UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANDREIA MUTARELLI

Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa

São Paulo
2017

ANDREIA MUTARELLI

Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa

Versão Corrigida

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Psicologia

Área de Concentração: Departamento de
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento
Humano

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Proença
Rebello de Souza

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Mutarelli, Andreia.

Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa /
Andreia Mutarelli; orientadora Marilene Proença Rebello de Souza. --
São Paulo, 2017.

284 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do
Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo.

1. Medicalização 2. Resistência 3. Fenomenologia I. Título.

RM260

MUTARELLI, Andreia. **Estratégias de resistência à medicalização:** a experiência francesa. 2017 282 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____
Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Marilene Proença Rebello de Souza, pelo carinho, atenção, cuidado e incentivo a cada momento desta pesquisa, sendo generosa e aberta para um caminho de pesquisa tão intenso.

Aos meus pais, por serem quem são, tão especiais, amorosos, acolhedores, e por terem me dado as condições de fazer a pesquisa dessa forma tão livre. À minha mãe, Ana Cristina, mulher forte, que sempre está por perto cuidando, torcendo, encorajando e se desdobrando para viabilizar todos os passos dos planos, e ao meu pai, Eduardo, por ser o primeiro leitor, por instigar tantas inquietações por um mundo melhor, ser uma referência de ética e cuidado. Ambos sempre prontos para um abraço acolhedor.

Aos meus irmãos, lindos amorosos e parceiros que me fazem ser uma pessoa melhor. À Bruna, que foi morar em Portugal e me impulsionou a ir para a França, irmã que me apoia, acolhe, educa, dá a mão e dá energia de qualquer lugar do mundo. Ao José, que me mostra outros pontos de vista, encoraja e é bravo na luta. Ao Antonio, sempre disposto a ajudar, companheiro de busca de um mundo melhor e por me treinar a não ser tão pessimista. À Maria, irmã Mafalda que traz reflexões profundas e o olhar novo para o mundo.

À Drica (Adriana Marcondes Machado), boadrasta querida, perto de quem eu deveria andar sempre com um gravador ou caderninho para absorver todas as ideias inspiradoras. Obrigada pela leitura e escuta atenta às minhas inquietações de pesquisa, sem dúvida as perguntas desta pesquisa são também fruto dessa convivência.

Às minhas avós Natalina e Vera, ambas psicólogas e mulheres lindas e fortes, que sempre me inspiraram a me jogar em desafios.

Aos meus tios e tias, que tenho a sorte de ter sempre por perto e com quem posso contar para qualquer coisa.

Ao Rodrigo, amor querido, que tem o brilho no olho de querer conhecer mais do mundo e leu e traduziu o resumo sempre com carinho, cuidado e trazendo observações precisas.

Ao Rodolfo, colo que veio de presente com a Bruna, pelas inúmeras vezes que teve paciência para me encorajar quando já estava cansada e me recebeu em sua casa de braços abertos.

À Madalena Soares, segunda mãe que está sempre nutrindo de amor e dando condição para o trabalho ininterrupto.

À Nati, roommate perfeita, que leu textos para a qualificação, cuidou da casa e das nossas plantas, teve paciência com a minha bagunça de estudos e o domínio da sala, e ao BG, que junto com ela sempre foram tão acolhedores.

À Creuza, Neuza, Cassia e Dirce, com quem contei tantas vezes nesse período.

Ao grupo de orientandos da Marilene: Sabrina, Hilusca, Christiane, Ana Karina, Katia, Ana Carla, Felipe, Alayde, Lucy, Patricia, Danielle, Eduardo, Ana, Aida, Gisele, Marcia, Alexandre e muitos outros pelo companheirismo e discussões sobre a pesquisa.

À professora Luciana Szymanski, que em diversos momentos me indicou bibliografia, no início tirou dúvidas e com quem comecei a aprender pesquisa em fenomenologia na PUC-SP, pela participação nas duas bancas de qualificação.

À professora Flavia Lemos, pelas valiosas contribuições dadas nas bancas de qualificação.

Ao Paulo Evangelista, pela generosidade da leitura atenta e pela calma que transmite para acreditar no trabalho.

Ao Adriano Bechara, generoso sábio com quem fiz grupo de estudos sobre A Condição Humana e que leu o meu capítulo inicial meticulosamente.

Ao professor Lino de Macedo, generoso, com quem contei para a discussão do todo da pesquisa, sempre atento com observações importantes.

À Ida Cardinalli, que tantas vezes me salvou quando encrascava em algumas passagens dos textos do Heidegger, além de me receber em sua casa e possibilitar que eu participasse de algumas aulas como ouvinte da sua disciplina na Pós-Graduação da PUC-SP.

À Myrna Coelho, que me resgatou agora no final, discutindo ideias importantes e me dando suporte emocional.

À Fernanda Vianna, pela discussão sobre o método e curso inspirador dado na Associação Brasileira de Daseinsanalyse.

Aos professores da Associação Brasileira de Daseinsanalyse Carlos Eduardo Freire e Beatriz Cytronowicz, pelas conversas ao longo desse caminho.

Ao professor Nelson da Silva Junior, que me incentivou e auxiliou no processo de ida para a França.

Aos entrevistados dessa pesquisa pela generosidade de compartilhar o seu saber.

À professora Silvana Rabello por ter me apresentado pessoas e grupos importantes para este trabalho.

Ao professor Christian Hoffmann, que me auxiliou em Paris e ampliou as possibilidades de inserção na Paris VII.

À Gláucia e Julia, por todo o suporte dado no HIS, pela amizade, espaços de discussão e por sempre poder contar com elas.

Ao Hospital Infantil Sabará, pela flexibilidade em diversas situações.

Aos novos e antigos amigos: Adriana Fidalgo, Alice Lesbaupin, Beni Morgernstein, Bernardo Wjuniski, Camila Pestana, Carina Guedes, Carolina Keese, Dan Josuá, Daniel Tanis, Flávia Gleich, Gabriel Hirsborn, Henrique Lederman, Ligia Meirelles, Lilia Standerski, Luiza Carvalho, Luiza Toledo, Luiza Moraes, Maria Isabel Camargo, Mariana Ramos, Mariana

Schieffer, Thais Araújo entre muitos outros, e a todos os que vêm a seguir, pela companhia na vida e pelos laços profundos.

