

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

ANGÉLICA BARROSO DE OLIVEIRA ROSA

**ENTRE A FALA E A PÍLULA:
MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE
PSICOLOGIA ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO**

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

JULHO DE 2020

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

ANGÉLICA BARROSO DE OLIVEIRA ROSA

**ENTRE A FALA E A PÍLULA:
MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE
PSICOLOGIA ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade - PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Orientadora: Profa. Dra. Luci Mara Bertoni.

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

JULHO DE 2020

R694e

Rosa, Angélica Barroso de Oliveira.

Entre a fala e a pílula: memórias e representações sociais de estudantes de psicologia acerca da medicalização. / Angélica Barroso de Oliveira Rosa – Vitória da Conquista, 2020.
93f.

Orientadora: Luci Mara Bertoni.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2020.

Inclui referências: F. 76 - 83.

1. Representação social. 2. Memória coletiva – Aspectos históricos e conceituais. 3. Medicalização - Uso. 4. Psicologia. I. Bertoni, Luci Mara. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós- Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 301.161

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção - CRB 5/1890

UESB - Campus Vitória da Conquista - BA

Título em inglês: Between speaking and the pill: memories and social representations of psychology students about medicalization.

Palavras-chaves em Inglês: Medicalization; psychology; Collective Memory; Social Representations.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (presidente), Profa. Dra. Vânia Carvalho Santos (titular) e Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta (titular).

Data da Defesa: 31 de julho de 2020.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.


ANGÉLICA BARROSO DE OLIVEIRA ROSA

**ENTRE A FALA E A PÍLULA:
MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ESTUDANTES DE
PSICOLOGIA ACERCA DA MEDICALIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade - PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 31 de julho de 2020.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (Presidente) Ass.: 

Instituição: UESB

Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta Ass.: 

Instituição: UESB

Profa. Dra. Vânia Carvalho Santos Ass.: 

Instituição: UFS

Dedico este trabalho a todas as pessoas, que, de forma direta ou indireta, cuidaram da minha saúde ao longo desses dois últimos anos, para que eu possa hoje afirmar: estou viva!

AGRADECIMENTOS

Gratidão é o reconhecimento de uma pessoa pelo benefício, auxílio, favor que lhe foi prestado por alguém. Então vamos falar de gratidão nesse processo chamado Mestrado:

Um homem que estava atrás do balcão olhava para a rua de forma distraída, até perceber a chegada de uma garotinha que se aproximou da loja e amassou o narizinho na vitrine da loja. Seus olhos brilharam quando viu determinado objeto. Entrou na loja e pediu pra ver o colar com turquesa azul.

- É para minha irmã, pode fazer um pacote bem bonito? Disse ela.

O dono da loja olhou desconfiado para a garotinha e lhe perguntou:

- Quanto dinheiro você tem?

Sem hesitar, ela tirou do bolso da saia um lenço amarrado e foi desfazendo os nós e colocou sobre o balcão e disse:

- Isso dá? — eram apenas poucas moedas que ela exibia com orgulho.

-Sabe — continuou - eu quero dar este presente para minha irmã mais velha que faz aniversário. Desde que nossa mãe morreu ela cuida da gente e tenho certeza que ela ficará feliz, pois o colar tem a cor dos olhos dela.

O homem foi para o interior da loja, embrulhou com um lindo papel vermelho e fita verde bem caprichado.

- Tome! Leve com cuidado.

Ela saiu feliz e saltitante. Ainda não tinha acabado o dia, quando uma jovem linda com olhos azuis entrou a loja. Colocou o embrulho desfeito sobre o balcão e perguntou:

- Este colar foi comprado aqui?

-Sim senhora.

- E quanto custou?

- Ah! O preço de qualquer produto é sempre um assunto confidencial entre o vendedor e o cliente. E a moça continuou:

- Mas minha irmã tinha somente algumas moedas. O colar é verdadeiro, ela não teria dinheiro para pagá-lo.

O homem tomou o estojo, refez o embrulho com extremo carinho, colocou a fita e devolveu à jovem.

- Ela pagou o preço mais alto que qualquer pessoa pode pagar: ELA DEU TUDO QUE TINHA...

Gratidão à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), à Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade (PPGMLS), em especial à Dra. Edvania Gomes da Silva, por terem sido a loja que me permitiu contemplar a vitrine, desejar entrar e poder adquirir o que um dia foi um sonho.

Gratidão aos colegas do Grupo de Estudos em Gênero, Políticas, Álcool e Drogas (GePAD) e do Mestrado, à minha amiga Luana e, em especial, ao meu colega Janderson Carneiro de Oliveira, por terem sido minhas moedas e transformado o pouco que tinha em muito.

Gratidão a todos os meus cuidadores, minha família, meu esposo Dourival e meus filhos Juan e Júlia, por terem sido esses donos da loja comigo, sempre cuidadosos, compreensivos e acolhedores em todos os momentos.

Gratidão à Profa. Dra. Vânia Carvalho Santos e ao Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta, por terem sido o papel vermelho e a fita verde a darem nova embalagem ao texto com suas riquíssimas contribuições.

Gratidão à minha orientadora Profa. Dra. Luci Mara, por ter sido a minha irmã nessa história, que cuidou de todos nós e que me deu forças para sonhar em querer continuar. Foi por você que não desisti, pois todo seu esforço e cuidado, que vai até a loja certificar com seu cuidado ético com tudo que faz, foi por querer te entregar um colar de turquesa azul da cor dos seus olhos que fui até aonde pude e como irmã mais nova sei dos trabalhos que dei, principalmente por ter perdido o rumo por não saber o que fazer sem uma mãe como na história, aqui represento a minha saúde. Não é o meu melhor, mas é TUDO QUE EU TINHA nesse momento da minha vida, o restante deixo aos cuidados do nosso Deus pois eu sou a prova viva que existe a lei do retorno, e que sim o restante do que gostaria de lhe dar e não tive ELE se encarregar.

O meu tempo durante todo esse processo de mestrado nunca foi o tempo almejado, mas no meu tempo e no tempo certo eu jamais deixaria de agradecer a todos que aqui citei, pois isso faz parte da minha vida, pois gratidão também pode ser entendida como uma reconexão pelas situações e dádivas que a vida lhe permitiu e ainda lhe permite. Devolvo ao universo aquilo que me foi dado: sempre!

GRATIDÃO!

A diferença entre o remédio e o veneno é a dose.
O mesmo que mata também cura.

Paracelso — Médico e Físico do século XVI

RESUMO

O uso de fármacos insere-se na sociedade como algo natural e aceitável. Com eles, os seres humanos tratam qualquer tipo de incômodo que identifiquem como anormal, desde uma simples insatisfação cotidiana a doenças mentais. Patologizam-se os sintomas. No Brasil, essa construção se deu com o movimento hegemônico implantado em 1918 e que ganhou notoriedade em 1929 depois do Congresso Brasileiro de Eugenia, que instituiu a medicalização como forma de higienizar a sociedade. Esse tipo de pensamento é divulgado pela classe médica como um padrão de comportamento e tem o apoio da indústria farmacêutica, imbuídos da ideia de que o ser humano não tem autonomia para organizar suas dificuldades e que poderia usufruir dos grandes benefícios da medicalização. Medicalizar passa a ser a busca pela solução de todos os males sofridos pelos seres humanos, principalmente aqueles ligados à saúde mental. Em contrapartida, surge no Brasil, em 1946, a formação em Psicologia, que preconiza o estudo do comportamento e do sofrimento humano, passível de ser organizado por um modelo contrário ao da Eugenia. A Psicologia propõe a cura através da palavra falada, a autonomia do indivíduo, mas o currículo da habilitação profissional compreende uma série de disciplinas que também contribuem para uma formação não tão desapegada desse modelo higienista. Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo analisar as representações sociais e a memória de estudantes de Psicologia acerca da medicalização. Para construção do referencial teórico, utilizamos a Teoria da Memória Coletiva, de Maurice Halbwachs (1877-1945), e a Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici (1925-2014). A metodologia utilizada para construção da pesquisa foi a qualitativa, que ajudou a criar um paralelo entre as teorias e o objeto de estudo. A população pesquisada foram 20 estudantes do curso de Psicologia, matriculados no 10º semestre, e, como técnicas, foram aplicados dois questionários, um sociodemográfico e outro com perguntas abertas, além da associação livre de palavras (TALP). Para análise das palavras evocadas pelos estudantes de Psicologia, utilizamos o EVOC, onde foi encontrado o possível núcleo central, com as palavras *doença, alívio, dor e remédio*. Sobre as respostas às perguntas abertas, 19 estudantes disseram concordar com a medicalização atrelada à prática da Psicologia. As representações sociais e a memória dos estudantes de Psicologia, apesar de terem passado pela formação generalista dentro de um curso que ensina inúmeras abordagens para acessar a cura pela fala, apresentam na sua evocação a construção de que, para toda dor, existe um remédio e que, para toda doença, existe um alívio. Percebemos, dessa forma, que o discurso hegemônico persiste na sociedade, pois, como analisa Serge Moscovici (1925-2014), não é tão simples modificar uma representação social. Analisar como os estudantes pensam e lidam com a medicalização possibilita repensar a formação em Psicologia e o modo como se pode contribuir para formação de futuros profissionais.

Palavras-chave: Representação Social; Memória Coletiva; Medicalização; Psicologia

ABSTRACT

The use of drugs is something inserted in society as natural and acceptable, through them human beings treat any type of discomfort they identify as abnormal, from a simple daily dissatisfaction to mental illnesses, the pathologization of symptoms becomes something naturalized in society. All this construction took place through the hegemonic movement implanted in Brazil in 1918 and which gained notoriety in 1929 after the Brazilian Congress of Eugenia, which institutes medicalization as a way to sanitize an entire society. This type of thinking was pervaded by the medical profession as something that should be a standard of behavior and had the support of the pharmaceutical industry, which contributes to spread these ideas, that the human being had no autonomy to organize their difficulties alone, as they could enjoy great benefits of medicalization. Medicalizing becomes the search for the solution of all the ills suffered by human beings, especially those linked to mental health. On the other hand, in Brazil, in 1946, training in psychology, where human behavior and suffering, is studied and thus able to be organized by a model contrary to Eugenia's, psychology brings the possibility of healing through the spoken word, proposing autonomy to the individual, this training brings with it a series of disciplines that also contributes to a formation not so detached from this hygienist model. Thus, the present research aims to analyze the Social Representations and the memory of Psychology students about medicalization. To build the theoretical framework, we used the Collective Memory of Maurice Halbwachs (1877-1945) and the Theory of Social Representations, by Serge Moscovici (1925-2014) as guides to support the whole research. The methodology used to build the research was the qualitative one that helped us to create a parallel between the theories and the object of study of the research. The researched population had 20 psychology students in the 10th semester of the training and as techniques used were applied a sociodemographic questionnaire, a questionnaire with open questions and also the free association of words. For the analysis of the words evoked by psychology students, we used EVOC, in which we found the possible Central Nucleus that brought the words disease, pain relief and medicine. With open questions, we found 19 students who reported agreeing to medicalization linked to the practice of psychology. Social representations and the memory of psychology students, despite having gone through a general training within a course that teaches countless approaches to access speech healing, still bring in their evocation a construction that for all pain there is a remedy and that for every disease there is a relief. In this way, we can still perceive that the hegemonic discourse still exists in society because, as brought by Serge Moscovici (1925-2014), it is not so simple to modify a Social Representation. By analyzing how students think and deal with medicalization, we have the opportunity to rethink training in psychology and how we can contribute to the training of future professionals.

Keywords: Social Representation; Collective Memory; Medicalization; Psychology.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFE	Conselho Federal de Educação
CID-10	Código Internacional de Doenças
DSM III	Terceiro Manual de Diagnósticos e de Saúde Mental
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECT	Eletroconvulsoterapia
EVOC	Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations
GePAD	Grupo de Estudos em Gênero, Políticas, Álcool e Drogas
PET — Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGMLS	Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica da Evocação Livre de Palavras
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 01	Quadrantes de distribuições das evocações livres ao termo indutor “medicalização”, expressas por estudantes do 10º semestre de psicologia de universidade pública - 2019	69
Tabela 02	Classificação dos medicamentos utilizados pelos participantes entrevistados - 2019	94
Quadro 01	Carta de Serra Negra - Conselho Federal de psicologia 1992	88
Quadro 02	Medicamentos usados por cada participante entrevistado durante do curso de Psicologia - 2019	95

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	MEMÓRIA COLETIVA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS	20
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA TEORIA DA MEMÓRIA COLETIVA	20
2.1.1	Definição de memória para Halbwachs	21
2.1.2	Memória individual e coletiva	24
2.2	ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	27
2.3	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A MEMÓRIA COLETIVA: O RECONHECIMENTO DE TEORIAS E CONCEITOS	35
3	A PÍLULA DA FELICIDADE EXISTE	36
3.1	O PRIMEIRO MOVIMENTO: A EUGENIA	38
3.2	SEGUNDO MOVIMENTO: A MEDICINA	41
3.3	TERCEIRO MOMENTO: O SOFRIMENTO	43
3.4	QUARTO MOVIMENTO: MEDICALIZAÇÃO	48
4	PROFISSÃO PSICÓLOGO: CONSTRUÇÃO E REPETIÇÃO	55
5	ENTRE A PÍLULA E A FALA, UM ABISMO CHEIO DE REPRESENTAÇÕES	61
5.1	NATUREZA DA PESQUISA	63
5.2	LOCAL DE ESTUDO	64
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	64
5.4	INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	65
5.5	TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	67
6	CONCLUSÃO	72
	REFERÊNCIAS	75
	ANEXOS	83
	Quadro 1 — Carta de Serra Negra — Conselho Federal de psicologia 1992	84

APÊNDICES	85
Apêndice A — Questionário	86
Apêndice B — Questionário	87
Apêndice C — Evocação livre de palavras	89
Apêndice D — Tabela 02 – Classificação dos medicamentos utilizados pelos participantes entrevistados — 2019	90
Apêndice E — Quadro 02 – Medicamentos usados por cada participante entrevistado durante do curso de Psicologia — 2019 ..	91

1 INTRODUÇÃO

O uso abusivo da medicalização tem sido um traço significativo da cultura ocidental, para o qual o pressuposto é evitar, de toda forma, qualquer tipo de mal-estar ou sofrimento. Dantas (2009) afirma que o uso excessivo de medicamentos se constitui uma das possibilidades mais eficazes e rápidas para conseguir o objetivo de eliminar qualquer tipo de dor emocional ou física que, no cotidiano, pode ser causada por fatores diversos.

Ao pensar em investigar como o uso e o abuso de substâncias psicoativas podem influenciar na saúde mental, escolhemos um grupo de estudantes de Psicologia, com o objetivo de identificar e analisar as memórias e as representações sociais da medicalização, com possibilidade de verificar o discurso técnico sobre a vida nas falas desse grupo.

Para Aguiar (2004), o discurso da medicalização muitas vezes se mostra verdadeiro, por expressar uma narrativa acerca de comportamentos e sentimentos que causam transformações no grupo social. Dessa forma, a pílula pode ser utilizada como solução para toda e qualquer desorganização ou inadequação física ou psíquica, ou, nas palavras de Birman (2001, p. 185): “Não se pretende mais a cura, no sentido clássico da Medicina clínica, mas apenas a regulação do mal-estar”.

No Brasil, o ideário da medicalização lança suas raízes, de acordo com Costa (1989), quando a Medicina e o Estado firmam o compromisso de higienizar as cidades e as populações, prerrogativa, à época, para que “a ordem e o progresso” de uma sociedade acontecessem. Com isso, a Medicina ampliou os espaços de atuação, gerando o fenômeno denominado “medicalização da sociedade”, e trouxe progressos tecnológicos, como a produção de equipamentos e testes para fazer diagnósticos de doenças, cuja principal consequência foi a transformação de muitas pessoas em pacientes potenciais.

O autor chama a atenção para uma possível “epidemia” de diagnósticos, que poderia produzir uma “epidemia” de tratamentos, muitas vezes prejudiciais à saúde, principalmente os diagnósticos “desnecessários”. O uso proposital da palavra epidemia tem o objetivo de chamar a atenção para seu real sentido¹. Esse discurso é extremamente valioso para a indústria farmacêutica, que, manipulando concepções errôneas sobre estar doente e ser doente, facilmente as dissemina para o senso comum, induzindo, continuamente, à concepção ilusória de alívio de muitos problemas por meio de medicações.

¹ “Enfermidade temporária que ataca muitas pessoas ao mesmo tempo em certa localidade”. (HOUAISS, 2001).

Para Meira (2012), o perigo da medicalização cotidiana é transformar sensações consideradas normais (como ansiedade e tristeza) em sintomas de doenças (como transtorno de ansiedade e depressão), provocando diagnósticos de forma desordenada.

Freud, no texto **O mal-estar na civilização** (1996), analisa a possibilidade de uma nova relação entre a humanidade, a civilização e o imperativo do gozo, que faz com que os sujeitos procurem a droga como um “amortecedor de preocupações”. O autor avalia que a civilização promove inúmeros desconfortos para o sujeito, tais como tristeza, ansiedade, medo.

Sobre o modelo teórico das representações sociais, vejamos a declaração de Moscovici (1974, p. 48):

As representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamentos e relações com o meio, o de uma ação que modifica uns e outros, e não o de uma reprodução [...], nem o de uma reação a um estímulo exterior determinado. [...] são sistemas que têm uma lógica própria e uma linguagem particular, uma estrutura de implicações que se referem tanto a valores como a conceitos [com] um estilo de discurso próprio. Não as consideramos como opiniões sobre nem imagens de, mas como “teorias”, como “ciências coletivas” *sui generis*, destinadas à interpretação e à construção da realidade.

Podemos problematizar o uso abusivo da medicalização como uma representação, tanto para indivíduos, quanto para grupos e, para compreendermos as inquietações de um grupo, buscamos a construção do pensamento social, o qual não opera de maneira isolada, mas organizada por elementos grupais, com valores e ideologias, por isso a memória se faz adequada como objeto de estudo,

[...] não só para ser capaz de determinar a atividade de organismos vivos e de máquinas, mas também da sociedade, da história, da cultura, da arte, da política e da literatura, ou seja, uma memória psicossocial. (SÁ, 2015, p. 263).

A aproximação entre a Teoria da Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais acontece porque ambas compartilham a ideia da interação social, isto é, as práticas sociais são recriadas e repassadas, e o passado continuamente é acessado pelo estabelecimento de relações sociais. A aproximação das duas teorias contribui significativamente no estudo metodológico da pesquisa (ALBA, 2014).

Para falar sobre essa questão, recorreremos a Jodelet (2002, p. 22), para quem as “representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”, e a Moscovici (1979), para quem a Teoria das Representações

Sociais, por ser fluida, permite desenvolver a criatividade dos pesquisadores, já que o interesse maior está na descoberta, e não na comprovação. A representação social, na interlocução entre Psicologia e Sociologia, apresenta grande plasticidade e, por essa razão, é o modelo que melhor se aplica à nossa pesquisa.

Jodelet (2002, p. 28) lembra que devemos, no estudo da representação social, articular e integrar os elementos afetivos, mentais, sociais, entre outros, com a cognição, a linguagem e a comunicação, não nos esquecendo das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e das ideias sobre as quais vão ter interferência. Para conseguirmos verificar as representações sociais, precisamos responder a estas perguntas: Quem sabe e a partir de onde sabe? O quê e como se sabe? Sobre o que se sabe e com que efeito?

A percepção que trago da minha atuação como professora universitária é a de que o discurso da medicalização é, muitas vezes, contemplativo, pois traz em si a sedução da resposta e do alívio para angústias inerentes ao processo da vida acadêmica, como a rotina diferente, o convívio em grupo, a extensa carga horária das disciplinas, as inúmeras leituras, os trabalhos acadêmicos, a apresentação de seminários, as avaliações individuais e coletivas, entre outras. A resposta de alívio às angústias pode ser transportada para fora do ambiente acadêmico e, após a graduação, para a vida profissional.

Como Psicóloga da Saúde, com atuação em Clínica, sinto que o profissional, se não souber o que fazer para promover a cura dos pacientes, poderá buscar por algo que acredita trazer solução rápida, imediata e eficaz e se sentirá seduzido a replicar a prática e a fazer indicações para outros profissionais que possam prescrever medicações, uma vez que essa não é uma possibilidade na atuação do profissional de Psicologia. Se acredita na necessidade de medicamentos, pode acabar indicando um médico, tirando, dessa forma, o seu próprio valor como profissional e o valor de sua formação no cuidado dos que sofrem com a desorganização da saúde mental. Ainda que consideremos que, em alguns casos, esta prática seja necessária.

A temática da medicalização sempre perpassou minha trajetória profissional e pessoal, o que me levou a querer desenvolver pesquisa nessa área. Avaliei que a investigação possibilitaria ampliar meu olhar para esse fenômeno, expandiria as probabilidades de atuação na área e contribuiria não só para um coletivo que se interessa e investiga o tema, como também para o meu desenvolvimento pessoal.

A problematização das minhas inquietações iniciais gerou o objetivo principal da pesquisa que foi: Analisar a memória e as representações sociais de estudantes de Psicologia

acerca da medicalização, com o intuito de saber se a medicalização se fez presente, em algum momento, durante o processo de aprendizagem no curso de Psicologia.

Estabelecemos como objetivo geral: analisar as memórias e as representações sociais de estudantes de Psicologia sobre o uso de medicamentos. E, como objetivos específicos: a) conceituar representações sociais e memória coletiva; b) descrever a trajetória histórica da medicalização; c) identificar as memórias e as representações sociais dos estudantes de Psicologia acerca da medicalização; d) refletir sobre as memórias e as representações sociais dos estudantes de Psicologia acerca da medicalização.

As respostas a esses objetivos serão apresentadas neste texto nas seguintes seções:

Na segunda seção, apresentamos as aproximações teóricas e conceituais entre a Teoria da Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais; os aspectos históricos, a definição de memória para Halbwachs e de memória individual e coletiva e, da mesma forma, os aspectos históricos, a definição das representações sociais e os conceitos de objetivação e ancoragem.

A Teoria da Memória Coletiva nasce da Sociologia de Émile Durkheim (1858 -1917), que contribuiu para compreensão sociológica da memória. Para Halbwachs ([1950]1990), a construção da memória coletiva está intimamente ligada a determinado contexto social, onde se juntam diversos grupos, como família, religião, partidos políticos, em tempos e espaços particulares, nos quais essas relações se tornam reais e duradouras.

