as psicoterapias de orientação psicanalítica passaram a ganhar força e legitimidade no meio acadêmico e profissional. Em solo brasileiro, a psicoterapia passou progressivamente a ser reconhecida como um campo legítimo de atuação do psicólogo após a regulamentação da profissão, embora esse reconhecimento tenha sido conquistado aos poucos e, por vezes, em meio a disputas com a medicina. Hoje, a psicoterapia representa uma das principais formas de intervenção do psicólogo clínico, sendo concebida não apenas como técnica, mas como um encontro ético com o outro sustentado no vínculo terapêutico (ANTUNES, 2012).

É notório que se buscou, ao longo de décadas, construir práticas mais contextualizadas às realidades sociais, culturais e políticas do país. O que levou a psicologia a abrigar múltiplas formas de compreender o adoecimento e de se relacionar

com o sujeito, não mais apenas através da quantificação de características, o que sugere que essa diversidade, longe de ser uma fragilidade, revela a riqueza e a potência de um campo que não se fecha em um único modelo, mas que busca, em sua multiplicidade, responder as complexidades de demandas. Atualmente, como apresenta Cordioli & Grevet (2019) no livro *“Psicoterapias: abordagens atuais”*, mesmo diante da ascensão de modelos técnicos e prescritivos, a escuta se preserva como um gesto ético e a psicoterapia como uma atuação forte, que reconhece o sujeito não como portador de um sintoma isolado, mas como alguém atravessado por relações, histórias, afetos e significados. Isso aponta para a compreensão de que mesmo com diversas abordagens clínicas, cada qual com seus modos de escutar e interpretar, o compromisso com a escuta permanece como eixo estruturante da prática psicológica.

Assim, no trabalho do profissional psicólogo, ouvir não se limita à decodificação de palavras, mas envolve também acolher os silêncios, os gestos e tudo aquilo que escapa ao discurso linear. Isso porque é a escuta o que nos permite sustentar a pergunta sobre o sentido do sofrimento, em vez de apenas silenciá-lo com respostas prontas (FEIJOO, 2012):

O clínico acompanha aquele que sofre naquilo que ele tem a dizer e a lamentar, aguarda pacientemente que, frente à dor, outras possibilidades apareçam. E assim, no momento em que, com coragem, aquele que está em sofrimento vislumbra outras possibilidades, o clínico continua a acompanhá-lo de modo a aguardar que a transformação possa acontecer (FEIJOO, 2012, p. 983).

Rubem Alves (1986) em seu ensaio “Escutatória” ao escrever: “sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar... Ninguém quer aprender a ouvir. Pensei em oferecer um curso de escutatória, mas acho que ninguém vai se matricular. Escutar é complicado e sutil”, nos lembra dos desafios de escutar e, paralelamente, acompanhar um processo terapêutico, em tempos marcados pela velocidade da comunicação e pela valorização excessiva da expressão individual. Isso porque ao contrário do que se imagina, escutar é um ato ativo, que demanda abertura ao outro e disposição para ser afetado pelas palavras, o que exige não apenas silêncio, mas também disponibilidade interior, paciência e a suspensão dos próprios julgamentos (BRANCO; CIRINO, 2016).

Com isso, diante da percepção da potencialidade da escuta e de problematizações acerca da centralidade do discurso medicalizante, faz-se presente nesse trabalho a proposta de alternativas psicossociais de cuidado, compreendendo que cuidar é, antes de

tudo, **sustentar um espaço de relação**, onde o sofrimento possa ser narrado, compartilhado e, sobretudo, legitimado:

A percepção da escuta como instrumento de trabalho emerge nos discursos dos psicólogos a partir de uma certa abertura por parte do profissional. Desenvolve-se o raciocínio clínico para além da avaliação diagnóstica em si. Pensando na avaliação como um mecanismo possível de exclusão, foi possível perceber a experiência de construção diagnóstica como um processo de compreensão do sujeito na sua complexidade (BRAGA; DALTRO; DANON, 2012, p. 95).

Nesse contexto, a escuta não apresenta como objetivo principal eliminar rapidamente o mal-estar, mas aposta na potência criativa do sofrimento como via de reinvenção de si e do mundo (FEIJOO, 2012). Desse modo, essa concepção de cuidado reconhece que o sofrimento psíquico não é isolado da história do sujeito, nem desvinculado das condições de vida, das experiências afetivas, das redes de pertencimento. Por isso, ao escutar com atenção e presença, o psicólogo se aproxima da verdade vivida daquele que sofre, sendo essa uma verdade que se constrói na linguagem, no corpo, no silêncio, no que é dito e não dito (LESSA & SÁ, 2006). Constroem-se, com isso, uma reafirmação do humano como centro do cuidado, resistindo à lógica da objetivação e da produtividade que muitas vezes atravessa os discursos medicalizantes sobre saúde mental (FREIRE E DANTAS, 2022).

Nos textos abordados para a construção da presente categoria alinha-se em convergência a importância da escuta como uma forma de resistência à medicalização excessiva e à normatização dos sujeitos. Em ambos a escuta psicanalítica é apresentada como uma alternativa de cuidado em saúde mental pautada em uma experiência de cura que envolve a compreensão profunda das vivências e emoções dos indivíduos. Desse modo, ela permite acolher o sofrimento dos sujeitos, respeitando sua singularidade e oferecendo um suporte emocional que vai além da simples eliminação de sintomas. O primeiro texto, intitulado “*A medicalização no referencial psicanalítico: uma revisão sistemática de literatura*” (Salvador & Cordeiro, 2020) aponta para a escuta como fundamental para entender as causas e relações dos sintomas com a história do sujeito, permitindo uma abordagem mais profunda e personalizada do sofrimento psíquico.

Assim como no estudo “*Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de covid-19 à luz da escuta psicanalítica dos vínculos*” (EMIDIO; OKAMOTO; SANTOS, 2023), que aborda o impacto do confinamento doméstico provocado pela pandemia de COVID-19 na maternidade de mulheres trabalhadoras em home office e a

importância da escuta para o cuidado em saúde mental. Esse trabalho destaca de modo amplo a necessidade das mães de cuidados psicológicos devido ao estresse acentuado pela hiperconvivência familiar e a falta de apoio social. Ao passo em que muitas participantes recorreram à automedicação para lidar com a ansiedade e a tristeza, a escuta apresenta-se como um espaço de suporte emocional onde as mesmas possam expressar suas emoções e receber o apoio adequado.