À Pauline Niesseron, por algumas traduções.

À Marina Pappa, que leu parte do material da qualificação.

À Ana Lunardelli, amiga generosa que me pegou ela mão em Paris, acolheu, ensinou e com quem aprendi sobre a vida adulta e a fazer pesquisa/estudo seriamente.

À Anna Mariutti e Simara Brandão, por tornar Paris acolhedora.

À Luisa Sugaya, por vez ou outra responder dúvidas sobre diagnósticos psiquiátricos.

À Luiza Cardinalli Faria, pelas discussões sobre o tema e acompanhamento da qualificação.

À Stephanie Guerra de Andrade, pela leitura atenta das Considerações Finais e por ser companheira de crises acadêmicas.

À Julia Zanolli, pela revisão do português na versão da qualificação.

À Juliana Wierman, psicanalista que deu seus pitacos com este olhar.

Ao Gustavo Pessoa, que me apresentou a possibilidade de fazer um mestrado.

À Lucia Chaves, Mariela Palacios e Marcos Korytnicky, que me ajudaram com as traduções para o inglês.

Ao João Campos, revisor da tese, que teve papel fundamental.

RESUMO

MUTARELLI, A. **Estratégias de resistência à medicalização: a experiência francesa.** 2017. 282 folhas. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

O fenômeno da medicalização organiza, hoje, o modo como as pessoas vivem e se compreendem. Desde os anos 1960, esse tema ganhou destaque em diversos artigos. Entende-se que tal processo é complexo e, além de produzir a patologização da vida, também pode ser analisado como uma resposta a diversas necessidades humanas. Na presente pesquisa, o processo de medicalização foi pensado a partir do referencial teórico-metodológico da fenomenologia, compreendendo o homem como ser-no-mundo, cuja humanidade reside na sua essência de ser desvelador de mundo. Nessa perspectiva, a medicalização expressa um modo de compreensão técnico do mundo, um processo que busca controlar, assegurar, padronizar e prever os fenômenos multideterminados do ser humano, submetendo a complexidade deste à disciplina da medicina, que sempre poderá lhe oferecer intervenções e explicações. A resistência a esse processo torna-se um tema importante de pesquisa, dada sua abrangência e profundidade no modo de vida atual. A psiquiatria francesa apresenta resistências singulares ao hiperdiagnóstico do TDAH, uma expressão da medicalização. O trabalho de campo foi realizado na França e buscou formular articulações com o enfrentamento brasileiro. O objetivo geral desta pesquisa é investigar o sentido da resistência à medicalização, de modo a ampliar a compreensão desse fenômeno. Para tanto, dois aportes de dados foram utilizados: a análise documental dos coletivos *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*, *L'appel des appels* e *Stop-DSM* e a análise de entrevistas com profissionais da saúde franceses. Para a análise das entrevistas, baseamo-nos na Hermenêutica da Facticidade. As entrevistas foram realizadas em formato de rede: a cada conversa a pesquisadora apresentava elementos que surgiram nas entrevistas anteriores, de modo que a própria pesquisa se tornasse um instrumento de resistência, coletivizando a discussão do tema. Assim, após a etapa de campo na França, entrevistamos Manuel Vallée, da Universidade de Auckland, cujo artigo foi citado em todas as conversas com os profissionais franceses. Como resultado, partindo das estratégias apreendidas em campo, chegamos a quatro fundamentos da resistência à medicalização na França: 1) a concepção de homem como possibilidade de ser, entendendo que ele está sempre aberto para as possibilidades que se apresentam no futuro indeterminado, resistindo à cristalização de um diagnóstico; 2) a pluralidade de práticas e métodos de pesquisa coexistindo de forma a contrapor o monismo metodológico; 3) a construção de redes como estratégia de enfrentamento à individualização/biologização das problemáticas humanas; 4) as intervenções multifocais, com cuidado multidisciplinar, considerando o contexto social, cultural e político dos usuários como enfrentamento à hiperprescrição de medicamentos pautada por interesses financeiros na área da saúde. No processo de medicalização da sociedade, o lugar de convivência entre os homens, a política, perde seu espaço para a ciência, que passa a regulamentar o modo como os homens devem viver, assegurando os resultados dos seus modos de vida. As estratégias de resistência à medicalização apreendidas nesta pesquisa apontam para o fortalecimento do campo político, âmbito em que a verdade plural vigora, como principal direcionamento desse enfrentamento.

Palavras-chave: Medicalização; Resistência; Fenomenologia.

ABSTRACT

The phenomenon of medicalization organizes today how people lives and understands themselves. Since the 1960s, this subject has gained prominence in several articles. It is understood that such a process is complex and, in addition to producing the pathologization of life, it can also be analyzed as a response to various human needs. The process of medicalization was thought from the theoretical-methodological referential of the phenomenology, comprising man as a being-in-the-world, whose humanity resides in his essence of being someone who uncovers the world. In this perspective, medicalization expresses a way of technically understanding the world, a process that seeks to control, ensure, standardize, and predict the multi-determinate phenomena of the human being, subjecting its complexity to the discipline of medicine, which can always offer it interventions and explanations. The resistance to this process becomes an important research topic given its scope and depth in the current way of life. French psychiatry has unique resistances to the hyperdiagnosis of ADHD, which is an expression of medicalization. The fieldwork was carried out in France and it seeks to articulate with the Brazilian confrontation. The overall objective of this research is to investigate the meaning of resistance to medicalization, in order to broaden the understanding of this phenomenon. To that end, two data sources were used: the documentary analysis of the collectives *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*, *L'appel des appels* and *Stop-DSM* and the interviews with French healthcare professionals. For the analysis of the interviews, we were based on the Hermeneutics of the Facticity. The interviews were carried out in a network format: at each conversation, the investigator presented elements that were brought up in the previous interviews, so that the research itself became an instrument of opposition, collectivizing the discussion of the subject. Thus, after the field stage in France, we interviewed Manuel Vallée of the University of Auckland, whose article was quoted in all conversations with the French. As a result, we came to four elements of the resistance to medicalization in France: 1) the conception of man as a possibility of being, understanding that he is always open to the possibilities that present themselves in the indeterminate future, resisting to the crystallization of a diagnosis; 2) the plurality of practices and research methods coexisting so as to counter methodological monism; 3) the construction of networks as a strategy to confront the individualization / biologization of human problems; 4) multifocal interventions, with multidisciplinary care considering the social, cultural, and political context of the users as a confrontation with the hyperprescription of medicines guided by financial interests in the healthcare area. In the process of medicalization of society, the place of coexistence between men, the politics, loses its space for science, which governs how men should live, ensuring the results of their ways of life. The elements of the resistance to medicalization observed, point to the strengthening of the political field, in which plural truth prevails, as the main direction of this confrontation.