A Teoria das Representações Sociais, sucedida da sociologia durkheimiana, favorece a reflexão sobre a Psicologia Social. Moscovici ([2000] 2015), ao desenvolver a Teoria das Representações Sociais, considera que os grupos sociais têm grande potencial de produzir representações próprias com critérios coletivos próprios também. São essas representações que conseguimos observar a todo o tempo em nossa sociedade, como o discurso médico, que é disseminado como um poder que não *consegue* ser contestado, e a medicalização, cuja valorização é fundamentada por um discurso biologicista e eugenista.

Desse modo, na terceira seção, à luz da afirmação de que **a pílula da felicidade existe**, tecemos considerações a respeito da medicalização. Essa seção foi construída em quatro movimentos históricos que marcaram a trajetória da inserção da medicalização na nossa sociedade. No primeiro movimento, falamos a respeito da contextualização histórica da eugenia e do processo de seleção das coletividades humanas. No segundo movimento, trazemos a parcela da Medicina que se utilizou da eugenia para fidelizar o seu discurso operante e ditador na tentativa de se fortalecer como ciência absoluta, segundo a qual o saber médico não é contestado. São produzidos, assim, discursos que ecoam ao longo dos anos

como verdades, que são disseminadas e utilizadas para fins particulares, como a ideia de que o normal pode se patologizar. No tema do terceiro movimento, o sofrimento, abordamos a ideia de que os sentimentos, as sensações e as emoções precisam e podem ser contidos e que a forma de contenção perpassa o controle, que, por sua vez, é contextualizado no quarto movimento: o controle através da medicalização.

Entre as possibilidades de forjar a saúde mental do indivíduo, são utilizados os pressupostos científicos da Psicologia. E é esse tema que descrevemos na quarta seção, sobre a profissão Psicologia e como se dá a construção da trajetória formativa. A Psicologia transita em diversos contextos e, para que isso aconteça de forma eficaz, é preciso construir um arcabouço teórico que será levado à prática, o que se dá justamente na formação profissional ainda na graduação.

Na quinta seção, apresentamos o percurso metodológico utilizado para a delimitação da pesquisa, pois, entre a pílula e a fala, existe um abismo cheio de memórias e representações sociais e, por isso, apresentamos alguns pontos para diminuir um pouco esse abismo. Descrevemos a natureza da pesquisa, o local, os participantes, os instrumentos de coleta de dados e as técnicas utilizadas para análise de dados. A pesquisa é de caráter qualitativo, tipo de estudo escolhido por proporcionar o melhor manuseio das informações de caráter subjetivo, como percepções e compreensões de determinado assunto (GIL, 2008). O local da pesquisa foi uma faculdade pública localizada no interior da Bahia. População, para Gil (2008), é todo agrupamento que possua as mesmas características, as mesmas condições e probabilidades para fazer parte de um estudo. Selecionamos um grupo de vinte alunos de Psicologia do décimo semestre. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico; um questionário semiestruturado aplicado de maneira coletiva em sala e a Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP), que proporcionou a análise inicial das memórias e das representações sociais desses estudantes.

Para finalizar, apresentamos as conclusões, elencando juntamente com problematizações, críticas e lacunas de toda a investigação.

Compreendemos que a contribuição da pesquisa, além de um processo cumulativo de aprendizado e saberes, está em proporcionar a ampliação de conhecimentos na temática da medicalização, juntamente com os pressupostos teóricos da memória e das representações sociais, ao analisar o pensamento de um grupo de estudantes de Psicologia. Entendemos que a relevância desse estudo está por entendermos que quanto mais conhecimentos temos sobre o mundo em que vivemos, mais oportunidades alcançamos para contribuir com a coletividade. Pensando na relevância social, essa pesquisa colabora para ampliação do conhecimento para

que a formação em Psicologia seja repensada, favorecendo os novos profissionais e a atuação do psicólogo.

2 MEMÓRIA COLETIVA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

Nesta seção, discorreremos acerca dos principais aspectos teórico-conceituais da Teoria da Memória, elaborada pelo sociólogo francês Maurice Halbwachs (1877-1945), a qual ele denominou de Memória Coletiva. Iniciamos com os aspectos históricos, destacando a grande influência de Halbwachs em diversas áreas do conhecimento, como a Psicologia, a Sociologia e as Ciências Humanas.

Em Halbwachs, ao estudarmos os contextos sociais e mentais, notamos que se alarga, com mais mobilidade e inventividade, a forma de ver o social. Amplificando o conceito de memória, o autor propõe que tal faculdade não é algo somente individual, mas que dialoga constantemente com as experiências dos indivíduos e da comunidade, surgindo dos quadros sociais onde o sujeito está inserido. O questionamento da sua obra está entre os fenômenos individuais de memória e sua relação com as representações coletivas, em consonância com o pensamento de Durkheim.

A partir dos pressupostos durkheimianos, Serge Moscovici postula a Teoria das Representações Sociais. Os aspectos históricos fornecem elementos para entendermos a construção dos pensamentos do autor acerca da teoria, tendo como fio condutor as ideias de consciência coletiva de Durkheim, entre outros teóricos.

Ainda tratando da definição postulada por Moscovici, abordamos a importância dos conceitos de ancoragem e objetivação, que são fundamentais para compreensão da Teoria das Representações Sociais. Ademais, apresentamos outras abordagens teóricas confluentes com a teoria moscoviciano, ampliando o olhar para as possibilidades de teorização social.

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA TEORIA DA MEMÓRIA COLETIVA

O arcabouço teórico desenvolvido por Halbwachs influenciou diversos trabalhos na área de Psicologia, Sociologia e Ciências Humanas, em especial no que concerne ao conceito de memória, em que o autor desenvolveu estudos aprofundados. As ideias do autor são inovadoras para o contexto da época e permanecem sendo relidas e revisitadas até os dias atuais (SCHMIDT; MAHFOUD, 1993).

Maurice Halbwachs foi um sociólogo francês, discípulo de Durkheim, que escreveu sua obra entre os anos 1920 e 1940. O autor utilizou a concepção durkheimiana que versa sobre a dinamicidade das relações entre fenômenos sociais e mentais. Ele expandiu sua

concepção para além de uma interpretação mecânica da sociedade, adotando uma percepção do social como móvel e inventivo, com tensões e complementaridades, que formam correlações dialéticas entre fenômenos mentais e sociais (SCHMIDT; MAHFOUD, 1993).

Outro aspecto relevante da obra de Halbwachs é que, mesmo que o autor não tenha inspiração fenomenológica, é possível perceber elementos que o aproximam dessa linha de pensamento, tal como o interesse por situações concretas, pela individualidade e pela descrição dos fenômenos. A compreensão da historicidade dos fenômenos sociais também pautou grande parte da teoria desenvolvida pelo autor (PERALTA, 2007).

Halbwachs se opôs de forma veemente às correntes filosóficas e sociológicas idealistas e mecanicistas. Na escola de Strausbourg, também conhecida como Escola dos Annales², conviveu com intelectuais de diversas áreas do conhecimento e de nacionalidades distintas, que participavam do movimento visando ao fortalecimento da interdisciplinaridade. Desses encontros surgiu a Sociologia historicizada e a História sociologizada (HALBWACHS, 1990).

A Psicologia também adentrou esse campo interdisciplinar e foi beneficiada pela revolução psicanalítica. Na Psicanálise, os processos psíquicos passaram a ser estudados não como entidades meramente abstratas ou fisiológicas, mas como vivências dos indivíduos. A Psicanálise contribuiu para ampliação da leitura sobre os indivíduos e sobre a sociedade. O olhar para os processos inconscientes e para conteúdos que não se restringem ao comportamento e aos aspectos observáveis permitiu a ampliação das linhas de pesquisa nessa área. A Psicologia Social ganhou novas teorias, metodologia e formas de estudo a partir dessa ampliação da visão do homem. O autor se insere nesse contexto de surgimento e consolidação da noção de inconsciente (HALBWACHS, 1990).

Diante do exposto, percebemos que o campo de estudos da memória coletiva se transversaliza em sua raiz epistemológica, perpassando diversos campos interdisciplinares, entre esses a Sociologia, a Filosofia e a Psicologia Social. Embora tenha se embasado em várias ideias, Halbwachs traz uma contribuição própria do que seja a Memória Coletiva, solidificando-a através dos pressupostos sociológicos de Durkheim.

² A escola dos Annales restaurou suas pesquisas históricas ao ampliar o campo da História para estudar atividades humanas pouco investigadas, acabando com a divisão das Ciências Sociais e (História, Sociologia, Psicologia, Economia, Geografia humana e assim por diante) e priorizando os métodos pluridisciplinares (JAPIASSU, 2001)

2.1.1 Definição de memória para Halbwachs

A partir da proposta teórica desenvolvida por Halbwachs, a memória deixou de ser vista como algo estritamente individual e passou a ser considerada como um processo contextual e social em que elementos dinâmicos da psique humana dialogam com determinantes sociais (SANTOS, 1998).

A afirmação central do autor é que qualquer processo de memória não acontece apenas como resultante de pensamentos, de sentimentos ou de experiências exclusivamente individuais. A memória surge a partir do que o autor denomina de quadros sociais de memória. Já a questão dos quadros sociais trazidos pelo autor repercute em discussões da atualidade sobre a influência desses elementos e a antecedência deles em relação às experiências individuais. Portanto, até a atualidade ainda permanece um conjunto de questionamentos sobre como se constroem as percepções individuais que são desenvolvidas acerca dos fenômenos que compõem a vida de um indivíduo. O questionamento central é se os fenômenos individuais de memória estão relacionados a representações coletivas (HALBWACHS, 1990).

Compreendemos que as informações veiculadas socialmente são mediadoras da construção do conhecimento e das memórias; dessa forma, os grupos sociais não se constituem apenas pela presença física de outras pessoas, mas também por elementos culturais que são veiculados entre as gerações. Mesmo as memórias consideradas íntimas não têm cunho puramente individual. Peralta (2007) postula que o aspecto social e interativo da memória, as lembranças relacionam-se à moral, aos costumes, às tradições e à cultura da sociedade em que o indivíduo vive.

Para Halbwachs (1990), não há memória descolada de um grupo. A memória é resultante do convívio com outros indivíduos. A influência de Durkheim é evidente nesse momento, pois o autor considera que a representação coletiva é mais do que a soma das representações individuais e se interpõe sobre as demais. Portanto, a memória não é ponto de partida, pois ela não advém do vazio. O processo de aquisição da memória se dá pelo indivíduo que toma as perspectivas do seu grupo para si, apropriando-se das representações coletivas estabelecidas socialmente. Assim, o autor enfatiza a importância dos grupos de referência para o processo de memória, que se origina a partir de um grupo social, mas é produzida e desenvolvida pelo sujeito. Dessa forma, a presença ou ausência do grupo social exerce papel fundamental no processo de rememoração. Ao longo da vida, o indivíduo estabelece comunidades de pensamento que se relacionam a grupos de referência. Os grupos

não necessariamente estão presentes fisicamente. A presença se dá pela possibilidade de retomada de pensamentos, experiências e modos de vida associados a eles e próprios de cada grupo (SCHMIDT; MAHFOUD, 1993).

Quanto mais vitais para o indivíduo forem as relações grupais, mais fortes serão as imagens que compõem as lembranças. Dessa forma, a lembrança é o produto de um processo que é essencialmente coletivo e social, inserindo-se em um contexto social específico (SCHMIDT; MAHFOUD, 1993).

Para que o processo de lembrança aconteça, é necessária a existência de um campo afetivo que dê consistência às memórias. A afetividade fornece bases para a atualização da identificação com o grupo e para a retomada de hábitos semelhantes. O apego afetivo está ligado à lembrança, enquanto o desapego se associa ao esquecimento, em que o indivíduo deixa de lembrar-se das pessoas de convivência naquele período de vida. Em situações de esquecimento, as imagens tornam-se dados meramente abstratos, impossibilitando a restituição das lembranças por não existirem reconhecimento e identificação com os acontecimentos (HALBWACHS, 1990).

O processo de lembrar, em Halbwachs, inclui reconhecimento e reconstrução. O reconhecimento refere-se ao sentimento do já visto, e a reconstrução posiciona as memórias como resgate de acontecimentos e experiências a partir de aspectos vivenciados pelo sujeito. Cada lembrança é diferenciada por se associar a um tempo, espaço e relações sociais. As lembranças retomam relações sociais, pois as ideias e sentimentos não acontecem de forma isolada; eles se fundamentam em dados compartilhados entre o grupo (HALBWACHS, 1990).

Os grupos possibilitam a organização espaço-temporal das lembranças. Portanto, a memória é constituída pela atualização de vivências por meio dos processos de reconhecimento e reconstrução. Esse processo é facilitado pela presença de quadros sociais que promovem a articulação entre as lembranças. O confronto com lembranças de outras pessoas garante maior exatidão e confiança sobre a memória.

Entretanto, o primeiro nível de testemunho acontece em relação ao próprio sujeito, que confronta a lembrança com a perspectiva atual sobre suas experiências e opiniões, o que pode ser subsidiado por outras pessoas. O segundo nível corresponde ao diálogo com outra pessoa, que pode estar presente fisicamente ou internamente. Assim, a memória acontece em meio ao processo de confronto entre pontos de vistas distintos no próprio indivíduo (HALBWACHS, 1990).

Diferentes pontos de vista auxiliam na descoberta das várias possibilidades do que é observado e experienciado. A partir disso, o sujeito pode recorrer a suas experiências anteriores para abarcar a compreensão sobre o fenômeno em questão e também pode ouvir o ponto de vista de outras pessoas. Portanto, o presente é vivido entre testemunhos e diálogos que podem ser retomados no futuro. O principal ponto é que são as diferenças entre as lembranças que permitem que não haja confusão. As diferenciações acontecem, principalmente, pela dimensão tempo e espaço (HALBWACHS, 1990).

A dimensão temporal permite distinguir entre lembranças em uma cadeia de eventos. O tempo oferece a constante sensação de mudança, enquanto o espaço delimita a noção de estabilidade e de permanência. Os grupos se inserem em locais, onde a marca de cada grupo fica registrada. Os membros costumam identificar-se com a localidade e é possível observar os modos de vida em comum e contrapor aos costumes de outros grupos. O autor relata uma nova compreensão sobre a relação entre tempo e memória. A percepção do indivíduo sobre o tempo se daria a partir da espacialidade, pois o sujeito organizaria as experiências diretas em segmentos, formando uma linha do tempo contínua que permitiria a localização posterior daquele dado sobre a realidade (SANTOS, 1998).

A sensação de temporalidade é descrita como o surgimento de pensamentos derivados de um grupo social associado a um contexto específico que se insere em um quadro social coletivo. Entretanto, para Santos (1998), não há provas materiais disponíveis sobre a memória coletiva ou o processo de desenvolvimento de quadros sociais.

No entanto, destaca-se que cada lembrança obedece a um quadro social distinto. As diferentes percepções sobre o passado e sobre os grupos sociais estão associadas a diferentes elementos da memória coletiva, que não é um construto isento de contradições. Os quadros sociais exercem papel fundamental para Halbwachs. Ao investigar a forma de produção desses quadros na sociedade, o autor considera que se trata de instrumentos utilizados pela memória coletiva para reconstituir uma imagem do passado, que combina a época com as formas de pensamento dominantes. Para Halbwachs (1990), o quadro social não é produto apenas dos atores sociais presentes.

O indivíduo que convive em sociedade entra em contato e dialoga com diversos quadros sociais, primeiro, na própria estrutura familiar, depois na escola e, ao longo da vida, permanece se atualizando na sua relação com os grupos sociais (SANTOS, 1998).

Para Halbwachs (1990), há uma distinção entre memória individual e memória coletiva. O autor aponta a impossibilidade de reduzir a memória aos fenômenos individuais,

tendo em vista a importância das relações sociais e grupais para os processos de memorização.

2.1.2 Memória individual e coletiva

A memória individual pode ser compreendida como a confluência de diversas influências sociais, organizadas e articuladas de forma individual. Portanto, cada indivíduo organiza as informações adquiridas socialmente de forma distinta. Isso constitui a individualidade. As lembranças individuais tornam-se elementos fundamentais para o testemunho em relação à coletividade. Assim, a lembrança necessita das relações sociais e da memória coletiva. Porém, a recordação pessoal oferece limites à imposição externa de imagens coletivas que poderiam cercear as individualidades (HALBWACHS, 1990). Ressaltamos que o que não nos é familiar puxamos na memória e transformamos em imagem como forma de trazer uma recordação que tenha uma representação. A recordação individual enfrenta a imposição das imagens coletivas ao mesmo tempo que torna possível a presença de elementos individuais. Portanto, a consciência individual funciona para registrar influências coletivas, mas também impõe limites ao social.

A memória coletiva refere-se à noção de que a memória é produto direto de determinado grupo social, que organiza experiências e elementos em comum. O resultante desse processo é um acervo compartilhado no grupo e que constitui o conteúdo da memória coletiva. Halbwachs (1990) destaca o dinamismo das trocas existentes entre memória individual e coletiva. Isso oferece soluções à problemática da evocação e localização de lembranças, pois os quadros sociais tornam-se pontos de referência para a reconstrução do que é chamado de memória.

Na compreensão do autor, a memória coletiva adapta as histórias passadas com crenças e necessidades do presente, superando a ideia de passado como fato imutável. O passado é, frequentemente, revisitado e ressignificado durante o processo de reconstrução, tornando a memória uma história vivente que se atualiza e se modifica. A memória coletiva se situa, principalmente, no que é chamado de tradição, mas são os processos vinculados à memória que permitem dinamizar e flexibilizar as tradições. A tradição, de acordo com Halbwachs (1990), é um elemento da memória que representa um quadro social mais amplo, que se articula com os contextos sociais da atualidade até ganhar novas formas.

Para esse mesmo autor, a memória coletiva tem tendência a tornar os fatos passados em elementos rígidos e lineares, como se formassem um contínuo sem rupturas. Entretanto, os

acontecimentos em si são formados por discontinuidades e costumam ser deixados de lado quando a percepção se volta para o passado (SANTOS, 1998).

Outra discussão proposta por Halbwachs (1990) é a diferença entre memória coletiva e memória histórica. Ambas se apoiam em regras distintas, por isso produzem conhecimentos distintos sobre o passado. A memória histórica costuma solucionar o contexto atual com base no passado. Isso inverte a lógica da memória coletiva.

A memória histórica denota uma nova composição com finalidade curativa das rupturas existentes ao longo da história da humanidade, o que pode ocasionar a sensação de que a história da humanidade tem caráter unitário. Então, a memória histórica oferece um discurso lógico e inventado sobre o passado. Cada época constrói uma ideia sobre o passado, baseada em elementos que auxiliam na rememoração como vestígios e artefatos, mas muito do que é encontrado não é facilmente traduzido para um sistema de palavras ou imagens. Por vezes, a memória desenvolvida pelos historiadores pode enfrentar contraposição ao se deparar com a memória coletiva inserida no corpo social, que pode impor limites ao caráter ideológico da história. Em outros momentos, a relação entre ambas pode ser de complementaridade (HALBWACHS, 1990).

Entretanto, para o autor, não se trata de uma busca pela verdade dos fatos do passado. Os dois tipos de memória não competem por maior veracidade. Cada saber apenas se diferencia e possui características próprias que obedecem a objetivos distintos. Para Halbwachs, a memória coletiva se torna fonte para pesquisa histórica. Além disso, desempenha a função de sublinhar momentos históricos considerados significativos para os grupos sociais e fortalecer objetos culturais que preservam valores para a coletividade (SCHMIDT; MAHFOUD, 1993).

Portanto, as representações sobre o passado sofrem influência de marcas, objetos e fatos. Então, o presente acaba por exercer influência na leitura e interpretação sobre o passado. A reconstrução do passado pode acontecer a partir de tensões e conflitos existentes no presente (SANTOS, 1998).

Dessa forma, buscamos compreender os costumes e as tradições de uma época e de um povo específico por meio da análise das formas de interação social e de redes de sociabilidade. As estruturas coletivas são o foco de investigação. Segundo Halbwachs, os estudos historiográficos de sua época reconstruíam o passado de forma arbitrária e pouco precisa e os recortes históricos e critérios para definir os períodos a serem estudados eram superficiais. Para o autor, o conhecimento histórico se viabiliza a partir do desaparecimento da memória coletiva. Nesse momento, o autor passa a contrapor as ideias de memória e

história. Ressalta-se que o objetivo não é o encontro do relato histórico verdadeiro e isento de interpretações. Por isso, torna-se importante reconhecer os limites das abordagens metodológicas e conviver com os aspectos determinantes sobre as formas de perceber o passado a partir do presente (SCHMIDT; MAHFOUD, 1993).

A importância do trabalho desenvolvido por Halbwachs encontra-se na compreensão de que a memória está atrelada não apenas a artefatos e construções físicas que são deixadas por sociedades antigas. A memória cultural também deve ser vista e valorizada. O autor enfatiza as relações sociais, os costumes e as tradições como elementos fundamentais na compreensão de qualquer sociedade. Destaca a centralidade dessas questões para reconstrução histórica e para compreender a perspectiva adotada por outras sociedades anteriores. O arcabouço teórico desenvolvido pelo autor permite chamar a atenção para os quadros sociais e as redes de relações que formam memórias individuais e coletivas. Isso denota a complexidade envolvida na compreensão de aspectos históricos (SANTOS, 1998).

As memórias e as tradições de um povo são difíceis de ser apreendidas em razão da sua grande flexibilidade. Cada cultura se modifica ao longo do tempo e estabelece formas próprias de se relacionar e conviver em sociedade; portanto, ao falar de memória individual e trazer o conceito da memória coletiva, Halbwachs não propõe uma competição entre esses dois tipos de memória e reconhece a importância da compreensão de uma e de outra, pois ambas são importantes para o entendimento da memória histórica de um povo e também da sua memória cultural.

O conceito de memória coletiva nos possibilita entender o seu valor para diversos estudos metodológicos, principalmente os ligados às Representações Sociais, como apresentaremos a seguir.