Embora os dois textos utilizados nesta seção abordem especificamente a escuta psicanalítica, é importante esclarecer que o debate construído aqui foca em refletir sobre a escuta de modo mais amplo, não restrito a uma única abordagem teórica. Assim, ainda que os textos tenham essa orientação conceitual, a discussão se abre para pensar a escuta como **atitude** fundamental no campo da psicologia, transversal a diferentes abordagens e comprometida com o reconhecimento do sujeito em sua singularidade. Na psicoterapia, o ouvir não significa apenas acolher uma opinião, mas perceber o que emerge do fundo desta, questionando certezas e criando novas formas de ser e perceber as coisas através do diálogo (MOURA & GIANELLA, 2016).

Os estudos sugerem uma certa caminhada em contramão entre a escuta e o fenômeno da medicalização, a medida em que apresenta o paradigma da ciência médica e a postura de escuta como abordagens distintas para o cuidado em saúde mental, cada uma com suas próprias metodologias, objetivos e implicações para os pacientes. Salvador; Cordeiro (2020) discorrem sobre a concentração da medicina em identificar e tratar doenças e transtornos mentais com base em diagnósticos clínicos, enquanto que em um processo psicoterapêutico ouvir é central, permitindo que o paciente expresse seus conflitos e, com isso, compreenda seus modos de funcionamento e elaboração das próprias questões. Nesse sentido, enquanto a medicina proporciona alívio rápido dos sintomas e utiliza evidências empíricas para validar tratamentos, a psicoterapia/psicanálise oferece uma compreensão profunda e personalizada do sofrimento psíquico, valorizando a construção de sentido e a interpretação.

Com a crescente melhora dos resultados terapêuticos obtidos pelos tratamentos medicamentosos, reduzindo drasticamente o tempo e o gasto econômico necessários para se obter um alívio do sofrimento e das limitações impostas pela dor mental, a Psicanálise (ou qualquer proposta de psicoterapia) passou a ver-se numa posição desconfortável quanto à justificativa de suas propostas clínicas, num mundo onde cada vez mais são valorizadas a eficiência, a rapidez e a garantia (PELEGRINI, 2003, p. 41).

O campo da escuta encontra, portanto, desafios frente a cultura de medicalização da vida. Isso porque é, cada vez mais, comum que indivíduos iniciem o processo terapêutico já munidos de diagnósticos prévios e em uso de medicações, muitas vezes sem terem tido a oportunidade de expressar suas experiências e sentimentos de forma aprofundada. Essa antecipação do diagnóstico e da intervenção farmacológica pode dificultar o processo psicoterápico, pois cristaliza o sofrimento em categorias fixas e esvazia o espaço de escuta e construção de sentido. O psicoterapeuta, nesse contexto, é chamado a criar um campo onde o sujeito possa se reconectar com sua experiência, para além dos nomes que lhe foram atribuídos, reabrindo a possibilidade de narrar sua dor com suas próprias palavras (FEIJOO, 2023).

Vale ressaltar que ao apontar que muitas pessoas chegam ao processo já com diagnósticos e prescrições, o que está em jogo não é um juízo de valor sobre o uso de medicamentos em si, mas o processo pelo qual o sujeito, ao se dar um diagnóstico pronto, muitas vezes passa a se afastar de sua própria experiência, reduzindo sua dor a uma etiqueta clínica (SILVA E CANAVÊZ, 2017). Esse distanciamento de si impede que a pessoa entre em contato com os sentidos mais profundos de seu sofrimento, com suas histórias, afetos e contradições. A escuta clínica, então, enfrenta o desafio de reaproximar o sujeito de sua própria existência, abrindo espaço para que ele se escute, se estranhe, se reconheça e possa lidar, com mais liberdade e responsabilidade, com os sofrimentos que são próprios do viver humano. Trata-se de uma aposta na reconstrução de vínculos com a própria experiência (FEIJOO, 2023), algo que nenhum diagnóstico, por mais preciso que seja, pode substituir.

Para essa reconstrução, os estudos dessa categoria apontam a necessidade de um cuidado ampliado e crítico, inclusive em casos de atuação em torno da escuta articulada ao uso de medicação, sem reduzir o sujeito à dimensão biológica. Isso porque longe de se colocarem em oposição, escuta e medicação podem se complementar quando há uma perspectiva clínica que reconhece a complexidade do indivíduo. Nesse contexto, a medicação pode atenuar sintomas agudos e possibilitar condições mínimas para que a palavra emergja, abrindo espaço para a escuta e o trabalho subjetivo (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004). No entanto, é fundamental que essa aliança não se sustente em uma lógica reducionista ou meramente protocolar, mas sim em uma ética do cuidado que valorize a singularidade da experiência e o lugar da relação como eixo estruturante do

encontro clínico, como aponta os autores: “(...) talvez essa meta precise levar o tempo necessário para a elaboração do luto da perda da onipotência daqueles que (ainda) defendem o reducionismo (FREY; MABILDE; EIZIRIK, 2004, p. 122).

O estudo de Emidio; Okamoto; Santos (2023) presente nos resultados desse trabalho ilustra o quanto, com a pandemia da COVID-19, observou-se um aumento significativo na intensidade das questões emocionais vivenciadas pela população, incluindo as mulheres, público da referida pesquisa. O isolamento social, a insegurança financeira, o luto e a incerteza quanto ao futuro contribuíram para o agravamento de quadros de ansiedade, depressão e estresse, além da fragilidade da rede de apoio das mesmas. O texto mostra que diante da dificuldade de acesso a serviços de saúde mental e da urgência em aliviar o sofrimento psíquico, muitas mulheres recorreram à automedicação como uma forma de lidar com esses sintomas, muitas vezes sem orientação profissional adequada. Esse comportamento, embora compreensível diante do contexto vivido, traz riscos importantes à saúde e ilustra o processo de medicalização a partir da tentativa de aliviar o sofrimento emocional por meios próprios, muitas vezes sem o suporte de outras práticas de cuidado.

Percebe-se que com a chegada da pandemia o movimento de automedicação como forma de alívio de sintomas psíquicos foi fortalecido. Em meio à dificuldade de acesso a serviços de saúde mental e à sobrecarga dos sistemas de saúde, o uso de psicofármacos sem orientação adequada tornou-se uma prática comum, agravando ainda mais os riscos associados à automedicação e à medicalização da vida cotidiana, o que será discutido na sessão posterior.

4.3 Sofrimento Psíquico e Medicalização no cenário de Pandemia COVID -19

É sabido que o cenário de pandemia da COVID-19 representou um marco significativo no agravamento do sofrimento psíquico em diferentes contextos sociais e subjetivos. O isolamento social, a ruptura dos vínculos cotidianos, as incertezas quanto à saúde, à economia e ao futuro, além da sobreposição de demandas, sobretudo no âmbito familiar, foram elementos que impactaram profundamente a experiência existencial dos sujeitos. Além dos impactos diretos da COVID-19 sobre a saúde física, o mundo testemunhou, paralelamente, uma verdadeira “pandemia de transtornos mentais” (como

foi chamado o aumento de demandas psicológicas), que emergiu como expressão das múltiplas camadas de sofrimento impostas pelo contexto pandêmico.