Keywords: Medicalization; Resistance; Phenomenology.

RÉSUMÉ

Le phénomène de la médicalisation organise, à nos jours, la façon dont les êtres vivent et se comprennent. Depuis les années 1960 ce thème est mis en avant par plusieurs articles scientifiques. Nous entendons qu'il s'agit d'un processus complexe qui, en plus de produire une pathologisation de la vie, peut aussi être analysé comme une réponse à de nombreux besoins humains. Dans cette recherche, le processus de médicalisation a été pensé à partir du référentiel théorique-méthodologique de la phénoménologie, qui comprend l'homme en tant qu'un être-au-monde, dont l'humanité réside essentiellement dans le fait d'être un dévoileur du monde. Dans cette perspective, la médicalisation révèle une compréhension technique du monde, dans un processus qui cherche à contrôler, assurer, standardiser et prévoir des phénomènes multi déterminés de l'être-humain, en soumettant tout sa complexité à la discipline de la médecine qui, à son tour, peut toujours fournir des interventions et des explications. La résistance à la médicalisation est un thème de recherche important étant donné son déploiement et profondeur dans le mode de vie actuel. La psychiatrie française propose des résistances singulières au hyper diagnostic de TDAH, une expression de la médicalisation. Le travail de terrain a été réalisé en France et a cherché des articulations avec l'affrontement brésilien. L'objectif général de cette recherche est de saisir le sens de la résistance à la médicalisation de façon à élargir la compréhension de ce phénomène. Pour cela, deux apports de données ont été utilisés: l'analyse de document des collectifs "Pas de O de conduite pour les enfants de trois ans", "L'Appel des Appels" et "Stop-DSM", et l'analyse des entretiens avec de professionnels de la santé française. Pour cette analyse, nous avons utilisé l'Herméneutique de la Facticité. Les entretiens ont été réalisés dans un format de réseau: dans chaque conversation la chercheuse présentait des éléments qui avaient apparus dans les entretiens précédents de façon que la recherche elle-même puisse devenir un instrument de résistance, en collectivisant la discussion du thème. Ainsi, après l'étape du terrain, nous avons interviewé Manuel Vallée, de l'Université d'Auckland, dont l'article a été cité dans tous les entretiens. résultat, en partant des stratégies appréhendé dans le terrain, nous sommes parvenu à quatre principes fondamentaux de la résistance à la médicalisation en France: 1) La conception de l'homme en tant que possibilité d'être, c'est-à-dire quelqu'un toujours ouvert aux possibilités qui se présentent dans un futur indéterminé, qui résiste à la cristallisation d'un diagnostic; 2) la pluralité de pratiques et de méthodes de recherche qui coexistent de forme à faire une contraposition au monisme méthodologique; 3) la construction de réseaux en tant que stratégie d'affrontement à l'individualisation/biologisation des problématiques humaines; 4) les interventions multifocales, avec un soin multidisciplinaire considérant le contexte social, culturel et politique des usagers, comme affrontement à l'hyper prescription de médicaments influencé par des intérêt financiers dans le domaine de la santé. Dans le processus de médicalisation de la société, le lieu du vivre ensemble, c'est-à-dire la politique, laisse place à la science, qui règle désormais le mode dont les êtres doivent vivre, assurant les résultat de leurs modes de vie. Les principes fondamentaux de la résistance à la médicalisation appréhendés dans cette recherche, pointent vers le renforcement du champ politique, endroit où la vérité plurielle emporte, comme principal direction de cet affrontement.

Mots-clés: Médicalisation; Résistance; Phénoménologie.