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais nasce das tentativas de explicar os processos pelos quais os sujeitos constroem ideias e crenças sobre objetos sociais. Portanto, se baseia em problemáticas típicas da Psicologia Social e outras ciências humanas (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Originada na França, a Teoria das Representações Sociais foi desenvolvida pelo psicólogo social Serge Moscovici, na década de 1960. Esse autor foi pioneiro no estudo das Representações Sociais como teoria para compreender o senso comum. Em sua concepção, as

representações sociais são teorias do senso comum que dialogam entre si, são dinâmicas e refletem modos de vida cotidianos. As bases para a construção dessa teoria estão na Antropologia e na Sociologia de autores como Durkheim e Levi-Bruhl. Outras contribuições advêm da Teoria da Linguagem de Saussure e das concepções de Piaget e Vygotsky (MORAES *et al.*, 2014).

Durkheim (1994) compreende que a Sociologia deve preocupar-se com os fatos sociais que se originam na coletividade e formam representações coletivas. Portanto, as representações individuais não têm relevância, na perspectiva do autor, que passa a utilizar em sua obra a expressão representação social.

Um dado social que influenciou Moscovici foi o fato de ter vivido durante a Segunda Guerra Mundial, sofrendo opressões do período de dominação nazista, o que o levou a questionar o papel de elementos que ultrapassam a razão no comportamento humano. Um desses elementos discutidos na obra **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. No livro, ele visa compreender como se constituem as representações sociais de uma sociedade (MORAES *et al.*, 2014).

Moscovici teceu críticas ao pensamento durkheimiano, por considerar que a proposta do autor não soluciona a presença da pluralidade de representações sociais. Outro aspecto levantado é a importância de considerar as representações individuais, tendo em vista que elas exercem influência sobre comportamentos e pensamentos dos indivíduos (SANTOS; DIAS, 2015).

Portanto, Moscovici desenvolveu estudos sobre representações sociais que permitiram a retomada do olhar sobre o indivíduo como sujeito ativo na construção do conhecimento. Isso representou uma ruptura com o paradigma vigente na área da Psicologia Social ao considerar que as representações sociais são, ao mesmo tempo, construídas e adquiridas (SANTOS; DIAS, 2015).

O desenvolvimento e a ampliação dos meios de comunicação possibilitaram a descentralização do poder e a legitimação de novas fontes de conhecimento social. Em outras épocas, os conhecimentos veiculados socialmente tinham caráter coercitivo e eram partilhados pelos integrantes da sociedade como um todo. Hoje é possível perceber discursos e falas permeando modos de estar em sociedade (MORAES *et al.*, 2014).

O desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais partiu de Serge Moscovici (1978) de modo que fosse possível aplicá-la em diversas áreas do conhecimento. A partir disso, foi possível repensar construtos da Psicologia Social segundo essa perspectiva que visa compreender os aspectos simbólicos envolvidos.

As representações sociais são entendidas como crenças e ideias a respeito de um fenômeno que é comum a um grupo de pessoas e é oriundo de interações sociais e acontecimentos históricos que dialogam com as vivências de cada indivíduo. As representações sociais são sistemas de valores e práticas que surgem em um meio social e são comuns a pessoas em um mesmo período e localidade. Portanto, modificam-se ao longo do tempo e ganham novas formas (MOSCOVICI, 1978).

Tornar o desconhecido algo familiar é uma das funções das representações sociais, permitindo assimilar novos conteúdos a partir de concepções preexistentes. O novo dado é avaliado a partir de crenças e valores adquiridos anteriormente, passando a fazer parte do mesmo registro simbólico (MOSCOVICI, 1978).

As representações sociais exercem influência sobre o comportamento dos indivíduos, tendo em vista que são elas que determinam a forma como ocorrem as interpretações dos estímulos e a significação das respostas emitidas. Portanto, exerce função na elaboração de comportamentos e na comunicação entre as pessoas (MOSCOVICI, 1978).

Geralmente, as representações sociais têm alta capacidade de cristalização entre os indivíduos. Moscovici (1979) afirma que as representações sociais podem ser consideradas pontos de partida para a análise de contextos sociais. Veiculam teorias, explicações e interpretações de fatos individuais e sociais. Assim, por meio do conhecimento do cotidiano e do senso comum, novos sentidos são construídos ao saber científico, e a própria ciência é reinterpretada (MORAES *et al.*, 2014).

Desse modo, podemos compreender que o senso comum fornece substratos para a construção da ciência e da filosofia. Porém, a ordem tem sido invertida, na atualidade. Ou seja, o saber científico tem cada vez mais ocupado espaço e sido divulgado na sociedade de modo que o saber sobre o mundo é delegado aos cientistas, e a população torna-se receptora de conhecimentos. Um dos desafios que permeiam a contemporaneidade é a busca por equilíbrio entre a ciência e as outras formas de saber. Até mesmo as representações sociais não devem ser compreendidas como percepções equivocadas da realidade, mas como forma de apreender o social que é construído historicamente (MORAES *et al.*, 2014).

Segundo Jodelet (2005), quando ocorre a aderência a uma representação social, ocorre também a identificação com um grupo social. Cada grupo tem representações e ideias particulares que constituem sua identidade, por isso há uma influência mútua entre identidade e representação social.

A Teoria das Representações Sociais compreende o universo consensual e o universo reificado. O primeiro versa sobre ideias e teorias relacionadas ao senso comum, as quais

oferecem resoluções a questões cotidianas e constroem o real segundo o contexto em que se vive. No segundo, ocorre a manifestação dos conhecimentos científicos com rigor metodológico. Ambos se entrelaçam e constituem a realidade. O processo de socialização possibilita a ressignificação de vivências e a reinterpretação de conhecimentos científicos (MOSCOVICI, 1978).

Em seu livro **Se beber não dirija: representações sociais de universitários sobre propagandas televisivas de cerveja**, Bertoni (2015, p. 50) afirma que “o campo das Representações Sociais é bastante instigante do ponto de vista científico justamente por trazer à tona aspectos comuns do cotidiano”. A autora assegura ainda que “as representações que habitam a esfera do senso comum podem ser analisadas como ciência, pois tudo o que percebemos do mundo são respostas a estímulos do ambiente no qual vivemos” (BERTONI, 2015, p. 50).

Assim sendo, é sempre plausível reinterpretar os conhecimentos científicos. Esses conhecimentos são reconstituídos pelas representações sociais a partir das relações sociais. Isto posto, a ciência torna-se um elemento da cultura que é partilhado como uma ideia comum. Ao perceber a tendência, a cristalização em torno do conhecimento científico, lembramos que é fundamental promover diálogos entre a ciência e outros saberes não científicos, a fim de reconhecer o caráter parcial da ciência (MOSCOVICI, 2001).

Segundo Moscovici (1978), há três dimensões que formam o universo: a atitude, a informação e a representação. A atitude versa sobre a relação global entre sujeito e objeto, em que o sujeito se posiciona frente ao objeto. A informação refere-se à organização dos conhecimentos de um grupo social sobre determinado objeto. A representação remete ao aspecto simbólico, à imagem adquirida.

A principal função das representações sociais é a influência em práticas sociais e na construção da realidade. Isso repercute nos comportamentos dos indivíduos e nos conhecimentos individuais de cada membro do grupo (MOSCOVICI, 2001).

A Teoria das Representações Sociais, criada por Moscovici, fez emergir três abordagens, que se completam e ampliam seu entendimento.

Segundo Denise Jodelet, na abordagem cultural, as representações sociais constituem um fenômeno interdisciplinar, que rompe com os métodos científicos tradicionais, por enfatizar, tanto o aspecto individual, quanto o coletivo. São mutáveis e se entrecruzam por meio de palavras e gestos do cotidiano. Jodelet (2001) parte do construto desenvolvido por Moscovici, mas propõe diferenciações, por considerar que as representações sociais incluem o senso comum, e não apenas o conhecimento científico. Para a autora, o senso comum não é

um conhecimento inferior à proposta científica, mas obedece a lógicas distintas (SANTOS; DIAS, 2015). A abordagem cultural, na visão de Sá (1998), é a que mais se aproxima da teoria de Moscovici, pois, sua construção comporta muito das práticas cotidianas.

As representações sociais e o conhecimento científico possuem lógicas inversas, isso é o que a abordagem cultural ressalta. O conhecimento científico necessita olhar para os aspectos considerados familiares e manter uma sensação de estranhamento, a fim de continuar fazendo o conhecimento evoluir em relação àquele fenômeno, pois a ciência necessita de uma postura questionadora para que novas explicações sobre a realidade possam ser construídas. Por outro lado, as representações sociais são um movimento de familiarizar o que gera estranhamento: forjamos um conteúdo representacional para conhecer o desconhecido (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Na abordagem societal, Willem Doise (2002) destaca a importância de compreendermos como se dão as dinâmicas das representações sociais, observando as relações sociais experienciadas pelos grupos que estão principalmente no interior da sociedade. É através das interações sociais dos indivíduos que há o aparecimento e o desenvolvimento de algumas operações cognitivas, organizadas a partir de representações que são produzidas e são partilhadas pelos grupos sociais. Assim, as representações sociais ganham a função de relacionar o indivíduo ao coletivo, articulando o individual com o social, a partir de conflitos sociocognitivos que surgem nos indivíduos quando eles interagem socialmente.

Na abordagem Estrutural, Abric (2000) enfatiza quatro funções das representações sociais. A primeira é a função de saber, que permite a compreensão da realidade e a comunicação de saberes entre o grupo social. A segunda é a função identitária, que reforça as especificidades de cada grupo. A terceira é a função de orientação, que seleciona comportamentos, práticas sociais e filtra informações. A quarta é a função justificadora, que explica e justifica os comportamentos, os pensamentos e as decisões de atores sociais.

Ainda de acordo com esse autor, cada função possui um sistema central e periférico que oferece estabilidade e mobilidade às significações. A parte central é composta pelos elementos mais difíceis de mudar por estarem relacionadas ao histórico coletivo e individual, enquanto o sistema periférico refere-se às representações individualizadas que podem ser transmutadas com mais facilidade (ABRIC, 2000).

A noção de representação social abrange, tanto um produto, como um processo. De acordo com Jodelet (2001, p. 22),

[...] nos interessamos por uma modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte – os processos – e constituído – os produtos e o conteúdo, modalidade de pensamento cuja especificidade vem de seu caráter social.

Por isso, existem diferentes conceitos, a depender do enfoque escolhido. O processo de representação social resulta em teorias do senso comum, partilhadas por um grupo e que fornecem identidade aos grupos sociais ao mesmo tempo em que explicam aspectos da realidade (ROCHA, 2014).

A representação social não é uma cópia de um dado presente na realidade, mas uma construção coletiva em que o objeto é recriado a partir de representações já existentes. Portanto, não se trata de um mediador entre uma característica do ambiente e ações comportamentais, mas uma realidade que se apresenta e determina a percepção sobre as características do ambiente e a tomada de decisão sobre qual ação efetivar. A representação não significa reprodução. Por mais que a terminologia utilizada remeta à noção de cópia e imagem, é importante lembrar que são abordagens distintas. As construções criadas e partilhadas socialmente visam à organização da realidade para que o mundo se torne mais inteligível (WACHELKE; CAMARGO, 2007), têm caráter normativo e prescritivo, pois, ao mesmo tempo em que inserem um dado sobre a realidade em modelos sociais preexistentes, também funcionam como guias para as ações e relações sociais. A finalidade dessas construções sociais é classificar os eventos de acordo com referenciais para interpretação, os quais são grupais (ROCHA, 2014).

A definição de representação social é ampla, o que torna necessária a elaboração de critérios que permitam organizar e selecionar os fenômenos que podem se encaixar nessa definição. A explicitação conceitual facilita a elaboração de estudos científicos (SÁ, 1995). Em seu texto, Moraes *et al.* (2004) utilizam cinco critérios para classificar um fenômeno como representação social. Os critérios especificam processos e produtos, além do caráter sociogenético, que indica que a produção acontece no âmbito dos grupos sociais

O primeiro critério é o consenso funcional, segundo o qual o papel desempenhado visa à manutenção da unidade do grupo, orienta a interação entre os membros e a entrada de novos indivíduos. O segundo critério refere-se à relevância dos atores sociais, que se organizam em torno de práticas de comunicação. O terceiro critério é a prática, pois deve existir um comportamento associado à representação que é parte constituída da rotina do grupo. O quarto critério é a holomorfose, segundo a qual a representação social tem características que remetem ao grupo de origem, distinguindo-se de um pensamento que está associado apenas a

experiências individuais. O quinto critério destaca o lado objetivo da representação por delimitar uma realidade sociogrupal (MORAES *et al.*, 2014).

Esses critérios são importantes para definirmos uma representação social. Entretanto, existem exemplos de representações que não obedecem a cada um dos critérios, já que existem diferenças estruturais e funcionais entre os diferentes tipos de representação (MORAES *et al.*, 2014).

As representações sociais se organizam em estruturas de conhecimento que estabelecem relações entre elementos de acordo com uma lógica natural. A organização acontece de forma hierárquica, pois cada objeto social pode evocar elementos representacionais distintos. Ao evocar dada representação, outros elementos podem permanecer adormecidos (SÁ, 1995).

Um aspecto importante a ser estudado é a distinção entre representação social e representação individual. As crianças, em geral, apreendem os conteúdos das representações sociais antes de adquirir opiniões próprias sobre a realidade (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Para que uma representação social exerça influência sobre o comportamento do indivíduo é necessário que ela se torne uma representação intra-individual. Os elementos coletivos dialogam com aspectos da individualidade, sendo importante compreender que não há uma correspondência exata entre cada indivíduo de um grupo social (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Algumas perguntas que norteiam os estudos da relação indivíduo-sociedade no campo das representações sociais são:

O que distingue uma variedade de representação da outra? Noutras palavras, quais as características distintivas das representações sociais e das representações individuais? Partindo de uma explicação macro redutiva, como as representações sociais criam as condições para desenvolvimento das representações cognitivas individuais? E finalmente, em que situações as representações sociais adquirem relevância para os indivíduos? (WACHELKE; CAMARGO, 2007, p. 386).

As teorias do senso comum fornecem bases que condicionam as experiências idiossincráticas. Mesmo quando o indivíduo constrói crenças que divergem da representação típica do seu grupo social, o sujeito em questão conhece a Representação Social. Portanto, a representação não é o único aspecto determinante, mas funciona como referência para conteúdos individuais (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Dentre os conteúdos individuais e a forma como uma Representação Social é formada temos dois processos importantes: a objetivação e a ancoragem que, apesar de serem conceituados de forma individual nessa seção, não acontecem separadamente.

O processo de objetivação ocorre a partir de três fases distintas apresentadas por Jodelet (2005). A primeira fase é denominada de seleção e contextualização, em que os indivíduos passam a se apropriar do conhecimento a partir de critérios culturais, experiências e conhecimentos já adquiridos pelos grupos de convivência social. A segunda fase é descrita como formação de um núcleo figurativo, em que o sujeito apreende o novo fenômeno com base em informações e dados adquiridos anteriormente. A terceira fase representa a naturalização, em que o que era anteriormente fruto de ideias e abstrações torna-se concreto e é visto como parte constituinte da realidade.

Moscovici (1978, p.110) afirma que a objetivação “faz com que se torne real um esquema conceptual, com que se dê a uma imagem uma contrapartida material [...] tão vívidos que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa” (Moscovici, 1988). Assim, consegue deixar mais concreto o conceito de condicionantes sociais e os aspectos valorativos de um grupo, os principais aspectos para a objetificação de um conceito por parte dos sujeitos.

A ancoragem ocorre quando uma ideia é levada para um contexto comum, onde lhe é atribuído um nome, ocorre o registro simbólico da imagem assimilada, tornando-se um conceito pronto para influenciar mais pessoas que fazem parte desse grupo (MORAES *et al.*, 2014). Para Moscovici (1978), no processo de ancoragem existe um pensamento já constituído, que passa a incorporar tudo o que é estranho e a compreender o que é novidade sob a influência do grupo em que está inserido, adquirindo *status* instrumental, por seu caráter influenciador.

A ancoragem é construída na realidade social em que se vive, portanto não podemos dizer que deva vir de um processo individual.

Algumas pesquisas dão ênfases ao aspecto estrutural da representação social e acabam por priorizar os estudos sobre a objetivação e a organização interna das representações. Enquanto que outras perspectivas tendem a tratar especificamente da ancoragem e da compreensão das dinâmicas sociais (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

Destacamos que as vertentes de estudo são complementares. Percebemos que um objeto social partilhado por diferentes grupos tem princípios abstratos em comum, mas cada grupo se posiciona de forma distinta e desenvolve uma representação própria com sistema central e periférico (WACHELKE; CAMARGO, 2007).

A objetivação e a ancoragem são processos que ocorrem ao mesmo tempo e estão inter-relacionados, como pontuamos anteriormente. De acordo com Moscovici (1988), ambos “têm relação com a forma de lidar com a memória, sendo o primeiro voltado para fora e o segundo para dentro”. Percebe-se que a ideia cristalizada acaba por influenciar o meio e também é influenciada por ele. Isso possibilita o desenvolvimento de uma nova visão de mundo que passa a guiar as ações sociais. À vista disso, percebemos as convergências teóricas e conceituais entre Representações Sociais e Memória que abordamos a seguir.

2.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A MEMÓRIA COLETIVA: O RECONHECIMENTO DE TEORIAS E CONCEITOS

Ao longo desta seção, conceituamos a Teoria das Representações Sociais e da Memória Coletiva, a fim de fundamentar a escolha entre elas para construção e desenvolvimento do objeto de pesquisa. Apesar de entendermos que existem possibilidades de divergências entre as teorias, para este trabalho escolhemos apresentar somente a relação de confluência teórico-conceitual entre as duas teorias.

Iniciamos o pensamento de que, com o conceito das representações coletivas de Émile Durkheim, é possível observar uma ligação epistemológica entre as Teorias das Representações Sociais e da Memória. O processo de ancoragem, já apresentado, proposto inicialmente por Moscovici em sua primeira obra, faz a ligação para o papel da memória social nas construções sociais que permitem de forma simbólica ao homem contemporâneo ter uma melhor compreensão do mundo.

No texto **Representações Sociais e memória coletiva: uma releitura**, Martha de Alba (2014) afirma que “a bagagem de conhecimentos em que a representação social se ancora é a memória social: por meio do processo de ancoragem, o passado se faz presente”. A autora nos mostra a igualdade epistemológica entre o processo de ancoragem de Moscovici e a teoria da memória de Halbwachs, uma vez que os autores se utilizam de “processos interacionais e relacionais, envolvendo ao mesmo tempo categorias e construções sociais”, como apontam Bertoni (2015, p 40).

Nesse texto, a autora Martha de Alba (2014) afirma que as teorias de Durkheim, Moscovici e Halbwachs podem “enriquecer-se mutuamente”. Ao fazermos a leitura dos textos dos autores, concordamos com a afirmação da autora e, por isso, tais pensadores foram escolhidos como representantes teóricos para construção deste trabalho.

Com o mundo em constante movimento, podemos, com essas teorias, agregar a temporalidade para analisarmos os processos psicossociais, pois podemos estudar o sujeito como agente social e ativo, de forma individual ou coletiva, tanto no passado, como no presente e no futuro. Nas teorias estudadas, encontramos sempre a relação do sujeito com a sociedade como a questão principal (ALBA, 2014).

Ao realizar a leitura dos textos **Marcos Sociais da Memória Social**, a autora Martha de Alba (2014) pondera que o conceito de Memória coletiva proposto por Halbwachs está mais próximo do conceito de Moscovici do que do conceito de Durkheim.

O ganho de trazer essas teorias para compor a nossa pesquisa é saber que elas contribuem para o estudo dos processos sociais e também psicológicos que afetam de forma direta e indireta nossa sociedade. Todas elas tratam dos fenômenos psicossociais em seus contextos históricos e sociais. Com essas teorias conseguimos ter uma perspectiva mais próxima da realidade sobre a qual elas se debruçam.

Em ambas as teorias a predominância entre elas está na forma como os sujeitos constroem suas representações e memórias através de suas experiências, suas emoções, seus conhecimentos obtidos de maneira formal ou informal, que socialmente podem estar determinados pelas interações. Ainda assim, podemos perceber que o indivíduo possui uma margem de originalidade e criatividade ao construir suas teorias sobre o mundo. É sobre representações e memórias relativas à medicalização que a presente pesquisa foi constituída, ao analisar como essa construção está impregnada ou não no estudante de Psicologia.

Para tanto, é preciso contextualizar a medicalização e todo seu processo de constituição na saúde pública, assunto que iremos tratar na próxima seção.

3 A PÍLULA DA FELICIDADE EXISTE

Com essa afirmação, queremos dizer que a medicalização se apresenta na sociedade com a função de promover a felicidade e que a pílula, que pode ser conseguida pelas pessoas, se apresenta como uma solução mágica. Fazer essa afirmação não significa dizer que ela seja verdade absoluta e que haja concordância com seu sentido. Queremos contextualizar o que trataremos nesta seção. Para tanto, escolhemos dividi-la em quatro movimentos, embora seja interessante lembrar que eles acontecem de forma simultânea em muitos momentos. A ideia de separar por movimentos intenta mostrar que ocorreram na sociedade e trouxeram uma grande transformação na forma como passamos a ver a medicação em nossas vidas.

A opção pela palavra movimento para ser empregada nesta seção é uma forma de dar a entender um conjunto de estratégias de produção e veiculação pública de conhecimentos, em que há criação e organização pelos atores sociais. Neste caso, falar de movimentos é transitar entre essas estratégias a fim de conhecer um pouco a história da medicalização e toda sua repercussão. A escolha da divisão foi meramente didática, pois as ideias contidas nesta sessão interagem entre si na história e no tempo em que foram construídas.

No primeiro movimento, falaremos da eugenia e de como esse movimento construiu uma série de estigmas e segregação, que são percebidas até os dias atuais. A forma como conseguiram se estabelecer como verdade nos faz pensar como ainda hoje carregamos essa representação para nosso convívio.

No segundo movimento, temos a Medicina como momento de construção e fidelização da medicalização na sociedade. É nesse momento que a Medicina se alia à eugenia e se fortalece para exercer o controle da supremacia médica, em que o que é dito não é questionado, afinal de contas funda-se no discurso da ciência que não pode e não deve ser contestada.