As pandemias tendem a ser marcadas por perdas em massa: não somente de vidas humanas, mas também de rotinas, costumes e regras, obrigando as pessoas a lidarem com um cenário de imprevisibilidade atípico. É esperado um aumento no sofrimento psíquico, reações psicológicas, níveis de estresse, ansiedade e irritabilidade, além da manutenção prolongada de medos e inseguranças. Por isso, maiores incidências de transtornos psiquiátricos, incluindo depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático, são previstas (ALVES et al. 2021, p. 1).

Percebeu-se com essa vivência que a pandemia acentuou não apenas os sofrimentos previamente existentes, mas também revelou de maneira contundente a fragilidade dos modos contemporâneos de lidar com a dor psíquica. Isso porque tornou-se evidente como o sofrimento, enquanto expressão legítima da existência diante de situações-limite, ainda é frequentemente reduzido a um fenômeno patologizável, passível de intervenção medicamentosa. Nesse contexto, diversos estudos apontaram um aumento significativo nos índices de ansiedade, depressão, estresse, insônia e uso de substâncias psicoativas, além de quadros de burnout, especialmente entre profissionais da saúde, mães sobrecarregadas, trabalhadores precarizados e crianças e adolescentes privados da convivência escolar e social. Embora esses quadros tenham sido majoritariamente nomeados como transtornos mentais, é necessário refletir sobre o quanto essas manifestações, na verdade, são respostas humanas e compreensíveis a uma situação extraordinária de sofrimento, incerteza e ameaça a existência, como aponta MORGAN; ROSE (2020) APUD GARCIA ET AL. (2022, p. 96):

(...) ansiedade, tristeza ou dificuldade para dormir são respostas compreensíveis às mudanças sociais advindas com a pandemia, devendo ser entendidas como uma forma de sofrimento social. Ao entendê-las como sintomas de doenças mentais, corre-se o risco de patologizar processos de adaptação comuns a um período de incertezas.

A pandemia instaurou um contexto de crise coletiva, no qual os sujeitos foram convocados, abruptamente, a reorganizar suas rotinas, redes de apoio, modos de trabalhar, de se relacionar e de existir no mundo. Nesse sentido, é compreensível que algumas manifestações psíquicas se configurem como expressões de um sofrimento social, no qual as marcas do adoecimento não dizem respeito apenas às histórias individuais, mas a um mal-estar que é compartilhado, contextual e atravessado por determinantes sociais, econômicos e culturais. A redução desse sofrimento à lógica diagnóstica e biomédica corre o risco de desconsiderar seu caráter situado, transformando experiências de

adaptação e de enfrentamento a uma situação excepcional em quadros clínicos patologizados (GARCIA ET AL., 2022).

A transformação desse sofrimento em diagnóstico não é um fenômeno isolado, mas sim um reflexo de uma lógica de medicalização que já operava nas sociedades contemporâneas e que foi profundamente intensificada no contexto da pandemia. Diante de uma crise sem precedentes, a busca por contenção rápida do mal-estar se traduziu na ampliação do consumo de psicofármacos e na adoção de soluções protocolarizadas, centradas na normatização da experiência e na tentativa de suprimir sintomas, em vez de acolher a angústia como fenômeno legítimo do momento vivido (MONTEIRO ET AL., 2024). Assim, na medida em que expressões de emoções passam a ser enquadradas como sintomas de um transtorno, perde-se a possibilidade de compreendê-las como algo que fala da relação do sujeito com o mundo, com a história e com a condição humana em situações-limite ou de crise.

Lima (2023) investiga, por meio de uma revisão integrativa, como a pandemia de COVID-19 influenciou o aumento do uso de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde, expondo o quanto a crise sanitária provocada pela pandemia levou a um crescimento nas prescrições de medicamentos psicotrópicos, como ansiolíticos e antidepressivos. Com isso, o estudo destaca que comportamentos e sofrimentos que antes não eram considerados problemas médicos passaram a ser tratados farmacologicamente. A medicalização se intensificou como resposta rápida e simplificada a problemas complexos, muitas vezes sociais ou emocionais frutos de um determinado contexto. Essa lógica de patologização revela não apenas uma dificuldade social em sustentar a angústia e o mal-estar, mas também evidencia o predomínio de modelos que tendem a individualizar e biologizar o sofrimento. Ao deslocar a atenção dos determinantes sociais e existenciais para os marcadores neuroquímicos e diagnósticos, corre-se o risco de **silenciar o apelo subjetivo presente no adoecer**, bem como de invisibilizar as condições sociais que produzem e mantêm o sofrimento.

O silenciamento do apelo subjetivo mencionado acima foi exemplificado no texto que endossa essa categoria de discussão nomeado como “Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de COVID-19 à luz da escuta psicanalítica dos vínculos.” de Emidio; Okamoto; Santos (2023), a medida em que as autoras evidenciam como a sobrecarga materna foi potencializada no contexto pandêmico, em razão da acumulação

das funções de cuidado, trabalho e mediação escolar, somada ao isolamento social. Esse cenário gerou um aumento significativo de queixas relacionadas à ansiedade, tristeza, exaustão e desamparo, frequentemente interpretadas dentro de uma lógica patologizante, que desconsidera os determinantes contextuais e existenciais envolvidos.

Essa sobreposição de papéis, historicamente atribuída às mulheres, revelou-se, segundo Matos e Albuquerque (2023) insustentável em um contexto de crise sanitária e social. O colapso das redes de apoio, a invisibilização do cuidado, atividade essencial para a manutenção da vida, porém historicamente desvalorizada, e a exaustão emocional resultaram em uma intensificação das queixas relacionadas a questões de saúde mental. Nota-se, portanto, que esse sofrimento, que tem raízes claramente situadas nas condições materiais, sociais e relacionais impostas pela cenário patriarcal e fortalecidas pela pandemia, foi, muitas vezes, interpretado a partir de uma lógica patologizante, ou seja, na prática, muitas dessas mulheres foram conduzidas para itinerários terapêuticos centrados na lógica biomédica, recebendo prescrições farmacológicas como respostas prioritárias ao mal-estar, sem que houvesse, necessariamente, uma escuta sensível às suas experiências ou uma reorganização mais ativa de sua rede de apoio.

O acirramento da “questão social” somado à divisão sexual e racial do trabalho na pandemia enredaram inúmeras inferências, de forma particular, na saúde mental das mulheres. Nas entrevistas realizadas e pelos prontuários das usuárias do CAPS II apreendemos por meio de suas faces, palavras e choros, o peso desse cenário nas suas vidas. Foram elas que cuidaram e cuidam da sociedade enquanto o Estado se omite, antes ou após a ocorrência da pandemia da Covid-19 (MATOS E ALBUQUERQUE, 2023, p. 49).