LISTA DE SIGLAS

APA	Associação Americana de Psiquiatria <i>American Psychiatric Association</i>
API	Associação de Psiquiatras de Setor Infanto-Juvenil <i>Association des Psychiatres De Secteur Infanto-Juvénile,</i>
CAMSP	Centro de ajuda médico social precoce <i>Centres d'aide médico-sociale precoce</i>
CATTP	Centre d'accueil Therapeutique à Temps Partielle
CFTMEA	Classification Française des troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMP	Centro médico-psicológico <i>Centres médico-psychologiques</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
FFP	Federação Francesa de Psiquiatria <i>Fédération Française de Psychiatrie</i>
HAS	Alta Autoridade de Saúde <i>Haute Autorité de Santé</i>
INSERM	Instituto Nacional de Saúde e da Pesquisa Médica <i>Institut National de la santé et de la recherche médicale</i>
MDPH	Centro regional de pessoas especiais <i>Maison Départementale des Personnes Handicapées</i>
PDC	Não ao zero de conduta para crianças de três anos <i>Pas de Zéro de Conduite pour les Enfants de Trois Ans</i>
PMI	Proteção materno-infantil <i>Protection Maternelle et Infantile</i>
RBP	Recomendações de Boas Práticas <i>Recommandations de bonne pratique</i>
SAB	Serviço de Acolhimento aos bebê
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	233
2.1 Considerações sobre o método fenomenológico	233
2.2 Circunscrevendo o fenômeno dos movimentos de resistência à medicalização no campo da política	28
3. O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO DA RADICALIDADE DA ABERTURA TÉCNICA PARA O MUNDO E A RESISTÊNCIA A ELE	33
3.1 A medicalização da vida	33
3.1.1 A medicalização na História	36
3.1.2 A medicalização na sua radicalidade atual.....	41
3.1.3 A norma: o saber médico como autoridade.....	43
3.2 O paradigma metafísico: condição para a era da técnica	47
3.3 A era da técnica	53
3.3.1 A Ciência Natural.....	59
3.3.2 A técnica assume pelo homem o cuidar de si.....	62
3.4 Resistência? Do que se trata?.....	63
3.4.1 Resistência à medicalização, resistência política	68
3.4.2 Nesta perspectiva será possível resistir à medicalização?.....	73
4. CONDIÇÕES DO PERGUNTAR PARA QUE O FENÔMENO POSSA MOSTRAR-SE A SI MESMO EM SUA LIBERDADE	78
4.1 O recurso da entrevista como caminho em direção ao fenômeno	79
4.1.1 A escolha dos entrevistados	82
4.1.2 Análise Fenomenológica Hermenêutica.....	86
4.1.3 A sistematização para análise das entrevistas	88
4.2 Análise documental	92
4.2.1 <i>Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans</i>	92
4.2.2 <i>L'Appel des Appels</i>	93
4.2.3 <i>Stop-DSM</i>	93
5 A RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO NOS COLETIVOS FRANCESES: PAS DE ZÉRO DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE TROIS ANS, L'APPEL DES APPELS E STOP-DSM	95
5.1 <i>Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans</i>	95
5.1.1 Origem.....	95
5.1.2 Modo de organização do Coletivo	98
5.1.3 Publicações.....	98
5.1.4 Principais pontos de discussão e reflexão do Coletivo <i>Pas de Zéro de Conduite</i>	102
5.1.5 Diálogos com o Brasil	109
5.1.6 Análise da petição do <i>Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans</i> : um instrumento de resistência	109
5.2 <i>L'Appel des Appels</i>	114
5.2.1 Origem.....	114
5.2.2 Modo de organização do coletivo	116

5.2.3 Publicações	116
5.2.4 Principais pontos de discussão e reflexão do <i>L'Appel des Appels</i>	119
5.2.5 Diálogos com o Brasil	123
5.2.6 Análise do manifesto do <i>L'Appel des Appels</i> : um instrumento de resistência	123
5.3 <i>Stop-DSM</i>	124
5.3.1 Origem.....	124
5.3.2 Modo de organização do Coletivo	125
5.3.3 Publicação	126
5.3.4 Principais pontos de discussão e reflexão do <i>Stop-DSM</i> e análise do manifesto do <i>Stop-DSM</i>	127
5.3.5 Relações com o Brasil	138
5.4 Retomando as resistências.....	139
6. A RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRANCESES	142
6.1 Contexto histórico, social e político	143
6.1.1 A dimensão histórico-política da resistência.....	143
6.1.2 O contexto atual	150
6.1.3 A dimensão da prática da resistência	157
6.2 Principais pilares de sustentação da resistência à medicalização na França	166
6.2.1 Concepção de homem enquanto ser em construção, aberto para novas possibilidades	167
6.2.2 Pluralidade nas pesquisas e práticas em saúde e saúde mental	176
6.2.3 Redes e coletivos	189
6.2.4 Intervenções multifocais e cuidado multidisciplinar considerando o contexto social, cultural e político dos usuários	195
6.3 Ampliando o debate sobre a resistência à medicalização: entrevista com Manuel Vallée.....	201
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	212
REFERÊNCIAS	229
APÊNDICE A – UNIDADES DE SENTIDO PRESENTES NAS ENTREVISTAS	244
APÊNDICE B - UNIDADES DE SENTIDO ENCONTRADAS NA ENTREVISTA COM MARIE LAURE CADART AGRUPADAS EM FORMATO DE TABELA	248
APÊNDICE C - CONSTELAÇÕES FORMADAS PELAS UNIDADES DE SENTIDO EM QUATRO ENTREVISTAS APRESENTADAS.	254
APÊNDICE D –CONCEPÇÕES DE RESISTÊNCIA APRESENTADA PELOS ENTREVISTADOS ..	275

1 INTRODUÇÃO

Ela perguntou-lhe: não te curas. E ele disse: não. E ela disse: não pareces doente. E ele disse: pois não. E ela disse: deve ser porque não estás doente. E ele disse: não sei. E ela disse: haviam de inventar um comprimido. E ele disse: pois haviam (MÃE, 2012, p. 124).

Atualmente, a individualização e a “tecnocratização” de problemáticas complexas e coletivamente determinadas é um processo cada vez mais frequente. Esse movimento tem se intensificado e atinge grande parte, senão toda a sociedade ocidental.

Buscam-se soluções imediatas individuais para adoecimentos que se estabelecem socialmente: atendimentos, remédios, lexotans, ritalinas, florais, nutricionistas, psicólogos, especialistas... como formas de enfrentar um funcionamento social em que se intensificam a competição, o consumo, a necessidade de mais e mais e a sensação de que, se não conseguimos algo, é porque nos faltou força individual para lutar (MACHADO, 2011, p. 65).

No Brasil, observa-se o crescimento vertiginoso do consumo de *metilfenidato*, medicamento utilizado geralmente para tratar a desatenção nos casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cujo diagnóstico e tratamento são motivo de grandes polêmicas no campo da saúde mental, conforme analisam vários trabalhos nacionais e internacionais, com destaque para ampla revisão sobre o tema realizada por pesquisadores canadenses a pedido da *Agency for Healthcare Research and Quality* (2011). De 2009 a 2011 aumentou em 75% o consumo do *metilfenidato* em crianças com idade de 6 a 16 anos “segundo Boletim de Farmacoepidemiologia da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)”, divulgado em 18/02/2013 (ANVISA, 2013). A utilização de psicofármacos em situações de dificuldades escolares, bem como de mau comportamento, sem que se analisem as condições sociais, culturais, pedagógicas ou familiares, insere-se no fenômeno da medicalização da educação e da sociedade.