No terceiro movimento, encontramos a patologização de sentimentos, em função de um controle da Medicina por meio da eugenia, que precisa de uma homogeneização da sociedade. Não é mais permitido sentir e, se sentir qualquer tipo de sentimento, positivo ou negativo, ele é passível de ajustes, basta encontrar o Código Internacional de Doenças (CID-10) ou o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição, DSM-V, que logo a caracterização dá lugar à possibilidade de não ter de lidar com qualquer tipo de sentimento que cause desconforto ou desajuste.

O quarto movimento compreende a medicação ou medicalização. Apresentamos uma leitura de toda a construção histórica, para entendermos que esse controle foi sendo percebido

como algo muito positivo, levando o senso comum a criar e a repassar representações sociais, observadas no discurso de muitos na sociedade, de que os medicamentos são a grande solução para tudo.

3.1 O PRIMEIRO MOVIMENTO: A EUGENIA

Na Grécia Antiga, Platão escreveu em seu texto **A República** sobre uma sociedade humana que, passando por processos seletivos, iria se aperfeiçoar. Em 1883, o cientista inglês Francis Galton (1822-1911) cria o termo eugenia, para designar um conjunto de ideias e práticas ligadas ao melhoramento da espécie humana, por meio da seleção através das leis genéticas (GONÇALVES, 2010).

Para o autor, a eugenia, acelerando o trabalho de evolução natural, selecionaria seres “aptos” a bons casamentos, proporcionando, portanto, o aperfeiçoamento racial. Manipulando a evolução “para trazer a realidade biológica do homem em consonância com seus avançados ideais morais” (GALTON *apud* KEVLES, 1995, p. 12), a eugenia acabaria com a crueldade dos seres humanos.

Do século XIX para o XX, as ideias eugênicas de Galton foram difundidas, ampliadas e adotadas nos países da Europa, na América do Norte e na América Latina. No Brasil, o movimento expandiu entre os anos de 1920 e 1929, como um movimento médico da época, que culminou com o I Congresso Brasileiro de Eugenia, realizado entre os dias 30 de junho e 7 de julho de 1929, na Faculdade Nacional de Medicina e no Instituto dos Advogados do Brasil, na cidade do Rio de Janeiro. Segundo Stepan (2005) e Souza (2006), foi um evento muito importante para o movimento eugênico brasileiro.

Entre médicos e intelectuais de várias cidades do país, o movimento ganhou notoriedade. Na cidade de São Paulo, formou-se a Sociedade Eugênica, que intensificou muitas campanhas com o objetivo de divulgar o pensamento de Galton. O fundador, Renato Kehl³ (1889-1974), reuniu a elite profissional da Medicina de São Paulo e regiões circunvizinhas nessa sociedade.

Entre os membros, estavam bacteriologistas, microbiologistas, médicos da saúde mental, como os psiquiatras, além de professores de instituições universitárias e gestores de

³ Renato Kehl formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1915. No início de sua carreira, atuou no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), realizou atividades para o saneamento rural e para a educação higiênica e sanitária. No final dos anos 1920, empresário da indústria farmacêutica, destacou-se como Diretor da Bayer no Brasil, multinacional farmacêutica alemã. Seu nome ficou conhecido pela imensa dedicação à Eugenia, a que denominou de "a religião da humanidade" (SANTOS, 2008).

instituições médicas. Segundo Nancy Stepan (2004), por haver laços estreitos entre o jornalismo, a literatura e a Medicina, logo a eugenia passa a ser tema diário e semanal na imprensa médica e jornais. Esses laços estreitos ajudaram Renato Kehl a criar o Boletim de Eugenia, periódico que circulou entre 1929 e 1933, para divulgação, entre os brasileiros, das medidas eugênicas, tanto do movimento dele, quanto do governo.

Ao buscarmos o referencial teórico para o estudo da eugenia no Brasil, encontramos os conjuntos documentais dos **Annaes de Eugenia** (1919), publicação que reúne atividades e conferências da Sociedade Eugênica de São Paulo; **Actas e Trabalhos** do Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia (1929); os **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, periódico de 1925, publicação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), além do Boletim de Eugenia, criado por Renato Kehl.

Kehl se muda para o Rio de Janeiro, onde, apesar de não conseguir fundar uma associação eugênica igual à de São Paulo, consegue fundar a Liga Brasileira de Higiene Mental, instituição que incorporou o ideário eugênico e que tinha aliados muito importantes, como os médicos Miguel Couto⁴ (1865-1934), que propagava a ideia do Brasil como um “país doente” e “um imenso hospital”, Fernando Magalhães (1878-1944) e o psiquiatra Juliano Moreira (1872-1933). Entre as décadas de 1920 e 1930, esses profissionais faziam parte de uma psiquiatria higiênica, que elegeu a eugenia, a prevenção e a higiene mental como conceitos básicos (REIS, 1994).

O foco na identificação da doença foi o principal elemento para o movimento sanitarista criar uma identidade para o Brasil, pois, se a doença se constituía em um obstáculo real para toda a civilização, a eugenia seria a possibilidade de esse obstáculo deixar de existir e transformar o Brasil em nação (LIMA; HOCHMAN, 1996).

Temas como higiene mental, eugenia, saneamento e higiene, imigração e seu controle, combate ao alcoolismo e doenças venéreas eram os principais assuntos debatidos pela Liga. Acreditava-se que esses eram os principais causadores das perturbações mentais e que dificultavam a normatização e regeneração da sociedade (REIS, 1994).

A Liga Brasileira de Higiene Mental ampliou os estudos da eugenia sobre a higiene mental, construindo uma nova geração de psiquiatras para controlar a higiene mental de

⁴ Diploma da Academia Imperial de Medicina em 1883, assistente da cadeira de Clínica Médica até 1885. Membro-titular da Academia Nacional de Medicina desde 1886, eleito presidente da Academia em 1914 e ficando no cargo até seu falecimento em 1934. Titular na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Eleito membro da Academia Brasileira de Letras em 1916. Pesquisava na área de saúde pública, com muitas obras nesse segmento. Inicia em 1927, presidente-honorário da Associação Brasileira de Educação. Ao receber o título, proferiu uma conferência com título lema da associação: “No Brasil, só há um problema: a educação do povo” (ABL, 1999).

crianças em fase de escolarização, operários, pacientes internados em instituições de saúde e prisioneiros. Cria-se o termo “Eufrenia”, que significa “aprimoramento mental da raça”, fazendo assim a ligação entre Eugenia e Higiene Mental (STEPAN, 2004, p. 59).

Um inimigo a ser vencido pelos eugenistas era o alcoolismo. Para o médico Afrânio Peixoto⁵ (1876-1947), essa era uma das causas de degeneração da raça humana e do futuro da nação, responsável pelo grande número de pessoas doentes, loucas e criminosas na sociedade (PENNA, 1922). Belisário Penna⁶ (1868-1939) considerou que o alcoolismo seria a porta para outras doenças, inclusive algumas mais graves, além de também ser responsável pelo aumento da mortalidade, diminuição da natalidade e produção de “indivíduos anormais”: Para o médico, “se não houvesse sífilis e alcoolismo, 80% das doenças mentais não existiriam” (ROXO, 1925, p. 2).

Nessa época, o médico Amadeu Amaral (1878-1929), na **Revista do Brasil**, lamentava o nascimento de tantas crianças “mal geradas”, com “degenerações” que eram atribuídas às péssimas condições sanitárias e hereditárias, e assim justificava e defendia a eugenia.

De forma implícita, tentavam promover na sociedade a ideia de que poderiam oferecer um molde estético e hereditário para a população, contribuindo para a estetização nacional, já que vários estudiosos e pensadores que passaram pelo Brasil diziam que os habitantes eram “seres assustadoramente feios” e “degenerados”. Os fatores climáticos e raciais, por conta da miscigenação, eram utilizados para explicar a suposta inferioridade brasileira. A eugenia prometia fazer o Brasil estar no lugar de “mundo civilizado” (CARRARA, 2004).

No I Congresso Brasileiro de Eugenia, a conferência **A Eugenia no Brasil**, proferida por Renato Kehl, tece crítica à elite política brasileira, considerando-a incapacitada para realizar projetos de regeneração eugênica na população. Assim, Kehl avaliava que as elites do país não tinham capacidade de construir o projeto civilizatório eugênico. Afirmava que a política deveria ser biológica, cujo principal representante seria o médico (KEHL, 1929, p. 48).

O único consenso por parte dos conferencistas era que as práticas científicas para o processo da reforma social e o edifício da nova nacionalidade só seriam possíveis através da

⁵ Foi um médico, político, professor, crítico, literário, ensaísta, romancista e historiador brasileiro. (ABL, 1999)

⁶ Belisário Augusto de Oliveira Penna foi um médico sanitarista brasileiro. Formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1890, depois dos estudos retornou a Minas Gerais, onde atuou como clínico por alguns anos. Foi também eleito vereador em Juiz de Fora (MG) (ABL, 1999).

Medicina, da higiene e da eugenia, que tinham os instrumentos que iriam “civilizar” e salvar a nação.

3.2 SEGUNDO MOVIMENTO: A MEDICINA

Como apresentamos no primeiro movimento, a eugenia aparece em todos os debates médicos e a higiene é incorporada nos currículos escolares. Os médicos tornam-se, então, os construtores da noção de saneamento, saúde, doença. Essas ideias deram a partida para fidelização desse tipo de pensamento na sociedade. Assim, esses profissionais passam a entender a sociedade como um só organismo, e as formas de intervenção perpassam sempre os conceitos de terapia e de cura (RODRIGUES, 1997).

A preocupação com o cuidado do corpo, para os médicos, vinha de uma obrigação com a moral e ligava-se ao patriotismo; a consciência de tratar o corpo vinha, muitas vezes, dessas representações da normatização do corpo. Dentro dessas representações, está a de que, para cuidar desse corpo, é preciso medicalizar a sociedade de todas as formas. A partir do discurso da ciência, procuraram conhecer, formular e intervir sobre os vários aspectos da vida dos seres humanos.

Em 1931, começa a circular a **Revista Médica do Paraná**, vinculada à Sociedade Médica dos Hospitais do Paraná, que passa a disseminar esses discursos científicos entre a classe médica.

O privilégio de estar no contato direto com as pessoas possibilitou um conhecimento ampliado desse sujeito e não só da sua doença. Esse privilégio também foi estendido às instituições e à sociedade, onde os conceitos como cura, doença, terapêutica e prevenção passam a ser repertório do seu cotidiano.

Projetos inovadores e modernos são construídos, levando em consideração que tudo pode ser curado por médicos, almejando dessa forma uma sociedade ideal. A classe médica passa a utilizar os meios de comunicação, como jornais, revistas, artigos e toda a imprensa, para disseminar a ideia de um futuro ideal para o homem, em que o corpo deve ser são, em contraposição a um passado de muitas doenças. Os médicos próximos da população, através dos meios de comunicação, fazem com que as pessoas comprem o sonho ideal propagado e passem a procurar o saber como forma de atingir um ideal.

No grande projeto eugênico de construção nacional, a preocupação com o corpo vai além da saúde e perpassa o corpo produtivo. Um corpo saudável representa maior empenho na

produção de riqueza do país. As decisões políticas, o desenvolvimento econômico e as resoluções médicas passam a depender da saúde do trabalhador.

Nessa época, vários discursos médicos foram proferidos como forma de dar voz à eugenia, que ia além dos corpos físicos, que tantos defendiam. Dr. Milton Munhoz⁷ (1873-1930) afirmava que "a saúde representa para o indivíduo riqueza incomparável, para a coletividade valor imprescindível de progresso, para a Pátria um dos maiores motivos de sua grandeza" (LAROCCA; MARQUES, 1990, p. 655). Assegurava que "A História está cheia de exemplos. A decadência das civilizações sempre foi acompanhada da decadência física e moral do homem. A miséria segue sempre à moléstia" (RODRIGUES, 1997, p. 60). Um discurso bem marcado pelo que acreditava ser o melhor para o Brasil e para todos na sociedade.

Com a saúde tornando-se responsabilidade do Estado, a Medicina se institucionaliza. Costa (1989) relata que, além de curar, a Medicina passa a supervisionar o indivíduo, visando que o Estado siga próspero e seguro. A Medicina começa, junto ao poder político, a se constituir, criar e organizar instituições onde se pudesse viabilizar o projeto de eugenzar a população.

De acordo com Rodrigues (2007), tudo passa a ser explicado pela óptica e conceitos médicos, na tentativa de biologizar todo o comportamento dos indivíduos. Além de explicar, o médico começa a criar padrões, necessidades e atitudes dos seres humanos ideais, objetivando adaptar os indivíduos ao padrão de normalidade, que não era aplicado somente à saúde, mas, também, ao psicológico, ao intelectual e à moral das pessoas.

Pensando de forma que possa ser medicalizado, tudo no ser humano passa a ser genético, como as emoções e a subjetividade. Assim iniciou-se o processo de medicalização da sociedade, em que a inclusão das ideias médicas passou a ser referência na forma de se entender o mundo (COSTA, 1989). Hoje vivemos na era das neurociências, em que o cérebro tem total destaque para nos fazer entender nossas emoções, sensações e nossos prazeres. Dessa forma, se todos os sentimentos e, principalmente, o sofrimento é da ordem somente do biológico, então é passível de ser controlado por meio da medicalização.

3.3 TERCEIRO MOMENTO: O SOFRIMENTO

⁷ O Prof. Milton de Macedo Munhoz foi fundador e o primeiro presidente da Associação Médica do Paraná (AMP) e também do Conselho Regional de Medicina do Paraná (ABL, 1999).

A intenção da eugenia foi biologizar todo o comportamento dos indivíduos, portanto o sofrimento do humano fica em segundo plano. A ideia de que problemas do dia a dia são passíveis de ser diagnosticados e, eventualmente, tratados pela Medicina, não é algo novo como temos visto, mas tem-se tornado muito comum na atualidade, já que várias especialidades asseveram entender e explicar a vida psíquica como nas condutas éticas através do conhecimento da matéria corpo.

A legitimação de algo como universal traz a ciência para um lugar de controle e poder, principalmente a crença de que os comportamentos e os sentimentos contêm causas e origens físicas e de que os anseios morais precisam seguir o modelo de desempenhos corpóreos ideais. Esse tipo de pensamento vem sendo disseminado em todo o mundo. Costa (2005) denomina esse fenômeno de cultura somática, pela qual as formas de viver são legitimadas por meio do debate científico, principalmente biomédico e neurocientífico, anteriormente vinculado a outros valores, como os religiosos, os éticos ou os políticos. Para este autor, na cultura somática, há um costume de entender e explicar a vida psíquica, os sentimentos e também as condutas éticas por algo que seja do conhecimento da matéria e do corpo.

Somente nas duas últimas décadas, com o maciço investimento nas pesquisas a respeito do funcionamento cerebral, as relações entre o corpo e o psíquico começaram a se estreitar (CALIMAN, 2006). Através dessas pesquisas, houve uma ampliação significativa do conhecimento científico da ligação estreita entre o físico e o psicológico, o que serviu para produção de muitos dispositivos que fundamentam a cultura somática. Com o fortalecimento das explicações biomédicas para os fenômenos comportamentais que, muitas vezes, são definidos como normais e anormais, os diagnósticos médicos, principalmente na psiquiatria, se transformaram em um dispositivo importante na explicação e intervenção dos processos de sofrimento de diversas ordens.

Para a biopsiquiatria, “um sofrimento só é sofrimento, uma doença só é doença, um diagnóstico só é diagnóstico quando for biodiagnóstico, uma patologia só é considerada real quando sua existência biológica é comprovada” (CALIMAN, 2006, p. 99-100). O autor citado anteriormente, afirma que o entendimento das patologias psiquiátricas é genético, neuroquímico e cerebral. Há uma sustentação na forma de ver o sofrimento e de incluir a subjetividade, afirma que há um processo de cerebrização e biologização da identidade pessoal.

Nesse panorama, uma importante ferramenta são as pesquisas que se voltam para a psicofarmacologia e a construção de diagnósticos. Desde 1980, existem mudanças nas formas de cidadania e ativismo político, e os projetos para os cidadãos agora são pensados segundo

critérios somáticos. Os sujeitos são inseridos no sistema de direitos através de traços patológicos, que são, muitas vezes, aceitos e desejados. Assim, passa-se a ter direito a tratamentos e acessos específicos, direito à educação especial, entre outros.

A garantia de ter direitos por ter o sofrimento atrelado a uma condição psiquiátrica e os biodiagnósticos se tornam desejos e necessidades, podendo garantir a todos os direitos políticos, educacionais, trabalhistas, já que, na sociedade excludente e desigual, esses direitos não são de fato ofertados a todos os cidadãos. Esses biodiagnósticos aliviam o fardo moral. Para todos os efeitos, o sofrimento é catalogado, identificado e explicado. Por consequência, ninguém precisa se responsabilizar por seus sentimentos, principalmente os negativos, pois não serão percebidos como fracassos. Os sofrimentos e as queixas são acatados como reais porque são identificados como biológicos e, por isso, legitimados e autorizados a serem medicalizados (CALIMAN, 2006; CAPONE, 2007).

De acordo com o guia da Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (2019), o Brasil ocupava, no *ranking* mundial, em 2013, o 8º lugar no número de venda de medicamentos; em 2018, passou a ocupar o 7º lugar, e a projeção é de que, em 2023, chegue ao 5º lugar. Destaca-se em uma estatística de âmbito mundial: a medicalização do sofrimento. Desse modo, Calazans *et al.* (2015), no artigo **O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização**, analisam as implicações para esse movimento medicalizante, que teria o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua nova versão, a de número 5. Desde que a estatística, como método de definição de categorias, passou a ter mais valor do que o método clínico, existem mais de 300 (trezentas) categorias oficiais, o que revela a gravidade na possibilidade de medicalização da subjetividade do ser humano, pois o que antes era da ordem do jurídico, do social ou do existencial, passa a ser da ordem da Medicina, que, com o novo DSM-V, tende a aumentar esse número.

Com essa assimilação, a psiquiatria, por ora biologizante, estabelece um discurso universal do poder médico como detentor da verdade a respeito do sujeito, que atuará na promoção de uma organização social sem sintomas, sem sofrimento. Sendo assim, aumentar as categorias e os critérios diagnósticos ocasionará vários impactos. Pesquisa de Andrade *et al.* (2012), que avaliou a saúde mental de moradores de São Paulo, usando os critérios diagnósticos presentes no DSM-V-TR (2002) e no CID-10, revelou que cerca de 30% da população sofria de algum transtorno psiquiátrico; que um, em cada dezesseis (5,9%) entrevistados, tinha algum tipo de comorbidade de dois transtornos; e que 5,8% dos entrevistados tinham comorbidade de três ou mais transtornos.

O modelo das edições anteriores do DSM era o de diagnóstico categorial, que adota um único tipo de categoria para a classificação diagnóstica. Agora o Manual adota o modelo dimensional, isto é, são observadas várias dimensões para que o diagnóstico seja realizado, com vários tipos de graus de comprometimento de determinada doença. Com essa mudança, a consequência será o prognóstico de transtornos mentais (LUCCHELLI, 2007). O diferencial do DSM-V em sua nova versão é a relativização dos sinais e dos sintomas de um transtorno. Assim todo tipo de sofrimento, a depender de quem o interprete, poderá ser enquadrado. Entre os novos enquadramentos e diagnósticos, Allen Frances (2010) revela que os transtornos incluídos podem facilmente abranger grande parte da população, como Síndrome de Risco de Psicose; Transtorno Depressivo Misto de Ansiedade; Transtorno Neurocognitivo Menor; Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico; Transtorno de Temperamento Disfuncional com Disforia; Transtorno Parafílico Coercitivo; Vícios Comportamentais.

Marcia Angell, doutora do Departamento de Medicina Social da Havard Medical School, quando trabalhava como editora científica da *New England Journal of Medicine*, divulgou, no seu livro **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos** (CARVALHO, 2009), uma pesquisa sobre o papel da indústria farmacêutica na produção de medicamentos. Inicialmente a pesquisa era para atender à criação de política dos movimentos sociais na saúde, mas acabou sendo um instrumento de denúncia e de críticas a problemas de ordem ética (ANGELL, 2007),

As denúncias feitas pela autora incluem fraudes nas fórmulas e bulas, informações falsas, superfaturamentos dos gastos feitos em pesquisa e desenvolvimento, subornos e propinas. É importante lembrar que “os laboratórios não têm acesso direto a sujeitos humanos, nem empregam seus próprios médicos para executar ensaios clínicos” (ANGELL, 2007, p. 44). Dessa forma, eles precisam utilizar serviços públicos, consultórios particulares ou universitários. Em relação às instituições públicas, os laboratórios assumem as despesas com as pesquisas, mas, como o tempo de espera para finalizá-las e para o produto ir para o mercado é maior do que nas instituições privadas, eles acabam contratando estas últimas empresas, fazendo com que o produto chegue mais rapidamente ao mercado para ser consumido. Acrescente-se o fato de as empresas privadas estarem menos sujeitas a um controle social das agências reguladoras de produção de conhecimento. A autora também revelou que os recursos pagos aos médicos participantes da pesquisa entrariam nos “macetes promocionais” (ANGELL, 2007, p. 55), isto é, nesses pagamentos estaria embutida a obrigação de os profissionais prescreverem essas medicações.

Em relação aos grupos de pacientes utilizados pela indústria farmacêutica, constatou-se que aqueles que, supostamente, estariam defendendo seus direitos, na verdade, estavam em busca de benefícios, como descontos ou gratuidade nas medicações — proposta que ajudaria a indústria farmacêutica a atrair novos usuários. Segundo Hacking (2000), existe uma construção de movimentos sociais de usuários e pacientes que auxiliam na legitimação das doenças e seus tratamentos através da indústria farmacêutica.

Benedetto Saraceno (1996) chama à atenção para as consequências graves advindas do “poder econômico da indústria farmacêutica”, como a propagação, de modo abrangente e firme, de informações distorcidas por parte de pessoas e órgãos que lideram opiniões. Assim, as instituições privadas ou públicas, que detêm o poder cultural, mantêm certa cumplicidade nesse processo de produção de pesquisas, visando ao próprio benefício. Tal procedimento não tem nenhuma relevância para quem mais necessita: a saúde pública, já que a relevância é a venda indiscriminada de medicamentos.