Longe de desejar, nesse trabalho, invalidar os debates acerca da real intensificação do sofrimento psíquico, almeja-se compreender que essas manifestações não podem ser vistas simplesmente como disfunções psíquicas isoladas do mundo, mas, antes, como expressões legítimas de sujeitos que se encontram em um processo de enfrentamento diante de circunstâncias extremas, marcadas pela sobrecarga, pela ausência de suporte e pela intensificação das desigualdades. O risco de traduzir essas experiências em diagnósticos individuais é o de obscurecer o caráter coletivo, relacional e social do sofrimento, deslocando a responsabilidade do contexto apenas para o indivíduo, (des)historicizando o fenômeno.

Além disso, é possível perceber que, ao medicalizar essas experiências, impede-se a possibilidade de nomear o sofrimento em seu âmbito coletivo e histórico. O mal-

estar, que poderia ser elaborado como expressão de um fenômeno social, ou um desencontro nas relações, nas dinâmicas de cuidado e na estrutura familiar, passa a ser lido como falha pessoal, como incapacidade de dar conta, como disfunção. No estudo que endossa essa categoria, percebemos que a lógica que fortaleceu esse discurso acabou recaindo sobre as mulheres através de uma responsabilização individual. Essa interpretação, profundamente alinhada com uma lógica neoliberal e patriarcal, desconsidera que o adoecimento não surge no vazio, mas é atravessado por condições concretas de existência, onde as mulheres historicamente ocupam o lugar de cuidadoras invisíveis, não reconhecidas e sobrecarregadas (GAUDENZI, 2021).

Essa lógica não apenas individualiza o sofrimento, mas também oculta o caráter estrutural da opressão de gênero, naturalizando a divisão desigual do trabalho e desresponsabilizando o coletivo, o Estado e a sociedade como um todo (Landeiro, 2022). Assim, o mal-estar que poderia ser entendido como denúncia de um modelo social que colapsou, especialmente sobre as mulheres, é reduzido a um problema interno, que deve ser tratado no nível do sujeito, muitas vezes através de intervenções que visam apenas a supressão dos sintomas. A crítica que emerge desse cenário é potente: o sofrimento das mulheres na pandemia não é sinal de fragilidade pessoal, mas, sim, efeito de uma sobrecarga histórica, que se intensificou em um contexto onde todas as redes de apoio: escola, creches, rede familiar ampliada, espaços comunitários, foram abruptamente retiradas. E, no entanto, as exigências sociais permaneceram as mesmas, ou até se ampliaram, recaindo quase exclusivamente sobre elas (SANTOS E SILVA, 2021).

Paralelamente ao aumento expressivo na prescrição de psicofármacos durante a pandemia, observou-se também um crescimento significativo na busca por psicoterapia, fortalecendo, inclusive a modalidade de atendimento online:

Estudos evidenciaram que as(os) psicoterapeutas que ofereceram intervenção psicológica à distância durante a pandemia de COVID-19 enfrentaram desafios práticos e pessoais específicos do trabalho remoto, mas também alcançaram ganhos e vantagens após o período de ajustamento necessário” (SANTOS ET AL., 2024, p. 2).

Esse movimento, embora à primeira vista pareça apontar para uma maior valorização do cuidado com a saúde mental, carrega em si nuances que merecem ser analisadas com atenção. A partir da minha experiência clínica sugiro que por um lado, parte dessa busca esteve atravessada pela mesma lógica que orientou o aumento do consumo de

medicamentos: uma tentativa de encontrar respostas rápidas e soluções imediatas para um mal-estar generalizado, intensificado pelas incertezas, pelo isolamento e pela sobrecarga que a pandemia impôs. Por outro lado, esse mesmo movimento revelou uma abertura importante para a construção de espaços de escuta qualificada, capazes de acolher o sofrimento em sua complexidade.

Nesse cenário, a psicoterapia se apresentou, para muitas pessoas, como um espaço possível de suspensão da lógica imediatista e medicalizante, favorecendo a criação de um território de encontro, onde o sofrimento pôde ser nomeado, escutado e elaborado. Desse modo, a escuta clínica mostrou-se, novamente, como uma via de resistência à tendência de patologização do mal-estar, permitindo que o sujeito fosse reconhecido em sua singularidade, em sua história e em seu modo próprio de viver a pandemia. O estudo de Moraes et al. (2021) elucidou essa temática expondo a realidade dos profissionais de saúde no contexto de pandemia. É compreensível que a saúde mental de quem atuou na linha de frente foi profundamente impactada (DANTAS, 2021). O medo constante de contaminação, a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos e a perda de pacientes criaram um ambiente de estresse intenso e contínuo. Foi apresentado que a psicoterapia se destacou como uma ferramenta essencial para o cuidado emocional desses profissionais.

Com isso, psicólogos puderam oferecer suporte emocional, orientar sobre o manejo de situações difíceis e ajudar os profissionais a lidarem com suas emoções e sentimentos. Além da contribuição para o fortalecimento de redes de apoio, incentivando o contato com familiares e amigos, o que foi crucial para manter o equilíbrio emocional. Em contrapartida, os psicólogos também enfrentaram desafios significativos no aumento da demanda de atendimento. A adaptação ao atendimento online foi uma solução importante, permitindo a continuidade do cuidado psicológico e evitando a propagação do vírus. O estudo também destaca a importância da psicoterapia na prevenção de transtornos como ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e síndrome de Burnout. No entanto, para que esse cuidado fosse efetivo, o trabalho destaca a necessidade de ações institucionais, como a criação de ambientes acolhedores, a redução da carga horária de trabalho e a construção de redes de apoio psicológico, o que mais uma vez aponta para estratégias de cuidado contextualizadas como uma alternativa de ampliação da visão sobre cuidado (LIMA, 2023).

Percebe-se que a experiência pandêmica, ao confrontar os sujeitos com a finitude, a incerteza e a fragilidade das estruturas habituais de sustentação da vida, também despertou, em muitos casos, a necessidade de elaborar sentidos, de compreender-se no mundo e de ressignificar a própria existência. Por esse lado, o fortalecimento da busca por psicoterapia expressa o desejo, muitas vezes silencioso, de encontrar espaços em que seja possível existir para além da performance, da produtividade e da medicalização, espaços onde a palavra possa circular e onde a dor encontre escuta, compreensão e elaboração.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesse estudo vão ao encontro de minhas inquietações iniciais acerca da enunciação do fenômeno da medicalização da vida na prática clínica psicológica de psicoterapeutas. Durante o percurso de pesquisa buscou-se compreender os modos como esse processo tem sido relatado por esses profissionais na produção em Psicologia no Brasil, a partir de uma abordagem fenomenológico-hermenêutica. A partir disso, foi possível evidenciar que o sofrimento psíquico, embora constitua uma dimensão legítima e inerente à existência humana, tem sido frequentemente reduzido a um conjunto de sintomas a serem eliminados, sobretudo por meio de intervenções biomédicas e farmacológicas.