O fenômeno da medicalização organiza, hoje, o modo como o homem vive e se compreende. Desde os anos 70 muitos autores discorreram sobre esse processo. Na última década esse tema ganhou destaque em diversos artigos e foi abordado a partir de referências diversas. Trata-se de um fenômeno que historicamente assume diferentes conotações e significados (CARVALHO et al., 2015; CAMARGO, 2013).

Originalmente o termo “medicalização” foi abordado por Irving Zola (1972), que observou que a medicina estava se tornando a principal instituição de controle social, deixando de lado ou mesmo incorporando instituições mais tradicionais como a religião e a lei. Ele apresenta o tema de forma complexa, indicando a corresponsabilidade da disciplina da medicina e da sociedade nesse processo: “Conforme afirmado, no início esta ‘medicalização

da sociedade' é tanto resultado do potencial da medicina quanto é o desejo da sociedade de que a medicina use este potencial" (ZOLA, 1972, p. 477, tradução nossa). Peter Conrad (2005) é preciso em sua definição, indicando que esse processo seria a transformação de problemáticas gerais, antes não consideradas médicas, em questões formuladas a partir da linguagem e do saber médico e/ou com possibilidade de tratamento médico¹. Outro autor importante que aborda o tema em seus primórdios é Ivan Illich (1975), que parte de uma visão diferente de Conrad. Ele aponta os problemas do funcionamento das instituições do saber e do poder médico, apresentando a noção geral de imperialismo médico e utilizando o conceito de "medicalização da vida". Nessa mesma perspectiva, Moysés e Collares (2010), duas das fundadoras do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, apresentam a medicalização como a naturalização da vida. Trata-se de um processo que submete todas as relações socialmente constituídas e construídas historicamente às leis da natureza. Com Foucault (1988), compreende-se que a medicalização constitui e é constituída pela emergência da medicina moderna e que traz engendramentos importantes, de modo que "a história da espécie humana não fica indiferente à medicalização" (FOUCAULT, 1988, p. 13, tradução nossa), ela é transformada pelas suas produções e vice-versa.

Mais recentemente, encontramos artigos que debatem essas diferentes perspectivas do conceito de medicalização a fim de reencontrar a sua potência. Entende-se que o processo de medicalização é complexo e, além de produzir a patologização da vida, também pode ser analisado

nessa perspectiva crítica, não como uma tentativa de impor uma forma de recodificação das dores e angústias humanas, mas uma produção humana que, ao longo dos últimos séculos, foi capaz de engendrar uma variedade de respostas e distintas tecnologias que visam atender a variadas necessidades humanas (CARVALHO et al., 2015, p. 1.259).

A medicalização das problemáticas pode seguir uma conotação ética positiva (CAMARGO, 2013) – isto é estar responsável e compromissada com o benefício da saúde da população – ou negativa, em situações em que outros interesses alheios ao paciente e ao campo da saúde operem na compreensão dos sintomas, sofrimento e das propostas terapêuticas. Camargo (2013) apresenta um exemplo em que o compromisso ético no processo de medicalização está presente.

Antes de 1981 a AIDS e o HIV não existiam no horizonte do conhecimento médico; após o relato de dois agregados de doenças previamente não identificadas em grupos semelhantes – homens jovens, homossexuais, previamente saudáveis – desencadeou-

¹ "A essência da medicalização tornou-se uma questão sobre o modo como definimos as problemáticas: definindo um problema em termos médicos, frequentemente como uma doença ou desordem, ou usando uma intervenção médica para tratar isto" (CONRAD, 2005, p. 3, tradução nossa).

se um processo de investigação que, num tempo relativamente curto, forjou e estabilizou uma nova categoria diagnóstica, produziu um mecanismo explicativo, identificou o agente infeccioso a cuja ação foi atribuída a origem da doença, desenvolveram-se testes e finalmente medicação capaz de prolongar consideravelmente a vida dos acometidos (CAMARGO, 2013, p. 845).

De outro lado, houve a tentativa de criação do diagnóstico de “disfunção sexual feminina”, que era fortemente sustentado pelo retorno comercial que ele poderia acarretar (CAMARGO, 2013).

Esse é, portanto, um primeiro desafio que o conceito de medicalização, tal como proposto por Conrad, nos lança: examinar em casos concretos como se dá a (re)construção ou expansão de categorias diagnósticas, explicitando os processos subjacentes e expondo a contribuição de interesses desconectados do ou mesmo contrários ao bem-estar das populações (CAMARGO, 2013, p. 845).

Nesta pesquisa o tema de medicalização foi pensado a partir da referência metodológica da fenomenologia. Assim, buscamos analisar as estratégias de resistência à medicalização, olhando para seus aspectos singulares provindos do material coletado em campo: análise documental e de entrevistas com profissionais da saúde.

A fim de realizar uma análise crítica sobre a medicalização e a resistência a ela, utilizaremos principalmente as ideias de Heidegger, que no início do século passado chamava a atenção para o modo cada vez mais técnico de o homem ocidental compreender o mundo. O filósofo explicita o seu entendimento da palavra técnica a partir da palavra grega *téchne* e de seu contexto, a qual designa ter conhecimento na produção (HEIDEGGER, 1972), ou seja, trata-se de assegurar certos resultados em um processo, seria o controle da produção. Vivemos hoje na era da técnica, na qual temos a impressão de que basta seguirmos os procedimentos que chegaremos aos resultados previsíveis e desejáveis. Segundo Critelli (2007), essa é a perspectiva de aplicabilidade do conhecimento que visa a um sistema de controle, garantindo, assim a submissão do objeto. Dessa forma, o desvelamento do mundo próprio da era da técnica tende a reduzir questões complexas, por meio de procedimentos decididos previamente. Essa é também a lógica da medicalização. Com tal embasamento teórico, compreendemos que a medicalização expressa um processo que busca controlar, assegurar, padronizar e prever os fenômenos multideterminados do ser humano, submetendo a complexidade destes à disciplina da medicina, que sempre poderá oferecer-lhes intervenções e explicações. Trata-se de um modo técnico de desvelamento de mundo. Nessa perspectiva, a resistência à lógica da medicalização não se restringe às classificações diagnósticas e à extensão de suas categorias.