As consequências dessa política são graves para a população, como a inclusão de tratamento desnecessário, o uso de medicamentos sem eficácia comprovada, com possibilidade de efeitos colaterais, como o estigma, a diminuição da responsabilidade, do controle próprio. Os problemas do dia a dia serão medicalizados como transtorno mental, com a justificativa de proporcionar melhor adaptação do homem à sociedade moderna, já que, que não consegue por causa dos sofrimentos.

O DSM-5 e as novas categorias serão parte de um novo movimento do processo de medicalização da vida, pois qualquer aspecto da existência do sujeito pode ser considerado um transtorno e, portanto, pode e deve ser tratado com medicação para o não desajuste da ordem pública, implantando, mais uma vez, a ideia da higienização da sociedade.

Patologizar a existência demonstra o indispensável da psiquiatria, sendo não clínica e assim mais estatística. Dessa forma, todos somos transtornados, pois nosso sofrimento pode ser palpável e respondido. Há de fato uma justificativa real, orgânica para o mal-estar na sociedade. Uma nova máscara é dada à velha e falha tentativa de encontrar no corpo a justificativa para os sintomas do sofrimento alheio. Assim a indústria farmacêutica ganha um supernegócio através do tratamento privilegiado para todos: a medicalização (CALAZANS; GUERRA; KYRILLOS NETO; PONTES RESENDE, 2012, p. 192). Dessa maneira, a medicalização da vida propõe acabar totalmente com todo tipo de sofrimento e ainda vende a garantia de um maravilhoso bem-estar.

No próximo movimento, falaremos da medicalização e como a higienização, através da Medicina, usou o sofrimento humano como forma de controle, que perpassa todos na sociedade.

3.4 QUARTO MOVIMENTO: MEDICALIZAÇÃO

A medicalização está estritamente relacionada à Medicina e ao surgimento da Psiquiatria. A descrição de desordens psíquicas e as possibilidades de tratamento foram ampliadas após a publicação do terceiro Manual de Diagnósticos e de Saúde Mental (DSM III) em 1980, possibilitando o estabelecimento da medicação como forma de tratamento prioritária às questões psicológicas. No DSM III, também ficou estabelecida a explicação bioquímica para os transtornos mentais. Anteriormente, a abordagem psicodinâmica das doenças mentais era priorizada como forma de explicação e tratamento. Foi a partir desse momento que os diagnósticos psiquiátricos foram categorizados em torno de questões biológicas, o que aproximou as questões psíquicas das doenças orgânicas (ZANELLA *et al.*, 2016).

Portanto, o DSM III atribui a objetividade e a cientificidade ao campo psiquiátrico. As edições anteriores do DSM tinham embasamento psicanalítico e forte ênfase no lado subjetivo e vivencial do sofrimento psíquico. Assim, no DSM III emergiu a preocupação com o que pode ser observado e com a metodologia experimental a fim de garantir maior cientificidade a esse campo de estudo (ZANELLA *et al.* 2016).

Em 1952, surgiu o primeiro psicofármaco dos grupos de antidepressivos com a finalidade de tratamento para sintomas psiquiátricos. Em seguida, iniciou-se o investimento maciço em pesquisa para desenvolvimento e produção de novos fármacos. Além disso, foram criadas, em paralelo, formas de divulgação entre a população, financiadas pelas indústrias farmacêuticas (ZANELLA *et al.*, 2016).

Após o trabalho de *marketing* associado a novas pesquisas, inaugurou-se a medicação como forma primordial de tratamento dos transtornos mentais severos e, até mesmo, de desordens cotidianas que afligiam a população. Nesse momento histórico, a medicação ganhou mais visibilidade entre a população (ZANELLA *et al.*, 2016).

O conceito de medicalização advém da noção de que a Medicina é uma instituição de controle social. O primeiro autor a trazer essa reflexão foi Talcott Parsons, em 1950. A discussão apresentada por ele permitiu conceber que a função da Medicina seria tratar as

doenças como perturbações e desvios, o que legitima e oferece embasamento científico para práticas normatizadoras sobre os modos de vida dos indivíduos (HENRIQUES, 2012).

Diferentes áreas das Ciências Sociais, Humanas e da Saúde estudam o conceito de medicalização desde meados do século passado, mais especificamente desde a década de 1960. Conrad (2007) explica que se trata de um processo em que problemas que não são médicos ficam definidos e tratados como problemas médicos, na maioria das vezes, em termos de doenças e transtornos. Para o autor, houve ampliação desses procedimentos a partir dos anos 2000, representada com a criação de novos diagnósticos, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Anorexia, Síndrome do Pânico, Tensão Pré-menstrual etc. Muitos desses fenômenos são comuns à vida de todo ser humano, são partes da história natural de cada um: o nascer, o menstruar, as ansiedades cotidianas, o envelhecer, mas todos eles foram medicalizados.

O termo medicalização apareceu primeiramente no campo das Ciências Sociais, na década de 1970. Alguns teóricos da antipsiquiatria já tinham publicado estudos de caso com questionamentos aos métodos psiquiátricos, mas sem usar essa terminologia. Nesse período, a medicalização passou a ser compreendida como extensão do domínio do saber médico à vida das pessoas (HENRIQUES, 2012).

Foi o DSM IV, publicado em 1994, que popularizou e tornou hegemônico o padrão do discurso da psiquiatria. Por meio de amplos investimentos em *marketing*, propiciados pelas indústrias farmacêuticas, o discurso médico tornou-se altamente popular e tornou-se altamente rentável a expansão do uso de medicamentos pela população. Esse cenário se mantém até os dias de hoje, sendo a medicação uma das principais formas de tratamento buscadas pela população (ZANELLA *et al.*, 2016).

A discussão sobre a medicalização tem sido ampliada dada a relevância da questão até mesmo no que concerne ao uso de medicamentos por públicos cada vez mais jovens, com efeitos no público infantil e no desenvolvimento humano. Há estudos que versam sobre os impactos do uso de medicação cada vez mais cedo em crianças e adolescentes (CARVALHO *et al.*, 2015) na atualidade. O Brasil discute propostas alternativas ao modelo biomédico e ao contexto da medicalização, que têm possibilitado reflexões sobre a organização da assistência em saúde para que o trabalho com formas de tratamentos alternativos seja oferecido à população. Além disso, a importância do trabalho em rede desenvolvido pelas equipes multidisciplinares e a valorização dos diferentes saberes profissionais têm sido ressaltados (CARVALHO *et al.*, 2015).

O resultado do fortalecimento do discurso médico é a centralização no indivíduo adoecido, desconsiderando-se, nessa lógica, os aspectos sociais e culturais, e tornando predominante a culpabilização do sujeito pela sua queixa (CARVALHO *et al.*, 2015).

A ascensão do discurso médico levou ao fortalecimento da perspectiva de que os problemas humanos, que, em outras épocas, eram considerados problemas espirituais, legais ou morais, passassem a ser visto pelo viés psicopatológico. Dessa forma, a intervenção passa do campo jurídico e moral para o campo médico (HENRIQUES, 2012).

Portanto, o binômio bem *versus* mal é substituído pelo binômio doença *versus* saúde. Há uma ampliação das possibilidades práticas da Medicina que, com a evolução tecnológica, passam a ter visibilidade cada vez maior na sociedade e a impactar um número mais abrangente de pessoas pela disseminação do conhecimento médico no corpo social (CARVALHO *et al.*, 2015).

Dessa forma, a Medicina não se restringe ao aspecto curativo; também atua com prevenção de doenças e predição de modos de vida considerados mais saudáveis (HENRIQUES, 2012). A doença já não é mais o principal parâmetro para intervenção médica, pois é possível atuar nas condições que antecedem o surgimento da doença. A Medicina torna-se campo de fortalecimento de modos de vida considerados saudáveis, exercendo uma moral que aparece com uma roupagem de neutralidade e cientificidade (CARVALHO *et al.*, 2015).

A Medicina passa a ter efeito normalizador sobre a população ao prescrever modos de vida. Isso é fortalecido e legitimado pelo saber científico e pela utilização de argumentos com viés biológico e químico. O discurso moralizante ganha aparatos objetivos por meio da ligação com o caráter orgânico (HENRIQUES, 2012).

Assim, o discurso médico se filia à espiritualidade, moralidade e outros campos distintos da área da saúde, o que abre as portas para o processo de medicalização. Questões sociais, como aborto, uso de drogas ilícitas e transexualidade, tornam-se objetos de estudo para Medicina, que começa a ofertar tratamentos de ordem médica e, assim, constituir mais uma área de atuação, fazendo o uso da medicalização como possibilidade de normatização (CARVALHO *et al.*, 2015).

Algumas críticas à forma de tratamento medicamentoso dizem respeito à padronização de propostas terapêuticas, já que as opções de medicamentos são limitadas. Outro aspecto é que as individualidades tendem a ser pouco consideradas na medida em que a causa da doença estaria no substrato orgânico (CARVALHO *et al.*, 2015). Há críticas também à relação hierarquizada entre a Medicina e outros saberes, em que o saber médico é, muitas vezes, visto

como detentor do monopólio do conhecimento, o que invalida formas alternativas de conhecimento, como terapias complementares, os saberes populares e outros saberes científicos, como os da Psicologia (CARVALHO *et al.*, 2015).

A consolidação do saber médico gerou consequências no âmbito político social e cultural. Illich (1975) critica o que foi denominado de iatrogênese cultural, ocasionada pela disseminação da visão médica para a população. O termo Iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico. Contudo, o termo deriva do grego *iatros* e *genia*, pelo que pode aplicar-se, tanto a efeitos bons, quanto aos maus.

O saber médico propiciou a redução da autonomia dos indivíduos sobre a doença e sobre seu próprio corpo. Dessa forma, o especialista passa a ter a função de oferecer cuidado à população, que é destituída de sua posição de saber outrora existente (CARVALHO *et al.*, 2015).

Segundo Illich (1975), o conceito de medicalização é considerado como a entrada progressiva da Medicina sobre todas as áreas da vida humana, modificando as fases naturais da vida em reais possibilidades de cuidados médicos bem específicos, tendo a presença de sintomas ou não. O autor lembra que o aumento do poder e alcance dessa ciência na vida das pessoas transforma dores em potenciais doenças e acabando com as possibilidades que o ser humano tem de enfrentar sofrimentos e perdas no dia a dia. Denuncia que o poder da Medicina e seu *status* de autoridade, na grande maioria, não é discutível. A crítica feita à medicalização é de transformar o que é natural em doença.

Tais críticas exerceram influência na estruturação do movimento da saúde coletiva da década de 1970, que explorou alternativas ao modelo biomédico. Aqueles que defendiam o viés crítico sobre a medicalização discutiam que os efeitos desse fenômeno poderiam produzir uma falta de autonomia dos indivíduos sobre a produção de saúde, e o saber médico prevaleceria sobre a forma de buscar conhecimento que os indivíduos poderiam ter. A hegemonia médica também atrapalha o desenvolvimento de um saber individual e baseado na própria racionalidade sobre o que é saúde e os modos de produção de saúde no cotidiano (CARVALHO *et al.*, 2015).

Para Conrad e Schneider (1992), a medicalização atua em três níveis distintos: conceitual, institucional e interacional. O primeiro nível corresponde à utilização de terminologias médicas que visam ordenar a realidade a partir dessa visão de mundo, sem necessariamente indicar a necessidade de uma intervenção médica. Pontua-se a naturalização do discurso médico nas relações sociais. Por exemplo, a denominação de síndrome pré-

menstrual para denotar um fenômeno vivenciado por diversas mulheres e que não implica necessariamente na intervenção medicamentosa.

O segundo nível versa sobre o impacto da Medicina nas organizações. Assim, as tecnologias e ferramentas utilizadas pelo saber médico passam a ser utilizadas também para solucionar e investigar problemas institucionais (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

O terceiro nível envolve a relação médico-paciente. O profissional interpreta as queixas trazidas pelo viés psicopatológico e oferece medicamentos como forma de tratamento às problemáticas apresentadas pelo indivíduo. É comum a ocorrência de medicalização de transgressões comportamentais, por exemplo, em crianças e adolescentes com queixa de desatenção (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Assim, há diferentes níveis e intensidades no processo de medicalização. Alguns fenômenos são mais fortemente medicalizados e há alguns fatores que interferem nisso, tais como: disponibilidade de intervenções e tratamentos médicos, existência de definições/explicações concorrentes (presença de grupos que desafiam a opinião médica, como o movimento feminista na definição dominante e na conduta padrão adotada nos casos de violência contra a mulher) e cobertura pelas seguradoras de saúde (que abrangem somente tratamentos para problemas “médicos”) (HENRIQUES, 2012, p. 800). Na idade pós-moderna, a função da Medicina revisita suas origens clássicas como Medicina social. Entretanto, novas questões são levantadas, pois o foco da Medicina não é mais apenas a normalização e o controle da população, mas, também, a atuação anterior ao surgimento da doença, com categorias pouco especificadas, tais como “população de risco” ou “vulnerabilidade social”

Os conceitos de risco e vulnerabilidade contribuem para a ampliação do fenômeno da medicalização na contemporaneidade. A perspectiva da promoção de saúde posiciona a saúde como a nova moral, disseminando estilos de vida considerados aceitáveis. Surgem assim novas formas de caracterização da saúde como adverte Nunes (2011), no seminário **Obrigação ou direito? A biomedicalização da saúde e a política da saúde "positiva"**, em que apresenta um artigo da *American Sociological Review* (CLARKE et al., 2003, 2010), que propõe pela primeira vez o termo biomedicalização, um “conjunto de processos que, desde meados da década de 80, transformaram a medicina numa tecnociência”. A saúde passa a ser apresentada através dos riscos e susceptibilidade responsabilizando o indivíduo por sua própria saúde. A ideia de biomedicalização não rompe com o processo de medicalização, mas o amplia e o radicaliza. Portanto, os dois fenômenos — medicalização e biomedicalização — estão intrinsecamente relacionados e se complementam ao serem produzidos por fenômenos históricos semelhantes.

Ressaltamos, entretanto, que a medicalização não é um conceito descritivo que apresenta qualidades positivas ou negativas por si só; isso depende do uso que se faz dela. Dessa forma, a bioética passa a ter um papel central na discussão do uso de medicação conforme uma postura reflexiva e crítica, que possibilite pensar os impactos sociais disso (PARENS, 2011).

Os questionamentos apresentados não visam à eliminação da medicação como forma de tratamento, haja vista a necessidade do uso de medicações em desordens orgânicas e neurológicas, tais como Parkinson, Epilepsia, entre outras. Porém, enfatizamos a necessidade de repensar o seu uso com finalidade de tratar condições existenciais que passam a ser patologizadas e adentrar categorias médicas que são denominadas de transtornos mentais (PARENS, 2011).

A definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 1947, como completo bem-estar físico, psíquico e social e não mais como ausência de doenças, também contribuiu para o fortalecimento do conceito de medicalização. A indefinição do que seria o bem-estar, torna-o um conceito excessivamente abrangente e relativista. Portanto, a saúde torna-se produção contínua, uma realização e um projeto que deve ser buscado ao longo da vida. Por outro lado, o mal-estar é parte constituinte da subjetividade humana (BRASIL, 1990).

Então, o alcance desse bem-estar, imposto por essa noção de saúde, torna-se uma tarefa árdua ao indivíduo, que potencializa o sofrimento vivenciado e repercute na criação de saberes especializados que visam auxiliar o sujeito nessa busca contínua (HENRIQUES, 2012).

Em toda sua obra, Michel Foucault (1977) também traz inúmeras contribuições para pensar o fenômeno da medicalização. Ainda que o autor não utilize a terminologia em sua produção, ele tece críticas à naturalização da Medicina e resgata as raízes históricas do saber médico que têm relação com questões sociais, econômicas e políticas. O autor afirma que “para ele não existe o poder, mas sim relações de poder, que através de seus mecanismos atua como uma força coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos”. Esse conceito traz contribuições para as reflexões atuais sobre a medicalização. O autor em questão destaca os efeitos de produção de saberes e fabricação de modos de vida, prazeres e discursos que atravessam o corpo social como estratégias de governo sobre as pessoas

Dessa forma, o exercício de poder garante a condução de modos de vida de acordo com as formas instituídas e legitimadas pelo Estado. Nesse contexto, a Medicina é compreendida como uma estratégia de saber-poder que por meio da sua prática e do seu

conhecimento científico funciona para estruturar campos de ação na sociedade que produzem subjetividades de acordo com o que é esperado para a manutenção das normas sociais. O Estado é entendido em Foucault (1977) como estratégias que buscam gerir a vida através da atuação de pequenos governantes, que são os especialistas e autoridades. Portanto, não há como separar a Medicina e a clínica dos aspectos micro e macrosociais. Em última análise, não há neutralidade no conhecimento científico produzido. Segundo o autor, não existe um sujeito descolado das relações sociais, logo não há um ser humano que seja em essência e que seja descoberto pelas práticas científicas. A ciência, então, fabrica uma visão de homem e subjetividades correspondentes. A Medicina se constituiu como um dos primeiros saberes considerados científicos e, assim, tomou para si a função de governar a vida dos indivíduos através de três eixos principais discutidos por Foucault (1977): sanitização, linguagem e *expertise*.

Carvalho et al. (2015) descrevem os três eixos discutidos por Foucault explicando que o primeiro eixo refere à produção de práticas de saneamento que criam corpos disciplinados e voltados para a busca pela saúde. O segundo eixo aponta para o uso do vocabulário médico, que facilmente se disseminou na sociedade. O terceiro eixo aborda a relação com outras especialidades e a função de cada uma de acordo com o momento histórico em questão. Assim, compreende-se que não há uma essência humana que foi limitada pela medicalização, mas é importante entender a medicalização como produção humana. Assim, o fenômeno em questão é produzido por um sistema de valores e práticas que funcionam em decorrência de jogos de verdade.

Em contraposição ao modelo biomédico e ao fenômeno da medicalização, surgem formas alternativas de cuidado em saúde. O modelo psicossocial foi instituído no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica que iniciou na década de 1970, ocorrendo uma reflexão sobre a substituição de hospitais psiquiátricos que isolavam pessoas consideradas loucas para a integração social das pessoas que antes ficavam em instituições isoladas (SOUSA *et al.*, 2018).

Mesmo após a Reforma Psiquiátrica e a implantação de novos serviços voltados para a saúde mental, a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico ainda é repleta de estigmas e preconceitos. Isso acontece porque o modelo biomédico e asilar ainda deixa resquícios em aspectos socioculturais e nas representações do que é a loucura na população (SOUSA *et al.*, 2018).

Alguns dos estereótipos construídos no modelo asilar que ainda são presentes na atualidade são: periculosidade, irracionalidade, enclausuramento e propostas terapêuticas

típicas do modelo biomédico, tal como o hospício. Além disso, a associação da loucura e do sofrimento psíquico com estruturas orgânicas e cerebrais ainda são predominantes entre os indivíduos (SOUSA *et al.*, 2018).

Portanto, o processo de medicalização, associado ao discurso biomédico, veiculado no corpo social corrobora para a formação de representações sociais sobre a loucura e as formas de tratamento. A Reforma Psiquiátrica e o modelo psicossocial atuam na perspectiva de desconstruir paulatinamente tais construtos sociais (SOUSA *et al.*, 2018).

Além disso, ainda há os preconceitos e estigmas que ainda são parte do escopo de crenças dos indivíduos sobre loucura e outros fenômenos relacionados à saúde. A Reforma Psiquiátrica visa também desmistificar esses fenômenos e oferecer espaço para a inclusão social de indivíduos em sofrimento psíquico (SOUSA *et al.*, 2018).

Assim, destaca-se a importância de que o rompimento com o modelo biomédico não aconteça apenas voltado para a construção de novas estruturas físicas distintas dos hospitais psiquiátricos. É necessário que o modelo psicossocial provoque rupturas na lógica de tratamento e na forma de compreensão da loucura (SOUSA *et al.*, 2018).

Ao modificar a forma de tratamento do louco, torna-se possível inserir a loucura no corpo social de modo a oferecer espaços de convívio com as diferenças e com a produção de modos de vida que são distintos entre si. Dessa forma, a atuação da saúde passa a ter enfoque na construção de sujeitos críticos e atuantes socialmente e o profissional de psicologia que já traz dentro da sua prática clínica as palavras sofrimento psíquico, subjetividade e escuta clínica é quem traz dentro da constituição e formação da sua profissão, a possibilidade de conhecer e atuar mais com o comportamento do que com o medicamento.

Sigmund Freud (1996) traz inovações para a prática clínica através da psicanálise, que também é transportada para Psicologia. No século XIX, não existia a prática de se buscar o psicólogo para si. Freud traz agora essa possibilidade, promove também o deslocamento do saber, que agora não pertence mais ao médico e sim ao paciente. Esse saber, Freud vai postular como da ordem do inconsciente, do que não recorda, do que não acessa. Assim o analista será o facilitador das elaborações feitas pelo paciente, da sua própria verdade. Dessa forma, é pelo discurso anunciado do paciente que poderá escutar o que se diz, fazer associações que levarão à consciência do seu problema, com o auxílio da mediação do analista, promovendo assim a cura. Na clínica médica há um aprimoramento dos métodos para diagnósticos, utilizando novas tecnologias para a cura do corpo físico; já na clínica psicológica, apesar de também existir uma busca pelo diagnóstico, a prioridade é a escuta do

sofrimento e assim utiliza como possibilidades de intervenção a psicoterapia/análise para a cura desse paciente em sofrimento.

Sabendo que o profissional cura por meio da escuta do sofrimento, e não pelo uso de medicação em sua prática, é que surge o interesse em pesquisar as representações sociais de estudantes de Psicologia acerca do uso de medicalização.

É do que trataremos na próxima seção: como a formação em Psicologia vem sendo construída ao longo dos anos e de que forma tem responsabilidade na construção crítica desse profissional. Nesse processo de construção profissional, vários modelos são. Entender como se dá esse processo é verificar se essa formação interfere nas Memórias e Representações Sociais desse estudante.

4 PROFISSÃO PSICÓLOGO: CONSTRUÇÃO E REPETIÇÃO

No Brasil, o ensino em Psicologia inicia-se como componente de estudo em áreas teóricas, como Filosofia, Direito, Medicina, Pedagogia e Teologia. Somente em meados do século XIX, a Psicologia constitui-se uma disciplina independente e, depois da Reforma Benjamin Constant⁸, torna-se obrigatória no curso de Pedagogia, em 1893, na Escola Normal em São Paulo. Passa a ser oferecida em âmbito nacional a partir de 1932 (LISBOA; BARBOSA, 2009).