Resgatando o trajeto construído e a análise dos textos selecionados percebeu-se a persistência de uma lógica medicalizante que, ancorada no saber biomédico, tende a silenciar a complexidade das experiências subjetivas. Essa lógica, ao privilegiar a prescrição medicamentosa como resposta prioritária ao sofrimento, desconsidera os aspectos históricos, sociais, relacionais e existenciais que atravessam o adoecer psíquico. Tal cenário evidencia a urgência de fortalecer práticas clínicas que resgatem o sujeito em sua singularidade, historicidade e potência de elaboração. Nesse contexto, a escuta psicológica apresentou-se como ferramenta essencial de resistência à normatização dos modos de existir. Escutar, aqui, não foi apresentado como apenas ouvir, mas sustentar um espaço de encontro, de acolhimento e de construção de sentido. Podendo, através disso, reconhecer que o sofrimento não é um erro a ser corrigido, mas uma expressão legítima da condição humana, que pode ser transformada em possibilidade de crescimento, aprendizado e ressignificação.

Nesse trabalho foram construídas, a partir de quatro estudos, três categorias de sentido fortalecendo os aspectos da discussão: medicalização e saber biomédico: medicar como centro do cuidado, a escuta e outras ferramentas de cuidado e sofrimento psíquico e medicalização no cenário de Pandemia COVID-19. Todas apresentam desafios da prática psicológica em relação ao desvelamento da medicalização da existência no trabalho clínico, estando a última situada nas vivências atravessadas pelo contexto pandêmico, momento tão singular nos últimos anos. Esse momento intensificou os processos de medicalização, ao mesmo tempo em que evidenciou a fragilidade das redes de cuidado e a sobrecarga emocional de diversos grupos sociais, especialmente das

mulheres. No entanto, também revelou a potência da psicoterapia como espaço de escuta e elaboração, reafirmando a importância de práticas clínicas comprometidas com a ética do cuidado e com a valorização da experiência vivida.

Diante de tudo que foi exposto ainda vale ressaltar que essa dissertação não propõe uma negação do uso de medicamentos ou da importância dos avanços biomédicos, mas convida a uma reflexão crítica sobre os riscos da medicalização excessiva e da patologização do sofrimento. Propõe-se, sobretudo, a construção de uma psicologia clínica que afirme o cuidado como encontro, que valorize a palavra, o tempo e a singularidade, e que se comprometa com a promoção de uma escuta sensível, ética e transformadora. Afinal, é justamente na negligência desse compromisso que corremos o risco de, mesmo a partir da psicologia, reproduzir práticas psicologizantes e reducionistas, que capturam o sofrimento em classificações rasas, oferecendo respostas prontas e intervenções superficiais, que pouco dialogam com a complexidade e a historicidade da existência humana. Portanto, refletir sobre esses riscos é fundamental para que a própria psicologia não se torne mais um instrumento de medicalização da vida.

Nesse aspecto, o presente trabalho contribui para o fortalecimento de uma clínica psicológica humanizada e ética. Isso porque reafirma a importância de uma psicologia clínica que questione práticas reducionistas, propondo uma escuta que valoriza a singularidade, a historicidade e a subjetividade do sujeito, tensionando a hegemonia do modelo biomédico e impulsionando a atuação do psicólogo de modo crítico e dialogado, em alternativa a subordinação a esse modelo. Através disso, propõe um olhar ampliado, capaz de reconhecer as dimensões sociais, culturais, econômicas e existenciais do sofrimento, além de convoca os profissionais e estudantes à responsabilidade de não reproduzir práticas que silenciem o sofrimento, mas que construam espaços de reflexão, elaboração e autonomia.

Por meio do referencial fenomenológico-existencial o estudo voltou-se a compreender a temática através de fenômenos subjetivos da contemporaneidade, valorizando a experiência vivida e os sentidos construídos no mundo da vida. Ampliando o debate acadêmico sobre o sofrimento psíquico na contemporaneidade, e abordando como as demandas sociais por alta performance, produtividade e positividade impactam a saúde mental e favorecem processos de medicalização. Nesse interim, não se buscou apenas realizar uma crítica, mas também propor caminhos, ao afirmar uma psicologia que

se orienta pelo cuidado como encontro e como valorização da complexidade do existir. Trata-se de uma proposta ética, que se distancia de respostas prontas e de intervenções que capturam a experiência em diagnósticos apressados ou reduções biologizantes.

Além disso, ao articular uma revisão narrativa com uma abordagem fenomenológico-hermenêutica, destaca-se uma contribuição metodológica relevante tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica. Visto que prioriza a compreensão do fenômeno da medicalização a partir dos sentidos produzidos na experiência de outros psicólogos e pesquisadores, reafirmando a importância de uma prática que se coloque em constante diálogo com a cultura e o mundo em que se vive.

Em pesquisas futuras, no âmbito do doutorado, estimo ampliar as reflexões aqui construídas, articulando o fenômeno da medicalização da vida a outras dimensões da experiência humana. Interessa investigar, de modo mais aprofundado, como esse fenômeno se enuncia e se manifesta culturalmente, atravessando produções artísticas como músicas, filmes, séries, literatura e outras expressões estéticas. Isso porque entendo que esses espaços não apenas refletem, mas também produzem sentidos sobre o sofrimento, a felicidade, a performance e os modos de existir na contemporaneidade. Assim, explorar as reverberações da medicalização na cultura, especialmente nas linguagens artísticas, pode se constituir como um caminho potente para compreender como certos discursos são construídos, naturalizados e, ao mesmo tempo, podem ser tensionados e ressignificados.

Cabe também partilhar alguns desafios que acompanharam a construção dessa pesquisa. O primeiro deles configura-se como uma questão logística da própria pesquisa, minha trajetória no PPGPSI - UFMA foi marcada por algumas trocas de orientadores e com isso pausas, encontros, desencontros e recomeços em relação ao objeto de estudo. Inicialmente, a investigação seria realizada com coleta de dados através de entrevistas com psicoterapeutas, mas com o avançar do tempo, o distanciamento por conta da pandemia e as mudanças do próprio projeto, fez-se necessário uma transformação. Optei por manter o meu problema de pesquisa voltado para a enunciação do fenômeno da medicalização da vida na prática de psicoterapeutas, mas através do que estava sendo publicado sobre o tema. Esse processo de mudança, reconstrução e readaptação do trabalho exigiu muito de mim emocionalmente. Os altos e baixos do mestrado me

acompanharam, muitas vezes, protagonizando angústias, que junto a outras vivências pessoais me lançaram na cena da intensificação do meu próprio sofrimento psíquico.