Dada a vastidão e a profundidade do processo de medicalização na sociedade somada aos engendramentos diversos decorrentes desse processo, investigaremos as estratégias de

resistência à medicalização. Esta última pode ser traduzida pelo movimento de patologização dos fenômenos humanos, na qual há a falta de compromisso ético com o paciente.

A presente pesquisa teve um percurso vivo e fluido, permitindo que o modo de interrogar o fenômeno da medicalização se transformasse de acordo com a experiência de pesquisa. A investigação foi iniciada no programa de mestrado e se transformou em doutorado direto após a qualificação. Na busca por produções sobre o tema da resistência à medicalização, deparei-me inicialmente com as referências trazidas pelo grupo brasileiro de enfrentamento à medicalização, o Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade. Concomitantemente ao crescimento do consumo de medicamentos na infância no Brasil, esse grupo se formou articulando-se politicamente e se contrapondo ao processo de medicalização. O Fórum articula diversos profissionais, em parceria com mais de quarenta entidades, de diversas origens: associações, universidades, conselhos profissionais, sindicatos, parlamentos, ONGs, movimentos sociais, com destaque para o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, organizando seminários internacionais, livros e vídeos, entre outras ações. Trata-se de uma das formas de enfrentamento que foi possível surgir em São Paulo e hoje se expande pelo Brasil.

Desde sua fundação, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade tem por princípios fundamentais a crítica e enfrentamento dos processos de patologização da vida e da política e o acolhimento das pessoas que sofrem e vivenciam esses processos, na defesa intransigente das diferenças e no combate radical das desigualdades (COLLARES, MOYSÉS, RIBEIRO, 2013, p. 18).

Após uma busca aprofundada sobre a resistência à medicalização, encontrei a produção do professor da universidade de Auckland na Nova Zelândia, do departamento de sociologia, Manuel Vallée, que tem como campo de pesquisa a sociologia da medicina e do diagnóstico. Em seu artigo: *Resisting American Psychiatry: French Opposition to DSM-III, Biological Reductionism, and the Pharmaceutical Ethos*², esse pesquisador evidencia aspectos de resistência da psiquiatria francesa ao modo de pensar da psiquiatria americana, esta última baseada fortemente no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual – DSM*). Na França, observam-se práticas que tendem a resistir à patologização de comportamentos e sofrimentos (VALLÉE, 2011). Um exemplo disso é a *Fédération Française de Psychiatrie*³ (FFP) ter comandado uma força-tarefa para o desenvolvimento de um sistema de classificação alternativo para os clínicos franceses em

² “Resistindo à psiquiatria americana: Oposição Francesa ao DSM III, reducionismo biológico e ethos farmacêutico”.

³ Federação Francesa de Psiquiatria.

resposta ao crescimento da influência do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM) na França (VALLÉE, 2011).

A *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent*⁴ (FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, 2000) dá ênfase a um entendimento psicossocial e encoraja o clínico a identificar os fatores psicológicos e sociais que contribuem para a doença mental (VALLÉE, 2011). Na comparação entre o sistema diagnóstico DSM e a CFTMEA, Vallée analisa que estes sistemas diferem em 3 aspectos significativos: a orientação teórica (biológica no DSM e psicodinâmica na CFTMEA), no modo de leitura dos sintomas (o DSM tem uma compreensão dos sintomas quantitativa e a CFTMEA busca compreendê-los) e na presença de um checklist de sintomas (no DSM está presente e na CFTMEA não). A criação da CFTMEA foi uma das formas de enfrentamento à medicalização que teve lugar na França, entre outras, como os coletivos e os serviços de atendimento que apenas por existirem apontam para uma direção diferente do processo medicalizante.

A partir disso, consideramos que a França seria um local privilegiado para essa investigação. De início, a intenção de estudo era conhecer movimentos de resistência à medicalização que aconteciam na França e pensar articulações possíveis com os movimentos brasileiros que defendem a não patologização da vida. A decisão de ter a França como campo de pesquisa foi tomada a partir da leitura do artigo de Vallée, que disparou outras investigações sobre a resistência francesa ao processo de medicalização.

A fim de ir para Paris fazer parte da pesquisa que constituiria, naquele momento a minha Dissertação de Mestrado, encaminhei-me à secretaria de Cooperação Internacional do Instituto de Psicologia para me informar sobre o trâmite necessário. No processo de internacionalização da Universidade de São Paulo, vários convênios encontram-se estabelecidos, entre eles com a Universidade Paris Diderot – Paris VII, coordenado pelo Prof. Dr. Nelson da Silva Junior, que me apresentou, por ocasião de um evento no IPUSP, ao diretor da *École Doctorale* da Paris VII, Christian Hoffmann, que se responsabilizou por me receber nessa Universidade.

Chegando em Paris, após uma reunião com o Prof. Hoffmann, combinamos que ele me indicaria para um estágio com a psicanalista Marie Christine Laznik, por intermédio do

⁴ A Classificação Francesa de Transtornos Mentais de Crianças e Adolescentes na sua introdução afirma que busca manter uma perspectiva dinâmica, estrutural, evolutiva que considere as particularidades da patologia mental na infância e na adolescência, de modo que as categorias diagnósticas não são compreendidas como fixas e podem ser olhadas de variadas perspectivas. As abordagens teóricas utilizadas na CFTMEA excluem as explicações reducionistas de ordem clínico-etiológicas. “A CFTMEA leva em conta aspectos próprios da infância e do adolescente que estão ausentes ou pouco desenvolvidos nas classificações generalistas (DSM, CID)” (MISÉS, 2012, p. 11 tradução nossa).

qual eu poderia ter contato direto com o tratamento de crianças consideradas agitadas ao acompanhar suas sessões em um centro de consultas de Paris. A partir desse encontro e após vários procedimentos cumpridos, pude me inscrever na Universidade, no programa *Master 2 Recherche* na modalidade *Psychanalyse et Médecin*. Deveria então cursar as três disciplinas oferecidas.