O primeiro laboratório de Psicologia experimental no Brasil foi criado em 1906 por José Joaquim Medeiros e Albuquerque⁹. O objetivo era promover uma série de cursos de aperfeiçoamento e conferências e formar profissionais normalistas. Muitas pesquisas nesse período foram realizadas no âmbito da Psicologia. Somente em 1946, através da Portaria nº 272 (vinculada ao Decreto-Lei nº 9.092), a formação do psicólogo brasileiro é oficializada (PEREIRA; NETO, 2003) e iniciam-se os cursos de especialização nessa área, instituindo o exercício da profissão. Antes dessa formalização, era preciso cursar Filosofia, Biologia, Fisiologia, Antropologia ou Estatística para, depois, seguir caminhos mais especializados em Psicologia.

Logo, foi sem nenhuma regulamentação que se iniciou, em 1953, o primeiro curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (ESCH; JACÓ-VILELA, 2001; YAMAMOTO, 2000). Apenas em 1962, com a Lei nº 4119, a profissão e o curso de formação são regulamentados. O Conselho Federal de Educação (CFE), através do Parecer nº 403/62, fixa o currículo mínimo e a duração do novo curso.

Na década de 1970, houve uma crescente oferta dos cursos de Psicologia, tanto na rede pública, como nas instituições privadas de ensino, derivando para a criação do Conselho Federal de Psicologia e do primeiro Código de Ética da profissão. A década de 1980 foi marcada por uma profusão de profissionais mais em busca de pesquisa e dados, culminando com a publicação do livro **Quem é o Psicólogo Brasileiro?** (CFP, 1988), considerado a primeira análise da profissão e da formação do psicólogo no Brasil. A formação em Psicologia só passa a ser reformulada na década de 1990, quando são criadas várias entidades de classes pelo país, que organizam o I Encontro de Coordenadores de Curso de Formação de

⁸ O Decreto nº 981, de 8 de novembro de 1890, promove a reforma curricular do ensino primário e secundário, cria novas diretrizes e descentraliza a instrução pública, cria novas escolas e estabelece um fundo escolar (CELSO, 1995).

⁹ 1867 – 1934, funcionário público, jornalista, professor, político, poeta, autor do primeiro livro intitulado **Test**, sobre testes psicológicos no Brasil (ABL, 1999).

Psicólogos, de onde surge um importante documento para os psicólogos, intitulado Carta de Serra Negra (Quadro 01). As primeiras Diretrizes Curriculares para a Psicologia surgem em 2004 com a Resolução nº 8, de 12/05/2004 (YAMAMOTO, 2000).

Para Ferreira Neto (2004, p. 157),

[...] o currículo não é mais pensado a partir de conteúdos fundamentais que devem ser assimilados para posterior aplicação. A preocupação com conteúdo dá lugar a uma preocupação no desenvolvimento de competências e habilidades durante a formação.

A discussão sobre a formação em Psicologia é algo que acontece desde 1970, tendo sempre como tema central a insatisfação com a maneira como é realizada nacionalmente. Tanto a formação técnica quanto a epistemológico-científica são vistas nessas discussões de classe como deficientes, pois há um distanciamento entre a realidade profissional vivida e as necessidades da sociedade. Souza (2005, p. 46) afirma que a academia defende uma formação “socialmente comprometida, reflexiva, ética, generalista, pluralista, interdisciplinar e que articule o compromisso social com as condições concretas postas pelo mercado”. Em contrapartida, Witter e Ferreira (2005) garantem que nenhum curso de graduação, por melhor que seja, é suficiente para formar bons profissionais que atuem em todas as possibilidades que a profissão oferece.

Com a expansão da oferta de cursos de Psicologia nas instituições privadas, abre-se um campo de atuação na área de ensino para os profissionais. Entretanto, pela urgência de contratação para suprir essa demanda, não se pode contar com professores qualificados para uma formação mais eficaz. O mercado privado dita normas para a formação universitária que redundam em prejuízos na qualidade do processo, pois o que está em jogo não é uma formação de excelência baseada no conhecimento, mas, sim, em números (FERREIRA NETO, 2004). O currículo cheio de problemas e professores que trazem conteúdos artificiais e que, na maioria, não são pesquisadores fazem com que o ensino em Psicologia não seja adequado. Lisboa e Barbosa afirmam que existe a necessidade de mudança no “como se ensina” (práticas pedagógicas) e “no que se ensina” (currículos), pois a formação do passado, já ineficaz, continua no presente. Nas suas palavras, “forma-se, atualmente, para o passado, para poucos, para a manutenção, para a alienação. Há que se formar para o futuro, para o compromisso social, para a transformação, para a libertação”. (LISBOA; BARBOSA, 2009, p.724)

Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), quando foi homologada a Lei 10.210 em 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), postula-se uma reorientação das práticas

assistenciais dos profissionais de saúde, entre estes o psicólogo. Surge um debate nas universidades, nos diferentes espaços acadêmicos, serviços e dispositivos de saúde acerca dos modelos de produção do cuidado em saúde mental, exigindo também uma mudança no perfil formativo dos novos profissionais.

O estudo desenvolvido por Bastos e Gondim (2010), que versa sobre **O trabalho do psicólogo no Brasil**, sinaliza para uma mudança significativa no perfil formativo dos profissionais da Psicologia. Isso se justifica quando nos deparamos com afirmativas que corroboram uma mudança nos setores de atuação dos psicólogos brasileiros, ou seja, é notório um evidente deslocamento desses profissionais quando deixam a condição de profissionais liberais e passam a apresentar uma configuração de assalariamento como principal meio de inserção profissional, sobretudo no setor público, exigindo, nesse sentido, uma reflexão acerca do perfil formativo para os novos psicólogos. Aliado a isso, temos o crescente desenvolvimento da indústria farmacêutica que, junto com os interesses do capital, acena para a “compra da felicidade”, embalada em pílulas que prometem a resolução de todos os problemas. Se, por um lado, a psicologia teria como objetivo a cura pela fala, cada vez mais absorvidos por esta mesma sociedade os próprios psicólogos sentem-se autorizados a recorrer à medicalização como um método no atendimento às pessoas que os procuram. Recorrer à medicalização significa dizer que encaminhará seus pacientes aos profissionais da área de saúde, que têm habilitação para fazer uso de prescrições de fármacos, uma vez que é vedado ao profissional de psicologia fazer esse tipo de conduta para seus pacientes.

A discussão sobre a formação dos profissionais da Psicologia consiste em uma temática da qual emana uma densa nuvem de complexidade (FERREIRA NETO, 2008). Não se trata de um objeto de estudo cuja análise se condensa em uma configuração de natureza rudimentar, que desconsidera a multiplicidade de saberes e práticas que compõem a intervenção psicológica contemporânea, caracterizada por amplos campos de atuação e com uma diversidade de abordagens com demandas psicológicas e psicossociais.

Conforme Ferreira Neto (2008), há uma evidente segmentação histórica entre dois modos de conferir materialidade à prática psicológica, sobretudo em distintos campos de atuação, o que também implica o processo formativo do estudante de Psicologia: no primeiro campo, está a Psicologia Clínica, com o objeto de intervenção individual; no segundo campo, estão os pressupostos sustentados pela Psicologia Social, com práticas interventivas referentes aos processos grupais e à coletividade. Tal segmentação, no entanto, pode produzir dificuldades para pensarmos outros modos de agenciamentos do cuidado em saúde mental, que possibilitem aos novos profissionais psicólogos atuar em serviços de saúde que, até

determinado tempo histórico, não contemplavam a prática psicológica, como a inserção dos psicólogos na atenção básica à saúde.

Nesse ínterim, a Psicologia, na condição de ciência e profissão, começa a ingressar em novos espaços de atuação profissional, sobretudo com a emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Conforme o Conselho Federal de Psicologia, foram contabilizados 29.212 psicólogos na área da saúde e 20.463 profissionais na assistência social (CFP, 2012), sinalizando uma volumosa inserção do número de psicólogos em uma prática diferente do fazer clínico tradicional.

Evidenciam-se, portanto, outros modelos de *settings* terapêuticos, que não se alinham rigorosamente com o fazer clínico individual, exigindo dos cursos de graduação em Psicologia uma crítica reestruturação curricular para contemplar as demandas emergentes na prática psicológica. De acordo com Dimenstein e Macedo (2012), uma nova configuração da assistência psicológica, tal como a inserção do psicólogo no SUS, principalmente nos dispositivos de saúde mental, paulatinamente colocou esses profissionais em uma realidade ainda limitada do ponto de vista formativo da categoria.

Com a necessidade de reordenamento dos componentes curriculares dos cursos de Psicologia, foi publicada a Resolução Nº 5, de 15 de março de 2011 (BRASIL, 2011), que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, de modo a estabelecer normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Essa resolução salienta a relevância dos psicólogos na atenção à saúde e na educação permanente, como podemos ver, respectivamente, a seguir:

Atenção à saúde: os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética;

[...]

Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática, e de ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmica e profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais. (BRASIL, 2011, p. 2).

Com o intuito de remodelar as práticas formativas e profissionais no campo da saúde, incluindo também os cuidados com a saúde mental, surgem, em 2003, com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), várias ações e projetos, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que visam estabelecer uma

mudança paradigmática na produção e gerenciamento do cuidado, sob a égide de uma formação que se alinhe às necessidades da população (ROTHEN *et al.*, 2019).

Não obstante a emergência desses movimentos contraofensivos perante os desafios que são postos à atual práxis psicológica, como a reestruturação curricular dos cursos de psicologia, o surgimento de novos dispositivos de saúde mental — a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos campos de atuação no âmbito do SUS e SUAS — e todo o painel de ações auferido por um modelo de atenção à saúde mental pautado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), ainda assim não é difícil notar a manutenção dos aspectos clínico-tradicionais, mobilizados por uma vertente de abordagem biomédica e curativista, que perpassa a formação dos psicólogos brasileiros e demais profissionais de saúde (AZEVEDO; TATMATSU; RIBEIRO, 2011).

No estudo realizado por Sousa, Maciel e Medeiros (2018) acerca das representações sociais de estudantes de ensino médio, de universitários das áreas da saúde e de profissionais da saúde mental a respeito do louco e do doente mental, as autoras verificaram aspectos terapêuticos de diferentes modelos de atenção à saúde, sobretudo aqueles relacionados ao paradigma de natureza biomédica e abordagem psicossocial. No que concerne às representações sociais especificamente dos estudantes universitários dos cursos de saúde, entre os quais estão acadêmicos da Psicologia, o trabalho evidenciou a cristalização de um pensamento social, que se traduz em uma teorização social capaz de conceber o sujeito em sofrimento psíquico sob uma lógica de cuidado amparada por práticas de ordem vertical, pela qual se revela um conteúdo representacional sustentado pelo paradigma biomédico, caracterizado por fatores, como exclusão social, hospitalização e medicalização da vida.

Contemporaneamente, essa situação se agrava ainda mais com um patrulhamento de caráter conservador, que afeta coercitivamente as políticas de saúde mental, sob a regência de cunho moral e ideológico que se avoluma na conjuntura sociopolítica brasileira, imprimindo conotações de práticas manicomiais e um desserviço terapêutico ao campo da atenção psicossocial. A Nota Técnica de Saúde Mental nº 11/2019 (BRASIL, 2019), lançada pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2019, comprova esse cenário de retrocesso, ao propor substituição da Redução de Danos¹⁰, como alternativa de cuidado para os usuários de drogas, pela eletroconvulsoterapia (ECT), também conhecida como eletrochoque, como recurso a ser utilizado no contexto da saúde mental.

¹⁰ [...] “pode ser considerada um paradigma, uma abordagem ou uma perspectiva, e é utilizada para proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos”. (ANDRADE, 2002).

Não obstante os pressupostos teóricos e pragmáticos de reorientação das práticas assistenciais em saúde mental, exigidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorrida em 2001 e os esforços de reestruturação curricular dos cursos de Psicologia com a emergência de novos *settings* terapêuticos, ainda assim permanecem vestígios de um saber psicológico acerca do cuidado em saúde mental sustentado por um viés biomédico e medicalizador, implicando na operacionalização das práticas de serviços e dispositivos de saúde mental.

Esses vestígios ainda estão na sociedade em vários discursos. Um percurso metodológico foi construído para verificá-los e, dessa forma, responder ao objetivo da pesquisa, em que esses discursos foram registrados, interpretados e analisados.

5 ENTRE A PÍLULA E A FALA, UM ABISMO CHEIO DE REPRESENTAÇÕES

Para contemplar os objetivos propostos na pesquisa, construímos um percurso metodológico que será apresentado nesta seção. Iniciamos com o delineamento da natureza da pesquisa — a análise qualitativa —, por permitir a apreciação não somente do conteúdo manifesto, como, também, do conteúdo latente. Sendo assim, é a que mais se aproxima do que propôs a pesquisa. Em seguida caracterizamos o campo de pesquisa e os participantes, os critérios da amostra e as técnicas utilizadas para coleta de dados — questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas com alunos de psicologia do décimo semestre de uma faculdade pública.

Para analisar os dados encontrados, utilizamos, como suporte à pesquisa, o programa EVOC 2000, que possibilita, através do exame das evocações, a análise de conteúdo. Os sujeitos pesquisados atribuíram significados que apresentaremos no texto. O produto das justificativas discursivas, que constitui o *corpus* para a construção da análise, será aqui organizado. Enfim, do que surgiu através de todo o processo metodológico apresentamos algumas análises dos resultados nesta seção.

5.1 NATUREZA DA PESQUISA

A abordagem qualitativa permite a compreensão de sistemas individuais dos significados e o respeito à forma como os sujeitos pesquisados pensam e experimentam no seu mundo (HARRE; SECORD, 1972, apud ROAZZI, 1995). Ao estudarmos o significado, é possível fazermos uma distinção entre o significado lexical e o significado subjetivo. Quanto ao primeiro significado, nós encontramos sua definição no dicionário, já o segundo é aquele que o sujeito traz do seu universo particular (ROAZZI, 1995). Neste contexto das memórias e das representações sociais, é de fundamental importância escolhermos procedimentos metodológicos que permitam trabalhar com o indivíduo nos próprios contextos de vida, que está no senso comum. Justificamos a escolha pelo método qualitativo para a pesquisa sobre medicalização e estudantes de Psicologia, por ser a pesquisa qualitativa um

[...] estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...]. Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens,

revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo estudado. (MINAYO, 2014, p. 57).

Para pesquisarmos as representações sociais e a memória se faz necessário utilizarmos um método que nos permita justamente o que a pesquisa qualitativa proporciona, mais mobilidade entre o que se pesquisa e como se pesquisa, por isso a escolha por esse método.

5.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em uma faculdade pública, situada no interior da Bahia, e que oferece em seu corpo de graduações o curso de Bacharelado em Psicologia, com entradas anuais por meio da modalidade de vestibular tradicional.

Inicialmente, a coordenação do curso de Psicologia foi contatada para apresentação da pesquisa e solicitação de autorização para aplicação da pesquisa. Depois de obtermos o consentimento, na primeira quinzena de outubro de 2019, a pesquisadora esteve em um dia de aula em que a professora que ministrava uma disciplina teórica com os graduandos do décimo semestre disponibilizou um momento em sua aula para que a pesquisa fosse realizada com os alunos.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra do estudo foi não probabilística, isto é, os participantes foram escolhidos na possibilidade de produzir dados que respondessem ao objetivo da pesquisa. A relevância maior foi ao critério amostral, e não quantitativo de participantes. Encontramos em Minayo (1992, p. 43) a afirmação de que “a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”.

Os participantes foram definidos pelos seguintes critérios de inclusão amostral: a) ser estudante do curso de Psicologia; b) estar devidamente matriculado na instituição; c) estar devidamente matriculado no décimo semestre.

Entre os critérios iniciais de inclusão amostral estabelecidos, em contato com a coordenação do curso, foram identificados 20 (vinte) alunos com o perfil para participarem na pesquisa. Como no décimo semestre, existem mais disciplinas práticas do que teóricas, foi preciso identificar uma disciplina em que todos os 20 vinte alunos estivessem matriculados,

para que a pesquisadora pudesse ter a oportunidade de encontrar com todos ao mesmo tempo. Identificada a disciplina, a professora marcou uma atividade com os alunos e pediu a participação de todos naquele dia, o que possibilitou a aplicação dos instrumentos de uma só vez com a totalidade da amostra.

A escolha por essa amostra ocorreu após a realização do estudo bibliográfico sobre o objeto de estudo; dessa forma também fizemos a escolha dos instrumentos de coleta de dados, para uma melhor escolha dos métodos que atenderiam os objetivos do estudo. O critério de amostra de alunos de psicologia no 10º (décimo) semestre justifica-se por estarem terminando a graduação, por isso teriam tido contato com as possibilidades de atuação e da eficácia da profissão escolhida. Portanto, verificar a memória e as representações sociais desse grupo a respeito do uso de medicalização é analisar se a cura pela palavra é algo sustentado por eles ou se consideram que o uso de medicação é algo que trazem em seus discursos como possibilidade.

5.4 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Para validação do instrumento, aplicamos inicialmente um questionário pré-teste com uma aluna do nono semestre do mesmo curso, apenas com o objetivo de aprimorá-lo. O questionário continha perguntas para identificação do perfil da participante com questões sociodemográficas e outro com 13 (treze) perguntas sobre a opinião da própria pessoa acerca do assunto medicalização e seu uso, 13 (treze) perguntas sobre a opinião dos entrevistados a respeito dos estudantes em geral e, por último, a técnica da evocação livre de palavras. O objetivo principal dos pré-testes foi o aprimoramento de sucessivas versões do questionário que seria aplicado. Diante das respostas, surgiu a possibilidade de reorganização das perguntas e algumas alterações foram feitas para que fossem aplicadas ao público do critério de inclusão para a pesquisa.

Em um momento de sala de aula, os alunos do décimo semestre do curso de Psicologia foram convidados para participarem da pesquisa. Nesse momento, foi assegurada a cada participante a não divulgação, sob circunstância alguma, de sua identidade para outras pessoas ou entidades. Com a concordância de todos, iniciamos a aplicação dos instrumentos e coleta dos dados, da seguinte forma:

- a) Inicialmente foi entregue o questionário sociodemográfico (Apêndice A) a todos os participantes e foram dadas as instruções para preenchimento. O questionário sociodemográfico foi construído com o intuito de averiguar a faixa etária

populacional, o gênero, a cor, a religião, o estado civil e a inserção profissional. Segundo os autores Oliveira e Oliveira (1986), este é um instrumento rígido, elaborado pelo pesquisador, que se restringe à expectativa. Iniciaram pelo questionário sociodemográfico, depois de preenchido foram convidados a irem para a última folha do questionário.

- b) Nesse momento foi utilizada a Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP) — Apêndice C —, que consiste na apresentação de uma palavra-estímulo ao participante para que ele, por meio da associação livre, indique o objeto apresentado (SÁ, 1996). Nesse momento, fizemos uma explicação do que seria a técnica, com exemplos diferentes da pesquisa, para que pudessem compreender o preenchimento do questionário. Assim quando o tempo de resposta em sala diminuiu, foi dita a palavra enunciadora da questão, que foi escrita no quadro para que respondessem ao questionário (Apêndice B) de associação livre de palavras, que continha a seguinte questão: Relate o que você pensa sobre MEDICALIZAÇÃO. Nesse momento, os investigados registravam cinco palavras que vinham através da associação livre em sua cabeça. Depois pedimos para que todos indicassem, através de um círculo, a palavra que consideravam mais significativa em relação à palavra enunciada.
- c) No terceiro momento, pedimos para que respondessem ao questionário semiestruturado (Apêndice C) com perguntas abertas, onde continham 13 (treze) questões sobre a opinião da própria pessoa acerca do assunto medicalização e seu uso e 13 (treze) perguntas sobre a opinião da pessoa entrevistada a respeito dos estudantes em geral.

O estudo ao ser realizado pode apresentar em seu contexto algumas limitações, o presente estudo apresentou limitações na amostra e nos instrumentos de coleta de dados. Em relação à amostra por ter um número reduzido, não nos permite considerar os resultados para uma representação de toda uma categoria de estudantes de Psicologia, mas possível de ser considerada somente a amostra pesquisada. Entre os instrumentos utilizados, o questionário semiestruturado, apesar de conter 13 questões, ao coletar as respostas, não foi possível obter dados tão significativos para serem utilizados e considerados na pesquisa.

5.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Como caracterização do perfil da amostra de 20 (vinte) estudantes de Psicologia, temos 15 (quinze) do sexo feminino e 5 (cinco) do sexo masculino. Percebemos que esse

resultado é consentâneo com o perfil da maioria dos profissionais em Psicologia no Brasil, conforme afirmam Yamamoto e Campos (1998) em pesquisas. A idade dos participantes, em sua maioria, 16 (dezesesseis) participantes, variou entre 21 (vinte e um) e 36 (trinta e seis) anos de idade. Em relação à religião, 11 (onze) participantes se consideram católicos e, em relação à raça, se autodesignam, em sua maioria, 10 (dez) participantes, como pardos.

Em relação aos tipos de medicamentos mais utilizados pelos estudantes ao longo dos cinco anos de curso, foram encontradas 22 (vinte e duas) classificações, entre elas, as três mais representativas em relação ao uso são: em primeiro lugar, os analgésicos, sendo utilizados por 13 (treze) participantes; em segundo lugar, os anti-inflamatórios, utilizados por 10 (dez) participantes, e, em terceiro lugar, os relaxantes musculares, sendo usados por 8 (oito) participantes. Os demais estão descritos no Quadro 01 (Apêndice D).

Os analgésicos são medicamentos com função de aliviar a dor. Entre os medicamentos mais utilizados, ele está em primeiro lugar entre os participantes. Já os anti-inflamatórios são medicamentos ou substâncias que combatem a inflamação de tecidos. Dessa forma menos inflamação significa menos dor, portanto, os anti-inflamatórios também são analgésicos. Entre os mais usados pelos participantes, eles estão em segundo lugar. E, em terceiro lugar, temos a classe dos relaxantes musculares. Essas substâncias são fármacos que afetam o músculo diminuindo o tônus muscular e são usados para aliviar sintomas, como espasmo muscular, dor e hiperreflexia (BRASIL, 2020).