Somente quando ouvi de minha psicoterapeuta uma indicação de encaminhamento para um atendimento psiquiátrico é que acessei de modo ainda mais próprio a minha posição prévia acerca dessa temática e o modo como eu poderia me apropriar ainda mais disso. Inicialmente questioneei essa necessidade, mas de fato havia passado por tantos desafios que era justo que precisasse acolher que somente a psicoterapia não estava sendo suficiente. Hoje vejo que ali começou uma reviravolta na minha vida e no mestrado. Encontrei uma psiquiatra que, longe do que eu lia sobre patologização, me olhou de maneira sensível. Começamos um tratamento que durou meses, mas que estava longe de me aprisionar em um diagnóstico. Até que um dia, presa em um bloqueio criativo de escrita, fui iluminada pela percepção de que mais do que saber, **eu sentia** o que estava escrevendo: eu estava vivendo a prova de que um cuidado (des)medicalizante pode existir, quando pautado em um diálogo interdisciplinar que amplia a noção de cuidado. O que quero dizer expondo essa vivência é que esse texto não carrega apenas um tema que gosto como pesquisadora, carrega uma experiência. Acredito na mudança que o cuidado conjunto entre psicologia e psiquiatria (e entre tantas coisas mais) é capaz de criar através da criticidade e da escuta.

Não tenho dúvidas de que encerro esse ciclo sendo uma psicóloga diferente. Mais humilde em minha vontade de cuidar, reconhecendo melhor os limites e as potencialidades da minha área de atuação. Potencialidades essas que inserem a minha escuta e manejo enquanto psicoterapeuta enquanto ferramentas únicas de cuidado e enfrentamento daquilo que, como menciona Cora Coralina, é uma das coisas mais importantes da vida de uma pessoa: o sofrimento.

REFERÊNCIAS

ABIB, José Antônio Damásio. Epistemologia pluralizada e história da psicologia. *Scientiae Studia*, v. 7, p. 195-208, 2009.

ACSELRAD, Marcio; TAVARES, Davi Barros. A medicalização do sofrimento psíquico na cultura do hiperconsumo. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 34, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/vWnVDswB8mrKTrQHsk4KKTg/?lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2023.

AGUIAR, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ALMEIDA, Patrique Jardel Rocha; CALDEIRA, Francois Isnaldo Dias; GOMES, Claudia. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho - REBESDE*, v. 3, n. 2, 2022.

ALVES, Aline Martins et al. Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, p. e00133221, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n9/e00133221/pt/>. Acesso em: 5 out. 2023.

ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino. A Psicologia no Brasil: um ensaio sobre suas contradições. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, p. 44-65, 2012.

ARAÚJO, Carlos Alberto Ávila. A ciência como forma de conhecimento. *Ciências & Cognição*, v. 8, 2006.

ASSIS, André Sendra de. *Historicidade e clínica: contribuições para o método fenomenológico-hermenêutico na psicologia*. 2018. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

BARROSO, Elaine Aparecida Laier. Higienismo, controle social e capitalismo: método de leitura da medicalização contemporânea das subjetividades. In: *XX Encontro Nacional de História: História em Tempos de Crise*. Anais [...]. Uberaba: UFMT, 2016. p. 1-13. Disponível em: https://encontro2016.mg.anpuh.org/resources/anais/44/1469229722_ARQUIVO_ARTIGO_GODEUBERLANDIAANPUH-versaocomrevisaodeformatacao.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

BASOLI, Laura Pampana; BENELLI, Silvio José. Medicalização como sintoma social dominante. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18, n. esp., p. 217-242, 2019. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/305>. Acesso em: 29 set. 2023.

BATISTA, Eraldo Carlos. A saúde mental e o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico na história da loucura. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva - REVEESC*, v. 3, n. 2, p. 2-15, 2020.

BLOC, Lucas; MOREIRA, Virgínia. Sintoma e fenômeno na psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 16, n. 4, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SHPmQQgNHgY4364WVpzWFkC/?format=pdf>. Acesso em: 18 jul. 2023.

BRANCO, Paulo Coelho Castelo; CIRINO, Sérgio Dias. Reflexões sobre a consciência na fenomenologia e na abordagem centrada na pessoa. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 241-258, 2016.

CANESQUI, Ana Maria. A medicalização da vida como estratégia de biopolítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1961-1962, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13022014>.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; DE OLIVEIRA, Guilherme Saramago; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da FUCAMP*, v. 20, n. 43, 2021.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em Estudo*, v. 10, p. 471-477, 2005.

CONRAD, Peter. The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP n.º 13/2022, de 15 de junho de 2022. Dispõe sobre diretrizes e deveres para o exercício da psicoterapia por psicóloga e por psicólogo. Brasília, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Recomendações práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Brasília, 2015.

CORDIOLI, Aristides Volpato; GREVET, Edino Júnior (orgs.). *Psicoterapias: abordagens atuais*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DANNER, Fernando. O sentido da biopolítica em Michel Foucault. *Revista Estudos Filosóficos UFSJ*, n. 4, 2017.

DA SILVA, Jeann Bruno Ferreira et al. O imediatismo frente ao sofrimento psíquico. *Amazônia: Science & Health*, v. 7, n. 4, p. 56-69, 2019. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/3064/1554>. Acesso em: 13 out. 2023.

DA SILVA CHAVES, Flávio; DO NASCIMENTO, Crisóstomo Lima. Psicopatologia e desmedicalização da existência: possibilidades fenomenológicas para a compreensão da saúde na contemporaneidade. *Perspectivas em Psicologia*, Uberlândia, v. 24, n. 2, p. 104-128, jun./dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.14393/PPv24n2a2020-58341>. Acesso em: 29 set. 2023.

DA SILVA JACINTO, Raquel Lessa; SALLES, Maria Aparecida Magalhães. A importância da fala no processo terapêutico na abordagem fenomenológica da análise. *DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação*, v. 22, n. 1, p. 315-328, 2020.

DANTAS, J. B. *Tecnificação da vida: uma discussão sobre o fenômeno da medicalização na sociedade contemporânea*. Curitiba: CRV, 2014.

DANTAS, J. B. et al. Devotos da Santa Ritalina: uma discussão sobre a infância medicalizada no contexto do Facebook. In: DANTAS, J. B. (org.). *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba: CRV, 2015. p. 167-182.

DE AZEVEDO, Luciana Jaramillo Caruso. *Medicalização na contemporaneidade*. 2019.

DE OLIVEIRA CAMINHA, Iraquitã. Dor de existir: Buytendijk e Merleau-Ponty pensando o sofrimento humano. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, v. 2, n. 1, p. 71-79, 2021.