Paralelamente a esses ajustes, desde a chegada a Paris, contei com um encontro mensal com minha orientadora, Marilene Proença, por Skype, para discutirmos a pesquisa. Esses momentos foram de extrema importância, pois me obrigaram a fazer um movimento de afastamento e aproximação em relação à pesquisa como um todo, traçar os rumos do trabalho de campo e tomar decisões a respeito das formas de me aproximar do tema da pesquisa. A ideia de fazer entrevistas com profissionais da saúde ligados a grupos de resistência à medicalização na França era um projeto desde o momento em que focalizamos a rede de resistência à medicalização. Como será relatado mais à frente, expandimos as entrevistas para profissionais da saúde ligados ou não a movimentos de resistência, mas abordávamos como cada entrevistado compreende o fenômeno da medicalização, a resistência a esta e como observa esse processo no seu cotidiano profissional.

Conforme o encaminhamento do professor Hoffman, entrei em contato com a psicanalista Marie Christine Laznik para o possível estágio. Após alguns trâmites, como carta de motivação etc., consegui a vaga de estagiária no Centre Alfred Binet. A proposta era que eu participasse do serviço de prevenção precoce, no atendimento de bebês com risco de desenvolver o autismo, filmando os atendimentos da psicanalista Marie Christine Laznik. Ao presenciar o atendimento de pais e bebês na prevenção precoce do autismo, experienciei um acompanhamento clínico aprofundado dos casos que chegavam ao serviço. O atendimento contava com toda uma rede de profissionais envolvidos na proposta de tratamento com intervenção em diversos níveis e por meio de diversas disciplinas do conhecimento integradas. Considero que esse modelo de atendimento consiste em um modo de resistência ao movimento unideterminado da medicalização, ao pensar em intervenções complexas e profundas no atendimento.

Além disso, Christian Hoffmann me concedeu a participação em um curso de formação continuada na própria Paris VII. Assim, de dezembro a março uma vez por mês eu participei dessa formação (que durou um total de 24 horas) voltada para a compreensão psicanalítica dos transtornos cognitivos observados no âmbito escolar. Nesse curso, as intervenções feitas pelos professores convidados eram bastante ricas para o meu trabalho. Os meus colegas de classe eram, em sua maioria, psicólogos escolares e relatavam casos e

questões que apareciam no dia-a-dia profissional deles para serem discutidos em classe. Dessa forma, dois dos meus entrevistados foram pessoas que lecionaram nesse curso (as quais especificaremos mais adiante). Ademais, entreguei para os meus colegas desse curso, psicólogos escolares, questionários sobre sua prática profissional e a análise que poderiam fazer sobre os casos com que têm contato na escola. Alguns deles relataram nas aulas que a busca pelo curso de formação continuada em psicanálise tinha a finalidade de poder refletir sobre casos que não conseguiam aprofundar no local de seus trabalhos.

Em suma, o intercâmbio na França durou nove meses com intensas atividades, dentre as quais destaco a realização de oito entrevistas com profissionais de referência no atendimento a questões de desenvolvimento infantil; a aplicação de quatro questionários a psicólogos escolares (não utilizados nesta pesquisa); a realização de estágio em um centro de consultas; a participação como estudante estrangeira em três disciplinas na Universidade Paris Diderot – Paris VII e em um curso de formação continuada nessa mesma universidade. No Brasil uma última entrevista foi realizada e fez parte da análise, de modo que temos um total de nove entrevistas realizadas e analisadas (vide tabela 1 com todos os entrevistados na página 85).

Nesse caminho de pesquisa, o objetivo geral foi o de investigar o sentido de resistência à medicalização, considerando a experiência de coletivos franceses e dos profissionais da saúde como aqueles que propõem reflexões e ações, de modo a ampliar a compreensão desse fenômeno. Para tanto, o trabalho de campo se deu na análise do material dos coletivos e das entrevistas. A indicação de mudança de programa de pesquisa do mestrado para o doutorado direto se deu no momento da qualificação tendo como fundamento a extensão do material coletado em campo na França e a consistência metodológica. Enfim, diante do panorama que contextualizamos brevemente acima, colocam-se os seguintes questionamentos: como se configura a medicalização atualmente? Como acontece a resistência à medicalização na França? Qual o sentido dela?

Conforme apresentado, esta pesquisa se dá no paradigma da análise qualitativa e foi realizada a partir do método fenomenológico. Nessa perspectiva, o fenômeno de estudo é a resistência à medicalização na França. O trabalho será iniciado com uma breve seção de esclarecimento de alguns fundamentos metodológicos, que constituirão o ponto de partida para buscar os objetivos propostos, a saber algumas concepções da fenomenologia e a noção de política pensada a partir desse referencial. Em seguida apresentamos o capítulo teórico: “O processo de Medicalização como expressão da radicalidade da abertura técnica para o mundo e a resistência a ele”, no qual construiremos as bases para a ampliação da compreensão da

resistência à medicalização. Nesse capítulo, de início remonto o processo de medicalização na história e como ele se expressa na atualidade. Em seguida, busco compreender o fenômeno da medicalização a partir do olhar da fenomenologia e por último abordo os diversos sentidos do termo “resistência” para chegar a resistência à medicalização. Após a apresentação da base teórica que nos respalda, apresento as “Condições do perguntar para que o fenômeno possa mostra-se a si mesmo em sua liberdade”, que consiste no caminho percorrido de aproximação ao fenômeno.

Partimos então para a parte de análise do material coletado na França. Serão dois capítulos de análise. Em “A resistência à medicalização nos coletivos franceses: *Pas de Zéro de Conduite Pour les Enfants de Trois Ans*⁵, *L’Appel des Appels*⁶ e *Stop-DSM*⁷”, serão apresentados os coletivos que se formaram na França para resistir a políticas, nas quais também está presente o processo de medicalização. Abordaremos a história de cada um deles, sua forma de organização, os principais pontos de discussão e reflexão que eles trazem e as articulações com o Brasil. Além disso, será feita uma análise do manifesto de cada um desses grupos, considerando que este é um dos principais instrumentos de luta e resistência. No segundo capítulo dessa seção, “A resistência dos profissionais da saúde franceses à medicalização”, analisaremos as entrevistas realizadas com profissionais da saúde.