Ao analisarmos o objetivo da utilização dos fármacos nas três primeiras classes de medicamentos mais utilizadas pelos participantes, observamos que há uma ação em comum, que é a busca do alívio da dor. No Quadro 02 (Apêndice E), na coluna doença/sintomas, temos a descrição dos tipos de dores para os quais os participantes mais buscam o alívio, entre eles estão: dores de cabeça, tensões, estresse, desconforto, dores no estômago, ansiedade, dores de garganta, cansaço etc. Todas essas doenças elencadas por eles trazem um caráter emocional ligado ao diagnóstico, conforme explica a psicossomática.

Campos e Rodrigues (2005, p. 292) definem a psicossomática como “o estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e transtornos de funções orgânicas ou corporais”. Para Mello Filho (1978, p.299), “toda doença é psicossomática, já que incide num ser provido sempre de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente”. Na etimologia da palavra, temos a junção de *psique*, que significa alma e relaciona-se com as questões mais emocionais, e *soma*, que significa corpo, que se liga mais às questões biológicas e físicas. Dessa forma, para a psicossomática, como uma ciência interdisciplinar, todo sintoma físico, toda somatização carrega em si algo de

psicológico e, também, de social. Portanto, em uma investigação, não se encontra algo em que a causa da doença seja apenas orgânica; os sintomas estão ligados também ao emocional. Laplanche e Pontalis (1971) afirmam que esse arranjo acontece por ocorrer uma desordem com algum conflito psíquico, que encontra a possibilidade de ser resolvido pelo corpo. Dessa forma, fala-se não com as palavras, mas, sim, com o corpo.

As emoções são intrínsecas ao comportamento humano, e sua forma de expressão está ligada ao grupo social de que fazemos parte, sendo que um comportamento observado passa a ser aprendido. Ao analisar o Quadro 2 (Apêndice E), verificamos que os sintomas anunciados que foram solucionados com o uso de medicação, muitas vezes, poderiam ter sido solucionados com o suporte psicológico, mas essa não foi a escolha dos estudantes de Psicologia.

A discussão que podemos estabelecer é que as dores relacionadas pelos pesquisados, para as quais buscaram alívio, estão ligadas a uma desorganização em seus cotidianos, como estresse, “cabeça cheia de coisas”, muitas atividades, problemas familiares ou de trabalho, cansaço, tensão, enfim, dores que envolvem um significativo conteúdo emocional e que provocam desajustes emocionais dos mais diversos, para os quais a busca ideal poderia não ser a medicalização.

Continuando a análise, a partir das palavras enunciadas, criamos o *corpus* com as 5 (cinco) palavras evocadas. Esse *corpus* foi rodado no programa EVOC 2000. Encontramos a análise representativa das palavras enunciadas pelos participantes, conforme o quadro de quatro casas (Tabela 01).

Tabela 1 — Quadrantes de distribuição das evocações livres ao termo indutor “medicalização”, expressas por estudantes do 10º semestre do curso de psicologia de uma universidade pública — 2019

	OME < 3		OME ≥ 3			
F ≥ 4	alívio	4	2,250	farmácia	8	4,000
	doença	7	1,714	hospital	7	3,429
	dor	4	1,750	médico	6	3,500
	remédio	5	1,200	pílula	9	3,778
				reação	4	3,250
2 ≤ F < 3				saúde	5	3,400
	água	2	1,500	dosagem	3	4,667
	cura	2	2,500	receita	3	4,000
	droga	2	2,500			
	paciente	2	1,500			
	sofrimento	2	3,000			
	tratamento	2	2,000			
	vício	3	1,667			

Fonte: Elaboração própria a partir do EVOC, 2019.

Conforme Vergés (2002), podemos interpretar os quatro quadrantes da seguinte forma: no primeiro, estão os elementos que constituem o possível núcleo de uma representação. Estes são os mais evocados e citados com maior frequência pelos participantes. O segundo e o terceiro quadrantes têm correspondência com os elementos menos salientes na estrutura da representação, mas são significativos para sua organização. O segundo quadrante contém os elementos que possuem frequência alta, mas foram citados nas últimas posições; o terceiro quadrante contém os elementos que foram citados com frequência baixa, mas foram evocados primeiramente. O quarto quadrante contém os elementos que têm correspondência com a periferia distante; fazem parte dele os elementos menos citados e menos evocados no primeiro momento pelos participantes.

O resultado da associação livre foi uma lista com 100 (cem) palavras, sendo que, destas, 39 (trinta e nove) eram diferentes. Observamos que a palavra “pílula” e “farmácia” apareceram com o maior número de evocações (9 e 8), enquanto 18 (dezoito) palavras foram evocadas apenas uma só vez. Na Tabela 1, construída a partir de dados do EVOC, foram distribuídos os dados das ocorrências em quatro quadrantes, que nos permitem visualizar o possível núcleo central, os elementos intermediários, de contraste e periféricos de uma possível representação.

No primeiro quadrante, estão situados os prováveis elementos centrais: **alívio, doença, dor e remédio**. Os elementos periféricos da representação social estão distribuídos nos três demais quadrantes: no superior direito, as palavras são **farmácia, hospital, médico, pílula, reação e saúde**; no quadrante inferior esquerdo, estão as palavras **água, cura, droga, paciente, sofrimento, tratamento e vício**, e constituem a zona de contraste; e, no quadrante inferior direito, segunda periferia, estão localizadas as palavras: **dosagem e receita**. Podemos dizer que esses elementos indicam a gama de sentidos atribuídos pelos estudantes de Psicologia ao uso de medicalização.

No possível núcleo central, a palavra **doença** ocupa este quadrante certamente em razão da ênfase na cultura da formação recebida por esses estudantes, como explanamos anteriormente. Essa formação em Psicologia permeia explicações biológicas em detrimento de outros aspectos da vida.

A palavra **remédio**, segundo elemento do suposto núcleo central, pode ser interpretada ainda na mesma linha de pensamento atribuída à primeira palavra. Todavia, acrescentamos um elemento a mais para ser discutido a respeito dessa representação social. Temos uma palavra constituída de valor no senso comum, para o qual a medicalização ocupa esse espaço

de construção higienista através dos tempos e que medicalizar é fazer uso de remédios, pois existe um diagnóstico que pode ser atendido dessa forma.

Em seguida, no núcleo central, temos duas palavras com evocações similares: **alívio** e **dor**. Para interpretarmos essas evocações, lançamos mão de uma citação de Caponi (2012), a qual afirma que a medicalização aparece na Psicologia como uma tentativa de trazer o corpo físico para perto das explicações sobre as doenças mentais. Desde então, as doenças consideradas mentais passam a ter explicações em suas estruturas anátomo-fisiológicas e, assim, todo o saber psiquiátrico se afirma no meio científico pelo fato de que há um poder científico. A medicação é vista como forma primordial de tratamento dos transtornos mentais severos e, até mesmo, de desordens cotidianas que afligem a população, como tristezas, alegrias, ansiedades, medos, lutos (ZANELLA *et al.*, 2016).

Na parte do questionário relativa ao uso de fármacos durante a graduação, as três primeiras classificações estão vinculadas a analgésicos, anti-inflamatórios e relaxantes musculares, cuja ação está ligada ao poder de analgesia. Apesar da gama de informações sobre instrumentos e técnicas para organização da saúde mental de indivíduos, todos os entrevistados buscaram ajuda na medicalização (conforme Quadro 02). No discurso de 19 (dezenove) entrevistados, há a concordância em fazer a ligação da Psicologia com a medicalização, pois acreditam que é um recurso que precisa e deve ser utilizado na profissão. É um número expressivo de estudantes que atesta e fideliza o discurso biomédico, principalmente da medicalização, que, muitas vezes, se mostra totalmente em contradição com o discurso da Psicologia, que trabalha com métodos científicos, a todo o momento, para construir sujeitos com autonomia na vida e para vida. Já o discurso da medicalização, transmitido pela memória e representações sociais apresentadas por instituições e pessoas que querem se colocar como detentoras do conhecimento, acaba indo ao contrário, ou seja, a ideia é justamente trabalhar sempre na tentativa do controle de corpos e da não autonomia do indivíduo, que fica preso a um recurso para ser e estar feliz na vida.

Na análise do instrumento TALP, percebemos que o possível núcleo central comporta palavras em que podemos identificar a memória e a representação social compreendida no discurso dos participantes. Conforme Abric (2008), a representação social está contida no núcleo central, o qual está ligado à memória coletiva, trazendo estabilidade para essas respostas. Solicitamos aos participantes: **Relate o que pensa com a palavra Medicalização**, palavra que compõe o objeto de toda a pesquisa e que tem correspondência com os objetivos do trabalho. O instrumento TALP é uma técnica projetiva que, segundo Jung (1905) *apud* Rapaport (1965), tem como principal característica revelar os aspectos mais subjetivos do

indivíduo, sua personalidade ou suas representações acerca de determinado objeto, no caso, o objeto medicalização. As palavras encontradas no núcleo central foram **doença, remédio, alívio e dor**; que carregam uma representação marcada pela construção da eugenia, que ainda persiste na nossa sociedade. Diante da palavra medicalização, os estudantes de Psicologia entendem que toda doença e dor são passíveis de alívio através de um remédio.

Analizamos o questionário que continha 13 perguntas abertas, mas apresentaremos algumas respostas que consideramos relevantes para a construção da pesquisa. Para preservação da identidade dos entrevistados, eles estarão nomeados por letras do alfabeto de A a T, de acordo a numeração dada aos 20 questionários respondidos.

A primeira pergunta procurou saber dos estudantes qual a visão deles sobre medicamentos. Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), medicamentos “são produtos especiais elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas, sendo produzidos com rigoroso controle técnico para atender às especificações determinadas pela Anvisa”. Dessa forma, afirmamos que são substâncias com comprovação da sua ação e controle rigoroso. As respostas encontradas nos questionários dos estudantes não apresentaram muitas discordâncias dessa conceituação da ANVISA como podemos observar em algumas respostas:

- Compostos químicos extraídos ou produzidos artificialmente, com o objetivo de aliviar diretamente em algum sintoma observado. (Sujeito C)
- São substâncias químicas utilizadas e indicadas para o tratamento de uma patologia. (Sujeito T).
- São substâncias desenvolvidas para melhorar curar sintomas. (Sujeito J).
- São compostos químicos, fármacos, que tem como finalidade, a promoção de um tratamento, seja crônico ou agudo, na tentativa de trazer bem esta, manutenção da saúde ou uma remoção completa de sintoma. (Sujeito G).

Lembramos que, durante a graduação em Psicologia, os alunos tiveram contato com as disciplinas Psicofarmacologia, Psicopatologia e Saúde Mental, cujas ementas abrangem o conceito e a utilização de medicamentos em diversos contextos, o que favoreceu para que 80% das respostas encontradas estivessem de acordo com o conceito da ANVISA. Mesmo assim alguns alunos apresentaram respostas fora do padrão ditado pela ANVISA, como estas:

- Substâncias medicinais. (Sujeito P).
- É algo que é preciso fazer uso quando se está com alguma doença. (Sujeito N).
- Droga lícitas. (Sujeito H).
- Alternativas paliativas. (Sujeito E)

Todos os 20 entrevistados relatam ter usado algum tipo de medicação ao longo do curso, sendo que, desse total, 80% fizeram uso dos medicamentos descritos no Apêndice – Quadro 1, com prescrição médica. Outro dado interessante é que, além de usarem medicamentos no decorrer do curso, fizeram uso de medicamentos fora da instituição universitária sem indicação médica. Observamos a validação do valor médico, quando dizem ir em busca desse profissional para alívio de seus sintomas. Mais do que a validação desse profissional, o que mais se evidencia nas respostas é a possibilidade de terem os sintomas aliviados, dessa forma podendo ser mediado por um profissional ou não, pois, mesmo na ausência desse, eles ainda vão em busca do alívio através da medicação por conta própria, para curar ou amenizar patologias, como dores de cabeça, tensões musculares, dores musculares, insônia, ansiedade, situações de cansaço, estresse, além de outras descritas no Apêndice – Quadro 2.

Para verificarmos a relação entre os conteúdos estudados na graduação e a forma como compreendem e percebem o uso de medicação, foram feitas as seguintes perguntas relacionadas ao tema: “Qual a relação da Psicologia com a medicalização?” Somente um participante respondeu que não há nenhum tipo de relação, no mais, os 19 (dezenove) participantes afirmaram que existe uma relação entre as duas abordagens, que a Psicologia serviria de suporte, auxílio e complemento para a medicalização, e vice-versa e que a medicalização poderia reduzir os sintomas físicos, trazendo o alívio de dores e sofrimentos. A segunda pergunta foi: “Você considera necessário o uso de medicação na psicoterapia?” As respostas variaram entre sim, não e depende, sendo que 12 (doze) participantes disseram que depende do contexto, pois será ele quem determinará a indicação para o uso.

Ao fazermos uma análise correlacionando a TALP aos questionários aplicados, percebemos que a memória e as representações sociais, entre o grupo de estudantes de Psicologia, estão contidas nas palavras **doença, remédio, alívio e dor**, sugestivas de que, para toda doença, existe um remédio e que toda dor precisa ser aliviada, e esse alívio seria através de um remédio. Trata-se de uma construção social que atravessa os tempos e que, como analisa Moscovici (2003), é difícil de ser modificada. A formação recebida por esses estudantes, através das disciplinas do curso de Psicologia, é para preparar um profissional apto a contribuir, através da palavra falada e escutada, passível de interpretações e passível de cura, sendo assim um auxílio importante na constituição da sua profissão. Romper com o modelo biomédico não é romper somente com a lógica de construção de novas estruturas dos hospitais psiquiátricos; é provocar rupturas na lógica do tratamento e na forma de

compreensão dos cuidados da saúde mental — não é algo tão simples a se fazer e a desconstruir em grupos sociais (SOUSA *et al.*, 2018).

As próprias políticas de saúde mental no Brasil vêm passando por um desmonte que perpassa por um viés político conservador, portador de um discurso moral e ideológico de um grupo que está no poder e que instalou um retrocesso em que toda construção da luta antimanicomial parece estar em decadência. Temos o exemplo de práticas manicomiais sendo validadas e, no campo das políticas de álcool e drogas, um desserviço terapêutico, agora totalmente voltado para um viés religioso e não científico. A Nota Técnica de Saúde Mental nº 11/2019 (BRASIL, 2019), lançada pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2019, comprova esse cenário de retrocesso por retratar o desmonte do cuidado e da atenção aos usuários de álcool e outras drogas com a exclusão de programas, como o de Redução de Danos, e a implementação da abstinência como tratamento.

Dessa forma concluímos que, em todo o cenário da sociedade, existe uma cultura em que o saber médico traz uma ordenação que é aceita, assimilada e repassada. Com as alterações feitas em programas de assistência à saúde mental, os profissionais que nela atuam também sofrem alterações em sua forma de conduzir a sua atuação, os profissionais de Psicologia é uma especialidade que atua diretamente na saúde mental e que também passam por essa desarticulação, tendo que responder a uma atuação guiada pelo modelo biomédico.

Podemos então inferir que a memória e as representações sociais trazidas de toda construção ainda persistem através dos tempos e que esse olhar constitui o fazer de muitos profissionais psicólogos no mercado de trabalho, profissionais que reproduzem um discurso da medicalização e do poder que ela ainda exerce sobre a sociedade.

6 CONCLUSÃO

A medicalização é um dos temas mais discutidos em todas as vertentes em que ela pode estar inserida, principalmente na educação e na saúde. Tratar do tema significa estar sempre diante da possibilidade de redução biológica, explicações sobre a situação e o futuro de pessoas e de grupos por suas características individuais, e diante da omissão de elementos importantes, como os sociais, os históricos, os políticos e os pedagógicos. Assim, a necessidade de realizar pesquisas fica evidenciada, principalmente a respeito de como esse fenômeno tem despontado nas instituições de ensino superior brasileiras.

Para responder ao objetivo geral da pesquisa, todo um percurso foi construído ao longo desta dissertação. Inicialmente discorremos sobre os aspectos teóricos e conceituais da Teoria da Memória Coletiva, construída por Maurice Halbwachs ([1950] 2006), e da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici ([2000] 2015). Em um segundo momento, discutimos, através de movimentos, a construção histórica e conceitual do uso de medicalização na sociedade; logo em seguida, mostramos como foi feito todo o percurso metodológico para, finalmente, apresentarmos a análise dos resultados.

Estamos vivendo um momento em nossa sociedade em que vários fatores colaboram para que o discurso da medicalização seja disseminado, através da memória e das representações sociais de diversos grupos. Tomemos esses exemplos: não é permitido sentir dores de nenhuma ordem, pois isso nos torna improdutivos e não aceitos dentro de um padrão esperado de saúde. Afinal de contas, as dores podem ser curadas com alguma medicação, pois, para cada uma delas, existe um diagnóstico, certificando que não há mal algum em se beneficiar da medicação; é preciso estar feliz o tempo todo, o que não nos permite demonstrar ou sentir desafetos. Isso não combina nas redes sociais; se você estiver cansado, um relaxante muscular alivia e te deixa pronto para seguir. Enfim, as propagandas tentam nos convencer de que existe a pílula da felicidade, então não precisamos lidar com as dores, já que elas podem ser sanadas, independente das causas.

A indústria farmacêutica investe em todo tipo de agenciamento para demonstrar à população o discurso biologizante totalmente fundamentado em bases fisiológicas e neurológicas. Assim a sociedade e os profissionais são os principais propagadores dessa máquina de vender diagnósticos passíveis de ser curados. Outros comportamentos, como os desviantes, outrora considerados imorais ou criminosos, agora são tratados como doenças de indivíduos e grupos. A Medicina tem progredido significativamente, mas, ao invés de

contribuir para informar o que é doença, apresenta possibilidades de mais novos diagnósticos com a descoberta de novas doenças (SZASZ, 2007).

Como dispositivo, a medicalização se legitima em um fenômeno coletivo, que pôde ser comprovado no discurso trazido pelos estudantes de Psicologia, cujas memórias e representações sociais ratificam a legitimação do saber médico. Para o cuidado da dor psíquica, na opção pelo uso de psicofármacos, observamos dois fatores: o que perpassa a capitalização da saúde como um objeto, na sociedade que determina padrões de saúde; o que conta com a recuperação da dor através de tecnologias, substituindo os espaços psicoterapêuticos, que provocam reflexões e autonomia, por espaços médicos psiquiátricos patologizantes.

Ao modificar a forma de tratamento da saúde mental, que não seja somente medicamentosa ou excludente com as internações, torna-se possível inseri-la no corpo social, de modo a oferecer espaços de convívio com as diferenças e com a produção de modos de vida distintos entre si. Dessa forma, podemos ter o cuidado com a saúde com enfoque na construção de sujeitos mais críticos e atuantes na sociedade, e é o profissional de psicologia quem poderá trazer, dentro da constituição e formação da sua profissão, a possibilidade de conhecer e atuar mais com o comportamento do que com o medicamento. Teremos, assim, sujeitos mais autônomos na sociedade.

Muitos desafios estão postos à forma de se fazer Psicologia. Temos como exemplo a reestruturação curricular dos cursos de psicologia, os novos dispositivos de saúde mental e as ações totalmente voltadas para um modelo de atenção à saúde mental dentro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)¹¹. Mesmo com toda essa nova organização da Psicologia como ciência e profissão, ainda persiste um modelo de atendimento com aspectos clínico-tradicionais, com base no viés biomédico e medicalizante.

A Psicologia oferece ferramenta e dispositivos próprios para atuar na esfera da saúde mental com um modelo que vai de encontro ao que ainda vemos sendo praticado. Muitas vezes, entretanto, o profissional de psicologia fideliza o discurso médico em suas práticas, quando sugere ou dissemina que precisa do tratamento medicamentoso para ajudar o sujeito que o procurou com a saúde mental desorganizada. Na sua formação teórica e prática, durante os cinco anos na graduação, o aluno de Psicologia tem a oportunidade de estudar muitas

¹¹ “RPB- movimento que busca repensar e construir de outra maneira a presença da loucura entre nós. Trata-se de encontrar uma nova habitação para a loucura - o que não significa, naturalmente, reformar ou remodelar os espaços que os chamados loucos deveriam forçosamente habitar, e, sim, diferentemente, tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e à sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não.” (LOBOSQUE, 2003).

disciplinas e ter contato com diversas teorias e técnicas. Então questionamos: o que o leva, depois de formado, a corroborar o discurso biomédico, que perpassa pela exclusão, hospitalização e medicalização?

Na obra **Memória Coletiva**, Maurice Halbwachs (1877-1945), ao falar sobre a lembrança individual como limite das interferências coletivas, afirma que “[...] acreditamos pensar e sentir livremente. É assim que a maioria das influências sociais que obedecemos com mais frequência nos passam despercebidas”. Com essa fala, Halbwachs assegura que nossas memórias estão sempre associadas a memórias coletivas e que, portanto, a forma de estarmos diante da vida e reproduzindo saberes também tem interferência dessa memória coletiva. Então, ao estar em contato com diversos saberes no curso de graduação podemos agregar conceitos novos, mas não valores individuais e coletivos diferentes.

Analisar a memória e a representação social de um grupo é entender de que forma essa construção social, demonstrada através das práticas individuais e coletivas, de fato se constitui. É trazer uma realidade que, como o próprio Moscovici afirma a todo o momento, não é tão simples de ser modificada e, aqui, na nossa pesquisa, foi possível constatar que os estudantes de Psicologia, apesar da possibilidade de ter contato com muitas teorias ao longo da sua formação, mesmo estando no décimo semestre do curso, carregam memórias e representações sociais de um discurso médico pautado no binômio doença-remédio, que ainda persiste em nossa sociedade.

Acreditamos que essa pesquisa não se encerra aqui. Diante das representações sociais e memórias identificadas, verificamos a necessidade de ampliar e discutir o assunto em diversos contextos, principalmente o da saúde mental e o da educação, onde acontece a formação dos futuros profissionais de Psicologia.