DO AMARAL, Augusto Jobim; ANGEL, Camila. O controle químico-social: a medicalização da vida na direção do Pharmageddon. *SIG: Revista de Psicanálise*, 2022. Disponível em: https://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/23937/2/O_Contrôle_quimicosocial_a_medicalizao_da_vida_na_direo_do_Pharmageddon.pdf. Acesso em: 24 out. 2023.

DOS SANTOS, Dayse Amâncio; DA SILVA, Laurileide Barbosa. Relações entre trabalho e gênero na pandemia do covid-19: o invisível salta aos olhos. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, v. 32, n. 1, p. 10-34, 2021.

DUTRA, Elza. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 9, p. 381-387, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/7dTyvpTbPQW9XfFsgk4shcn/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2023.

DWORKIN, Ronald W. *Felicidade artificial: o lado negro da nova classe feliz*. São Paulo: Planeta, 2007.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. A psicologia clínica: técnica e técnica. *Psicologia em Estudo*, v. 9, p. 87-93, 2004.

DE FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo; PROTASIO, Myriam Moreira. Os desafios da clínica psicológica: tutela e escolha. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, v. 16, n. 2, p. 167-172, 2010.

DE FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo. A clínica psicológica em uma inspiração fenomenológica-hermenêutica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 12, n. 3, p. 973-986, 2012.

EMIDIO, Thassia Souza; OKAMOTO, Mary Yoko; SANTOS, Manoel Antônio dos. Solidão e sobrecarga materna em tempos de pandemia de COVID-19 à luz da escuta psicanalítica dos vínculos. *Psico-usf*, v. 28, p. 505-520, 2023.

FEIJOO, Ana Maria. *A escuta e a fala em psicoterapia*. 3. ed. rev. e ampl. Petrópolis: Vozes, 2023.

FREIRE, B. M. R.; DANTAS, J. B. Infâncias patologizadas: um estudo epidemiológico sobre o fenômeno da medicalização infantil em Centros de Atenção Psicossocial de Fortaleza. *Desidades*, n. 32, p. 1-20, jan./abr. 2022. DOI: <https://doi.org/10.54948/desidades.v0i32.43450>.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

FRANKL, Viktor Emil. *Em busca de sentido*. Petrópolis: Vozes, 2003.

FURTADO, Mariama Augusto. *O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal-estar e medicalização da vida*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FURTADO, Mariama Augusto; SZAPIRO, Ana Maria. Escrita de si e interioridade: deslocamentos na relação com o sofrimento na contemporaneidade. *Psicologia Clínica*, v. 30, n. 1, p. 15-36, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/2910/291057851002/291057851002.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1975.

FROTA, A. M. M. C. O rigor na pesquisa fenomenológica com orientação heideggeriana. In: *IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos*, 2010, São Paulo. *Anais eletrônicos...* São Paulo: UNESP, 2010. p. 1-8.

GARCIA, M. R. V.; AMORIM, S. C. de; RODRIGUES, G. V.; MENDONÇA, L. H. F. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. *Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea*, v. 20, n. 49, 2022.

GATTI, B. A. Contemporaneidade: educação, modernidade e pós-modernidade. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 19, n. 50, p. e11995, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v19i50.11995>. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/11995>. Acesso em: 13 nov. 2023.

GAUDENZI, Paula. Cenários brasileiros da saúde mental em tempos de Covid-19: uma reflexão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200330, 2021.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o

estudo da desmedicalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, p. 21-34, 2012.

GOMES DA SILVA, Ellen Fernanda. Sofrimento humano e medicalização: considerações para a clínica psicológica. *Psicologia Argumento*, v. 35, n. 88, 2017. DOI: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.35.88.AO06>.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: CRP-SP; GIQE (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.

GUIMARÃES, Fábio de F. O sentido do sofrimento humano. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 11, n. 2, 2012.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 297-305, 2009.

ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976 [1975].

INSTITUTO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PARA O MERCADO FARMACÊUTICO. Matéria sobre automedicação. Disponível em: <https://ictq.com.br/farmacia-clinica/3202-aproximadamente-90-dos-brasileiros-realiza-automedicacao-atesta-ictq>. Acesso em: 31 ago. 2023.

JUNIOR, Marco Antonio Gatti; THOMAZ, Marcos Vinícius. O papel do diagnóstico psiquiátrico na construção do ideal de cidadão no Brasil a partir do Estado Novo até a reforma psiquiátrica. *Anais da ReACT - Reunião de Antropologia da Ciência e Tecnologia*, v. 5, n. 5, 2022. Disponível em: <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/3787>. Acesso em: 5 out. 2023.

LABATE, Renata Curi; PEREIRA, Maria Alice. Dor, sofrimento, morte e cuidado à saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 3, n. 2, p. 19-22, 1998.

LANDEIRO PASSOS PINHEIRO, Beatriz. *Saúde mental das mulheres da pandemia de COVID-19*. 2022.

LERICHE, René. [1936] apud CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 1943. Edição 2009.

LESSA, Jadir Machado; SÁ, Roberto Novaes de. A relação psicoterapêutica na abordagem fenomenológico-existencial. *Análise Psicológica*, v. 3, n. 24, p. 393-397, 2006.

LIMA, A. F.; SANTOS, B. O. O diagnóstico psiquiátrico como prática de reconhecimento perverso. In: DANTAS, J. B. (org.). *A infância medicalizada: discursos, práticas e saberes para o enfrentamento da medicalização da vida*. Curitiba: CRV, 2015. p. 13-34.

LIMA, Rosely Ribeiro. Medicalização da sociedade e suas relações com a indústria cultural. *Revista Educação, Psicologia e Interfaces*, v. 4, n. 3, 2020. Disponível em: <https://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/298>. Acesso em: 24 out. 2023.

LUCZINSKI, Giovana Fagundes; ANCONA-LOPEZ, Marília. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 27, p. 75-82, 2010.

MALDINEY, Henri. Acontecimento e psicose. *Natureza Humana*, v. 7, n. 1, 1999.

MATIAS, Kamilla Dantas. *A loucura na Idade Média: ensaio sobre algumas representações*. 2015. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal, 2015.

MATOS, Rachel Araujo de; ALBUQUERQUE, Cynthia Studart. “Questão social”, divisão sexual do trabalho e saúde mental na pandemia. *Revista Katálisis*, v. 26, n. 1, p. 43-53, 2023.

MAUX, Ana Andréa Barbosa; DUTRA, Elza Maria do Socorro. Pensando o círculo hermenêutico como um caminho para a pesquisa em psicologia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 20, n. 4, p. 1034-1048, 2020.

MEIRA, Janderson Costa; DE CASTRO, Ewerton Helder Bentes; DA SILVA PAES, Jane. Medicalização na contemporaneidade: um diálogo entre a fenomenologia. *Revista Educação e Humanidades (REH)*, v. 4, n. 2, p. 224-241, jul./dez. 2023.