À luz dos resultados coletados e da análise dos dados, compreendemos a importância de considerar a ampliação da pesquisa também para outros campos universitários, a fim de ampliar a discussão para outras esferas de ensino da graduação em psicologia, levando assim uma contribuição maior com estratégias mais bem pautadas de atuação com esses futuros profissionais, tanto na sua formação, quanto na constante atualização profissional.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. [ABL]. **Diploma da Academia Imperial de Medicina em 1883**.1999. Disponível em: <http://www.academia.org.br>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000.
- AGUIAR, A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências de vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ALBA, M. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. In: ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. (Org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. 2. ed. Brasília: Technopolitik, 2014.
- AMENDOLA, M. F. Panorama da história dos testes psicológicos no Brasil e críticas atuais. **Retrieved August**, v. 5, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais DSM III-R**. São Paulo: Manole, 1989.
- ANDRADE, F. B. *et al.* Evaluation of participant satisfaction with community therapy: a mental health strategy in primary care. **Psychiatric Quarterly**, v. 83, n. 3, 2012. p. 325-34.
- ANDRADE, T. M. Redução de Danos um novo paradigma? In: **Entre riscos e danos, uma nova estratégia ao uso de drogas**. Ministério da Saúde do Brasil e União Européia. Paris: ACODESS, 2002. p. 83-86.
- ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito**. Rio de Janeiro: Record; 2007.
- AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. [ANVISA]. Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 17, de 16 de abril de 2010. Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis. Acesso em: 20 jul. 2020.
- AZEVEDO, L. A.; TATMATSU, D. I. B.; RIBEIRO, P. H. R. Formação em psicologia e a apropriação do enfoque da atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 9, n. 2, Rio de Janeiro, 2011. p. 241-64.
- BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G. (Org.). **O trabalho do psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BERTONI, L. M. **Se beber não dirija: representações, juventude e publicidade de bebidas alcoólicas**. Campinas-SP: Librum, 2015.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS — Doutrinas e princípios. Brasília: 1990.

BRASIL. Resolução Nº 5, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação, 2011

CALIMAN G. **Ensaio:** Avaliação e Políticas Públicas em Educação 14 (52), 383-396, 2006.

CALIMAN, L. V. **A biologia moral da atenção:** a construção do sujeito (des)atento. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ. 2006.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L. Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. **Mudanças — Psicologia da Saúde**, 13 (2) 290-308, jul-dez. 2005.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v.9, n.2, p.101-122, Jul/Dez2007.

CARRARA, S. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. *In:* HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.). **Cuidar, controlar, curar:** ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. de O.; COSTA, F. D. da; ANDRADE. H. S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25, 2015. P. 1251-69.

CASTRO, C. **Os militares e a república:** um estudo sobre cultura e ação política. Rio de Janeiro, RJ: Zahar. 1995.

CLARKE, A. E. *et al.* Biomedicalization: technoscientific transformation of health, illness and U.S. Biomedicine. **American Sociological Review**, New York, v. 68, n. 2, 2003. p. 161-94.

CONRAD, P. **The medicalization of society:** On the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. **Deviance and medicalization:** from badness to sickness. Philadelphia: Temple University, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. [CFP]. **Jornal do Federal**. Ano XXIII Nº 104 23, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. [CFP]. **Quem é o psicólogo brasileiro?** São Paulo: EDICON. 1998.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n.3, Set/Dez 2009. p.563-80.

DURKHEIM, E. **Sociologia e filosofia**. Trad. Paulo J. B. San Martin. São Paulo: Ícone, 1994.

ESCH, C. F.; JACÓ-VILELA, A. M. A regulamentação da profissão e os currículos de formação psi. *In.*: JACÓ-VILELA, A. M.; CERREZZO, RODRIGUES, A. C.; H. B. C. (Org.). **Clio. Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; FAPERJ. 2001. p. 17-24.

FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; VALENTE, K.; PLÁ, M. A. S.; FERREIRA, M. B. Pré-testes de um questionário multidimensional autopreenchível: a experiência do estudo pró-saúde. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, 1999. p.117-30.

FERREIRA NETO, J. L. **A formação do psicólogo: clínica, social e mercado**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/ FCH. 2004.

FERREIRA NETO, J. L. Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**. v. 20, n. 1, Porto Alegre, 2008. p. 62-69.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1977.

FRANCES, A. DSM-5 badly flunks the writing test. **Psychiatric Times**, v. 10, 2014. Disponível em: <https://www.psychiatristimes.com/view/dsm-5-badly-flunks-writing-test>. Acesso em: 25 ago. 2020.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. *In.*: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. Jayme Salomão. v. 21. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1930). 1996. p. 81-148.

FREUD, S. Sobre a Psicoterapia. (1905 [1904]). *In.*: FREUD, S. **Um caso de histeria**. Três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos. Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 239-51.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.16, n.40, jan./mar. 2012. p.21-34.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, E. A. da S. **Eugenia em debate: Medicina e Sociedade no I Congresso Brasileiro**. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - COC-Fiocruz, 2010.

HACKING, I. **Múltipla personalidade e as ciências da memória**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2000.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Trad. Laurent Léon Schaffter. São Paulo: Vértice, [1950]1990.

HENRIQUES, R. P. A medicalização da existência e o descentramento do sujeito na atualidade. **Rev.Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v.12, n. 3-4, dez. 2012. p. 793-816. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482012000200013&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 13 jul. 2019.

HOUAISS. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INTERFARMA. **Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa**, Guia Interfarma 2019. Disponível em: <https://www.interfarma.org.br/public/files/biblioteca/guiainterfar-ma-2019-interfarma2.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

JAPIASSU, H. **Ciência e destino humano**. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. Ed., Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

JODELET, D. **Loucura e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**, v. 17, Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002.

KEHL, R. A eugenia no Brasil: esboço histórico e bibliográfico. *In*: **I Congresso Brasileiro de Eugenia**, 1929. p. 45-62.

KEVLES, D. **In the name of eugenics**. Genetic and the uses of human heredity. Nova York: Knopf, 1995.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. Vocabulário da psicanálise. *In*: **Vocabulário da psicanálise**, 1988.

LAROCCA, L. M.; MARQUES, V. R. B. Higiene. Cuidar y civilizar: el discurso médico para la escuela paranaense (1920-1937). **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, 1990.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da Primeira República. *In*: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 23-40.

LISBOA, F. S.; BARBOSA, A. J. G. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 4, 2009. p. 718-37.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.

LUCCHELLI, J. P. **O DSM-V e os transtornos de personalidade**, 19, 2007. p. 78-82.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã: Feuerbach — a contraposição entre as cosmovisões materialista e idealista**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

MEIRA, M. E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicologia Escolar e Educacional** [em línea] 16 (Enero-Junio). 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282323570014>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática-visão atual**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro/ MEC, 1978.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, P. R. *et al.* A teoria das representações sociais. **Direito em foco revista online**. v. 6, 2014. p. 17-30.

MOSCOVICI, S.; NEMETH, C. Minority influence. *In.*: NEMETH, C. (Org.). **Social psychology: classic and contemporary integrations**. Chicago: Rand McNally, 1974, p.217-50.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. *In.*: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Trad. Lilian Ulup. Rio de Janeiro: EDUERJ. 2001.

MOSCOVICI, S. Notes towards a description of social representations. **European Journal of Social Psychology**, 18: 211-250. 1988.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigação em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

NUNES, J. A. Obrigação ou direito? A biomedicalização da saúde e a política da saúde "positiva". *In.*: **Ciências sociais e saúde desafios e temas críticos para os sistemas de saúde**, sala de seminários do CES- Coimbra. 2011. Disponível em: <https://ces.uc.pt/agenda-noticias/agenda-de-eventos/2011/ciencias-sociais-e-saude-desafios-e-temas>. Acesso em: 29 mai. 2020.

OLIVEIRA, C. D.; MARQUES S. C.; TOSOLI, A. M. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. *In.*: MOREIRA, A. P. *et al.* (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: EdUFPB, 2005.

OLIVEIRA, J. C. **Consumo de drogas: memórias, representações sociais e suas influências nas práticas de educação em saúde**. Dissertação (Mestrado) — Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-graduação em Memória: linguagem e sociedade, Vitória da Conquista, 2017.

OLIVEIRA, R. D.; OLIVEIRA, M. D. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. *In.*: BRANDÃO, C. R. (Org.), **Pesquisa participante**, 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. p. 17-33.

PARENS, E. On good and bad forms of medicalization. **Bioethics** [on-line]. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x>. Acesso em: 17 jul. 2020.

PENNA, B. A luta contra o alcoolismo. **Revista Brazil-Médico**. Rio de Janeiro, ano XXXVI, vol. 11, out. 1922.

PERALTA, E. **Abordagens teóricas ao estudo da memória social**: uma resenha crítica. *Arquivos da Memória*. 2 (Nova Série): 4-23, 2007.

PEREIRA, F. M.; PEREIRA NETO, A. P. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**, 8(2), 19-27. 2003.

PIETTA, G. **Medicina, eugenia e saúde pública**: João Candido Ferreira e um receituário para a nação (1888-1938). -- Irati, PR: [s.n.], 2015.

REIS, J. R. F. **O projeto de regeneração nacional da Liga Brasileira de Higiene Mental (1920-30)**. Dissertação (Mestrado em História) - Unicamp, Campinas, 1994.

RESENDE, M. S.; PONTES, S.; CALAZANS, R. O DSM-5 e suas implicações no processo de medicalização da existência. *In.*: **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 534-546, dez. 2015. 2012.

ROAZZI, A. **Cadernos de Psicologia**, V.1 p1-27, UFPE. 1995.

ROCHA, L. F. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *In.*: **Psicologia: ciência e profissão**, 34 (1), 2014. p. 46-65.

RODRIGUES, M. M. **A prevenção da decadência**: discurso médico e medicalização da sociedade (Curitiba 1931-1942). Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná Curitiba. 1997.

ROTHEN, J. C. *et al.* Concepções de qualidade nos documentos oficiais sobre a educação superior. **Comunicações**, v. 26, n. 1, 2019.

ROXO, H. Higiene mental. **Archivos brasileiros de higiene mental**. Rio de Janeiro, ano 1, nº. 2, dez. 1925.

SÁ, C. P. de. Entre a história e a memória: o estudo psicossocial das memórias históricas. **Cadernos de Pesquisa**, v.45 n.156 p.260-274 abr./jun. 2015.

SÁ, C. P. de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1996.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. *In.*: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SANTOS, G. T. dos; DIAS, J. M. de B. Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. **PRACS**. Macapá, v. 8, n. 1, 2015. p. 173-87.

SANTOS, M. S. dos. Sobre a autonomia das novas identidades coletivas: alguns problemas teóricos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol.13. n. 28, 1998.

SANTOS, R. A. dos. **Pau que nasce torto, nunca se endireita! E quem é bom, já nasce feito? Esterilização, saneamento e educação: uma leitura do eugenismo em Renato Kehl (1917-1937)**. Tese (Doutorado) — Área de História, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 2008.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In.*: PITTA, A. M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec; 1996.

SCHMIDT, M. L. S.; MAHFOUD, M. Halbwachs: memória coletiva e experiência. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 285-298, 1993. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51771993000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 jul. 2019.

SOUSA, P. F.; MACIEL, S. C.; MEDEIROS, K. T. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancora das as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.26, n.2, p.883-895, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2018000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2019.

SOUZA, V. S. de. *et al.* Arquivo de Antropologia Física do Museu Nacional: fontes para a história da eugenia no Brasil. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.- set. 2006, p. 763-77.

STEPAN, N. L. A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. *In.*: **A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STEPAN, N. A eugenia no Brasil - 1917 a 1940. *In.*: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 331-91.

SZASZ, T. **A medicalização da vida cotidiana: ensaios selecionados**. New York: Syracuse University. 2007.

VÈRGES, P. **Conjunto de programas que permitem a análise de evocações. EVOC: manual**. Versão 5. Aix en Provence. 2002.

VILLAS BOAS, L. P. S. Uma abordagem da historicidade das representações sociais. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 140, Aug. 2010. p. 379-405. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Jun. 2019.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 3, 2007. p. 379-90.

WITTER, G. P.; FERREIRA, A. A. Formação do psicólogo hoje. *In.*: Conselho Federal de Psicologia. (Org.), **Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços**, Campinas: Alínea, 2005.

YAMAMOTO, O. H. A LBD e a psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 20(4), 2000.

YAMAMOTO, O. H.; CAMPOS, R. H. A Psicologia como profissão feminina: apontamentos para estudo. **Estudos de Psicologia**, 1998, 3 (1), 1998. p. 147-58.

ZANELLA, M. *et al.* Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 15, jun. 2016. p. 53-62. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2019.

ANEXOS

Quadro 1 — Carta de Serra Negra — Conselho Federal de psicologia 1992**PRINCÍPIOS NORTEADORES DA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA**

1. Desenvolver a consciência política de cidadania, e o compromisso com a realidade social e a qualidade de vida.
2. Desenvolver a atitude de construção do conhecimento, enfatizando uma postura crítica, fomentando a pesquisa num contexto de ação - reflexão - ação, bem como viabilizando a produção técnico-científica.
3. Desenvolver o compromisso da ação profissional cotidiana baseada em princípios éticos, estimulando a reflexão permanente destes fundamentos.
4. Desenvolver o sentido de Universidade, contemplando a interdisciplinaridade e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.
5. Desenvolver a formação básica pluralista, fundamentada na discussão epistemológica, visando a consolidação de práticas profissionais, conforme a realidade sócio-cultural, adequando o currículo pleno de cada agência formadora ao contexto regional.
6. Desenvolver uma concepção de Homem, compreendido em sua integralidade e na dinâmica de suas condições concretas de existência.
7. Desenvolver práticas de interlocução entre os vários segmentos acadêmicos, para uma avaliação permanente do processo de formação.

**SUGESTÕES DE OPERACIONALIZAÇÃO**

1. Implementar uma política institucional de contratação, qualificação e avaliação do corpo docente.
2. Implementar uma política institucional de acompanhamento do corpo discente em sua formação.
3. Procurar garantir, junto às agências formadoras, o suporte institucional necessário à formação profissional.
4. Elaborar uma estrutura curricular que possibilite ao aluno acesso às diferentes concepções, levando-os a uma análise crítica das mesmas.
5. Oferecer campos de estágios que contemplem a prática destas diferentes concepções, na medida do possível.
6. Desenvolver um sistema de acompanhamento e avaliação contínua dos estágios nos locais onde são desenvolvidos e dos resultados dos serviços prestados, buscando verificar sua adequação às necessidades de formação do aluno.
7. Promover a produção escrita, dentro de padrões aceitáveis, de toda a atividade acadêmica do aluno, inclusive trabalho de conclusão de curso ou monografia, oferecendo condições de divulgação e discussão no âmbito e fora da universidade.
8. Divulgar as ementas das disciplinas para possibilitar o conhecimento pelo aluno do seu conteúdo e cumprimento.
9. Manter um espaço de discussão da Ética Profissional do ponto de vista filosófico, político e do Código de Ética nas diversas disciplinas e estágios.
10. Buscar integração dos Conselhos Regionais de Psicologia com os Cursos para promoção de atividades relacionadas à formação e ao exercício profissional.

APÊNDICES

Apêndice A — Questionário

Dados sociodemográficos

Sexo:

Idade:

Cor (raça)

Religião:

Estado civil:

Formação profissional (caso tenha outra):

Apêndice B — Questionário

Roteiro de entrevista

- Na sua visão o que são medicamentos?
- Durante o curso usou algum tipo de medicamento? Qual (Quais)?
- Com ou sem prescrição médica?
- Em que situações?
- Atualmente, você utiliza algum medicamento? Qual (Quais)?
- Com ou sem prescrição médica?
- Em que situações?
- Já usou medicamentos sem indicação médica?
- Se sim: com qual finalidade? Como soube desse medicamento? Com que frequência? O que usou? Qual efeito? Como conseguiu?
- Você já usou algum tipo de medicação para realizar suas avaliações no curso?
- Em qual situação?
- Qual relação da Psicologia e a medicalização?
- Você considera necessário o uso de medicação na psicoterapia? Justifique.

Os estudantes em geral

- Na visão dos estudantes de psicologia, o que são medicamentos?
- Durante o curso, os estudantes utilizam algum tipo de medicamento? Qual (Quais)?
- Com ou sem prescrição médica?
- Em que situações?
- Já usaram medicamentos sem indicação médica?
- Se sim: com qual finalidade? Como souberam desse medicamento? Com que frequência? O que usam? Qual efeito? Como conseguiu?
- Os estudantes já usaram algum tipo de medicação para realizar suas avaliações no curso?
- Em qual situação?

- O que os estudantes pensam de uma pessoa que usa medicação para estudar para uma avaliação?
- O que os estudantes pensam a respeito do uso de medicamentos sem prescrição médica?
- O que os estudantes pensam a respeito de utilizar medicamentos para realizar avaliações?
- O que os estudantes pensam da relação da Psicologia e a medicalização?
- Os estudantes consideram necessário o uso de medicação na psicoterapia? Justifique

Apêndice C — Evocação livre de palavras

Escreva **Cinco** palavras que definam seus sentimentos, opiniões ou ideias acerca do uso de medicalização

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Enumere as palavras citadas acima por ordem de importância.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Apêndice D

Tabela 02 — Classificação dos medicamentos utilizados pelos participantes entrevistados – 2019

Classificação dos medicamentos	Quantidade utilizada
1. Analgésicos	13
2. Antiinflamatórios	10
3. Relaxantes musculares	8
4. Antibióticos	7
5. Antitérmicos	7
6. Antidepressivos	4
7. Antialérgicos	4
8. Anticoncepcionais	3
9. Vitaminas	2
10. Ansiolíticos	1
11. Cicatrizantes	1
12. Colírios	1
13. Antigripais	1
14. Psicoestimulantes	1
15. Anticonvulsivantes	1
16. Neurolépticos	1
17. Antidiabéticos	1
18. Antiespasmódicos	1
19. Benzodiazepínicos	1
20. Antipirético	1
21. Opióides	1
22. Betabloqueadores	1

Fonte: Elaboração própria

Apêndice E

Quadro 02- Medicamentos usados por cada participante entrevistado durante do curso de Psicologia- 2019

Tipo de medicação	Classificação	Doença/sintoma
A. Hidrogel, colírio, Dorflex	Cicatrizante, Colírios, analgésicos e relaxante muscular	Dor de cabeça, ordem ocular-ardência oftalmológica, tratamento para TPM, relaxamento muscular
B. Dorflex	Analgésicos e relaxante muscular	Dor de cabeça
C. antialérgicos, antigripais, xaropes para tosse e ritalina como psicotrópico	antialérgicos, antigripais, psicoestimulante	
D. pílula, antibióticos e antialérgicos, Laratadina	Anticoncepcional, antibióticos e antialérgicos	Crise de alergia e pós-cirúrgico
E. Tylenol, Ibuprofeno, Nimesulida, florais — recue	Analgésicos e antitérmicos, anti-inflamatório	Dor de cabeça, véspera de prova e TPM
F. Dorflex	Analgésicos e relaxante muscular	Dores, desconforto e ansiedade, busca de resolver algo ou incomodo
G. Carbonato de lítio, Ansitec, Clonazepam, Bupropiona, Excitalopram, Paroxetina, Lamotrigina, Quetiapina, relaxantes musculares, anti-inflamatórios, antibióticos.	Ansiolítico, antidepressivo, anticonvulsivante, neurolépticos,	Tratamento de manutenção, uso para lesão muscular, dores.
H. Sim		Dores de cabeça, passar as dores
I. Metilformina e antibióticos.	Antidiabéticos e antibióticos	Infeção intestinal, antibióticos, metiformina, ovário policístico, dor de cabeça
J. Celene, Buscopam, Clonazepam, Fluoxetina, Omeprazol, Paracetamol	Anticoncepcional, antiespasmódicos, benzodiazepínicos, Antidepressivos, analgésicas, antitérmicas e anti-inflamatórias, antipirético	Anticoncepcional - cólica, insônia, ansiedade, dor de estomago, febre e alergias
K. calmante- calmax, Anti-inflamatórios, antibióticos, relaxante muscular, Dipirona, Paracetamol, Ibuprofeno, Cetoprofeno	Suplemento vitamínico, Anti-inflamatórios, antibióticos, relaxante muscular, antitérmicas e anti-inflamatórias, antipirético, anti-inflamatórios	de dor, insônia, processo cirúrgico, de dor de cabeça, gripes e cansaço físico.

L. Dorflex, antibióticos, antialérgicos	Analgésicos e relaxante muscular, antibióticos, antialérgicos	Em situações de cansaço, dor de cabeça, infecção urinária e crises alérgicas
M. Anticoncepcional	Anticoncepcional	evitar uma possível gravidez
N. Ciprofloxacino, Urovit e Torcilax, Amoxicilina	Antibiótico, analgésico, relaxante muscular, antibiótico	Quando tive infecção urinária, Torcilax quando tenho dor de cabeça forte. dor de cabeça e no corpo
O. Dipirona, Buscopam, Nimesulida e outros que não lembro do nome agora. Morfina e Omeprazol	Analgésicos e antitérmicos, anti-inflamatório, opioide	Cólicas, agressão que afetou a cabeça, dores de cabeça, dores de estômago, infecção intestinal, infecção urinária
P. Remédios para dores e inflamações, Dorflex	Analgésicos e relaxante muscular	Gripes, dores musculares e inflamações, para enfermidades simples como dores locais, relaxamento
Q. medicamentos para dor e hipertensão arterial, anti-inflamatórios	Analgésicos e relaxante muscular e anti-inflamatórios	Quando sinto dor de cabeça, uso diário de medicamentos para hipertensão. Para alívio da dor quando fui submetida a cirurgia de artroblasto do joelho. Dor no quadril
R. remédios de depressão, Selozonek, Anador, Descongex	betabloqueadores, analgésico e antitérmico, antialérgico	TPM e dores de cabeça, gripe
S. analgésicos, antibióticos, e remédios naturais para gastrite nervosa, Fluoxetina	analgésicos, antibióticos, antidepressivo	Para as dores de cabeça ou tensões musculares e com prescrições para antibióticos relacionados a garganta e infecções estomacais e urinárias, ansiedade
T. Fluoxetina, Nimesulida, Buscopam, Dipirona,	Antidepressivo, anti-inflamatórios, analgésicos, antitérmicos	Em um período de tensão no âmbito acadêmico, bem como, no ambiente de trabalho o que estava me prejudicando muito, amenizar sintomas de dor, paliativo para amenizar ou eliminar dor/inflamação

Fonte: Elaboração própria