MELO, Anna Karynne da Silva; RIBEIRO, Juliana; MOREIRA, Virgínia. A noção de sofrimento: possível contribuição da lente fenomenológica dos múltiplos contornos. *Revista de Psicologia*, v. 6, n. 1, p. 48-57, Fortaleza, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8086383>. Acesso em: 2023.

MINKOWSKI, Eugène. Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto prático da existência). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 3, n. 4, p. 156-164, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142000004012>.

MISSAGGIA, Juliana. A hermenêutica em Heidegger e Gadamer: algumas confluências e divergências. *Griot: Revista de Filosofia*, v. 6, n. 2, p. 1-13, 2012. DOI: <https://doi.org/10.31977/grirfi.v6i2.531>. Disponível em: <https://periodicos.ufrb.edu.br/index.php/griot/article/view/531>. Acesso em: 21 abr. 2025.

MENDES LEMOS, Patrícia; FREIRE, José Célio. Os contornos tardo-modernos do sofrimento e do adoecimento psíquico: proposições éticas para o Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Revista*, v. 17, n. 2, p. 303-321, 2011.

MONTEIRO, H. B. Olhar-professor em produção: construções de verdade, jogos de poder e processo de medicalização. In: BARROS, R. C. B.; MASINO, L. (orgs.). *Sociedade e medicalização*. São Paulo: Pontes Editores, 2015. p. 185-198.

MOREIRA, Virgínia. Uma perspectiva histórica da psicopatologia fenomenológica. *Fenomenologia e Psicologia*, v. 1, n. 1, p. 123-128, 2013. Disponível em:

<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/fenomenolpsicol/article/view/1347>. Acesso em: 2023.

MOUTINHO, Flavio Fernando Batista. Conflitos da sociedade brasileira com as normas sanitárias: um paralelo entre a revolta da vacina e a pandemia de COVID-19. *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, n. esp., p. 60, 2020.

PAIVA, Vera Lúcia Menezes de Oliveira. A pesquisa narrativa: uma introdução. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, v. 8, p. 261-266, 2008.

PATIAS, Naiana Dapieve; HOHENDORFF, Jean Von. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. *Psicologia em Estudo*, v. 24, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/BVGWD9hCCyJrSRKrsp6XfJm/>. Acesso em: 5 out. 2023.

PIASSON, Douglas Leite; FREITAS, Marta Helena de. Representação social e identidade do (a) profissional de Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, p. e263487, 2022.

PITTA, Aurea da Rocha. Por uma política pública de comunicação em saúde. *Sociedade e Saúde*, v. 11, n. 1, p. 85-93, 2002.

PORTER, Roy. *Madness: a brief history*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

PRATES, Fabiana Lorenzon; GARCIA, Edna Linhares. Medicalização de pacientes em psicoterapia: estudo realizado em um serviço-escola, RS, Brasil. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 18-37, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/25987>. Acesso em: 11 jul. 2022.

REIS, Sabrina T.; LENZA, Nariman. A importância de um diagnóstico precoce do autismo para um tratamento mais eficaz: uma revisão da literatura. *Revista Atenas Higeia*, v. 2, n. 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <http://atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/19>. Acesso em: 5 out. 2023.

REGISTRO, Milena; ELIAS, Gabriel Pinheiro; SETI, Maria Eduarda Romanin. Reflexões sobre o modelo biomédico e suas implicações no campo da saúde coletiva. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 13, n. 1, p. 5061-5069, 2025.

ROCHA, Amanda Corrêa et al. Sofro, logo me medico: a medicalização da vida como enfrentamento do mal-estar/I suffer, therefore, I use self-medication: the medicalization of life as a coping with malaise. *ID on line. Revista de Psicologia*, v. 13, n. 46, p. 392-404, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1854>. Acesso em: 29 set. 2023.

SÁ, R. N.; MATTAR, C. M. Os sentidos da “análise” e “analítica” no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 191-203, 2008.

SALVADOR, Isadora Nicastro; CORDEIRO, Silvia Nogueira. A medicalização no referencial psicanalítico: uma revisão sistemática de literatura. *Revista Subjetividades*, v. 20, n. 2, p. 1-13, 2020.

SANTOS, Danielle; NOVAES DE SÁ, Roberto. A existência como “cuidado”: elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, v. 19, n. 1, p. 53-59, 2013.

SANTOS, Jomábia Cristina Gonçalves dos et al. Medicalização do sofrimento psíquico na Atenção Primária à Saúde em um município do interior do Ceará. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33010, 2023.

SEIBT, Cezar Luís. Heidegger: da fenomenologia "reflexiva" à fenomenologia hermenêutica. *Princípios: Revista de Filosofia (UFRN)*, v. 19, n. 31, p. 79-98, 2012.

SERPA JR., Octavio Domont. Indivíduo, organismo e doença: atualidade de *O normal e o patológico*, de Georges Canguilhem. *Intelligere*, São Paulo, 2016.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; DIMENSTEIN, Magda. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 14, p. 59-67, 2009.

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

SILVA, Livia Machado; CANAVÊZ, Fernanda. O estudo da medicalização da vida e suas implicações para a clínica contemporânea. *Revista Subjetividades*, v. 17, n. 3, p. 117-129, 2017.

SILVA, Nayane Aparecida da Costa; FREITAS, Joanneliese de Lucas. A questão da técnica em Heidegger: considerações sobre a clínica psicológica. *Revista do NUFEN*, v. 11, n. 1, p. 137-156, 2019.

SILVA, Piettra Maschio da. *Neoliberalismo, subjetividade e performance: sofrimento psíquico na contemporaneidade*. 2022.

SILVANO, Aline Delmondes et al. A institucionalização da atenção psicossocial: o efeito Mühlmann nas práticas profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, p. e230500, 2024.

SOUSA, J. R. de; SANTOS, S. C. M. dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>. Acesso em: 5 out. 2023.

UHR, Deborah. A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico. *Polêm!ca*, v. 11, n. 3, p. 396-403, ago. 2012. ISSN 1676-0727. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3730/2612>. Acesso em: 11 jul. 2022.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. *Revista Ágora*, v. 18, n. 1, p. 51-68, 2015. Disponível em: [link]. Acesso em: 20 maio 2021.

VERAS, Mariana dos Reis. A medicalização do sofrimento psíquico: uma análise sob a perspectiva da teoria da subjetividade. 2017. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Saúde) – Centro Universitário de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11140>. Acesso em: 11 jul. 2022.

VILELA, Ana Maria Jacó. História da Psicologia no Brasil: uma narrativa por meio de seu ensino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, p. 28-43, 2012.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 1859-1868, 2014.