Considerando o processo de individualização das problemáticas coletivas como característica central da lógica da medicalização, pretendemos que o presente trabalho possa se configurar ele mesmo como uma resistência, ao articular reflexões e lutas que façam face a tal processo. Busca-se assim a contrapartida da individualização: a coletivização da luta. Uma das estratégias utilizadas para que isso aconteça, as entrevistas foram realizadas em formato de rede: a cada conversa eu apresentava elementos que surgiram nas entrevistas anteriores, de modo que a própria pesquisa se tornasse um instrumento de resistência, coletivizando as ideias apresentadas por cada profissional. Com essa perspectiva, por último entrevistamos o professor Manuel Vallée, da Universidade de Auckland, cujo artigo sobre a resistência da psiquiatria francesa ao hiperdiagnóstico do TDAH foi citado em todas as conversas com os franceses. Por meio dessa articulação, procuramos fortalecer a resistência. Buscamos compreender o sentido das práticas de resistência para os entrevistados e ampliar a compreensão sobre o processo de medicalização, contemplando a singularidade e as minúcias presentes nos movimentos de contraposição apreendidos. Por fim, nas considerações finais

⁵ Não ao Zero de Conduta para Crianças de Três Anos

⁶ Chamado dos Chamados

⁷ Pare DSM

apresentamos a condensação da análise, chegando a uma tese mais geral sobre o sentido de resistência ao processo de patologização da vida na França. A ampliação da compreensão da resistência à medicalização e seu sentido se mostra relevante ao fortalecer a existência de múltiplas formas de compreensão dos fenômenos humanos e do mundo além desta que tem o saber médico como prioritário.

2 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Ao entrar no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, em nível de Mestrado, meu projeto de pesquisa tratava sobre o tema da medicalização utilizando como referencial teórico-metodológico a fenomenologia. O tema central do trabalho e o método fenomenológico mantiveram-se ao longo da investigação. A decisão de realizar a pesquisa a partir desse referencial apresentou questões e trouxe forma para o trabalho, expondo as delimitações que foram transformando as ideias iniciais. Algumas considerações se fazem importantes para o adentramento no caminho dessa investigação e para iniciarmos do mesmo lugar de partida. Primeiramente, apresento algumas considerações preliminares sobre o método fenomenológico e em seguida abordaremos a concepção de política de que partimos, entendendo que o tema da presente pesquisa está inserido nesse âmbito. Tornou-se importante assegurar que os leitores e pesquisadores de outras abordagens compreendam os fundamentos dos quais parto, inclusive, porque o grupo de pesquisa, no qual esta estava incluída, tem como orientação teórica a Psicologia Histórico-Cultural. Além disso, a investigação sobre o sentido da resistência à medicalização foi pautada, principalmente, por algumas obras de Heidegger – *Ser e Tempo* (2007), *A questão da técnica* (2008) e *Seminários de Zollikon* (2009). Buscou-se transformar um pensamento filosófico em uma inspiração na presente pesquisa. A fenomenologia, além de perpassar o modo de interrogar o fenômeno, se tornou também um foco do trabalho, considerando que as linhas gerais dessa corrente filosófica, aqui apresentadas, constituem uma forma de resistência à medicalização.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO FENOMENOLÓGICO

A palavra fenomenologia tem como raiz *logos* e *fenômeno* (HEIDEGGER, 2007). O termo fenômeno vem da palavra grega *phainomenon* e esta é derivada do verbo *phainestai* (HEIDEGGER, 2007; MARTINS e BICUDO, 2005), que quer dizer “o que se revela, o que se mostra em si mesmo” (HEIDEGGER, 2007, p. 67). Já *logos* significa discurso, fala, palavra, que em estudo aprofundado Heidegger traduz por um deixar e fazer ver algo que se mostra (HEIDEGGER, 2007, p. 73). Assim, fenomenologia é “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (HEIDEGGER, 2007, p. 74). Stein (1996) expõe que com *logos* nos voltamos para a dimensão comunicativa do conhecimento e com fenômeno à singularidade, assim o método fenomenológico busca tratar, constantemente, de aspectos da singularidade e da universalidade.

Heidegger (2007), na tarefa de uma análise da natureza fundamental do homem, destaca seu caráter mais original, o de ser-no-mundo, por ele colocado como *dasein*. Com isso, ele quer dizer que o homem é sempre no mundo, não é separado, isolado, está sempre em relação com, “somos junto à”. O mundo é um caráter do *dasein* e este é caráter do mundo. Não existimos separadamente do mundo e dos outros. Outro modo de designar *dasein* é por Ser-aí termo que se refere ao homem enquanto originalmente aberto para o mundo, ser-no-mundo. Então, não há a prioridade do homem em relação ao mundo e nem do mundo em relação ao homem, ambos são compreendidos como constituintes um do outro e inseparáveis. Dessa forma,

tudo o que aparece para o homem aparece-lhe através de sua própria condição de ser-no-mundo. Portanto, jamais como mera presença. Não há, nesta ordem, nem o ser em si, nem o ente⁸ em si, ou nenhuma consciência em si, mas o ser tal qual ele se põe como questão, como tarefa no existir humano (CRITELLI, 2007, p. 56).

Na pesquisa fenomenológica, há uma superação da dicotomia sujeito – objeto, constituindo assim, o que chamamos de fenômeno. Critelli sublinha que com o termo fenomenologia estamos designando um modo específico de “dirigir-se para o real, identificando nele seu caráter de *fenômeno* e não de *objeto*” (CRITELLI, 2007, p. 9). Enquanto pesquisadora, ao estudar o fenômeno dos movimentos de resistência à medicalização e ao explicitar o meu posicionamento inicial – a compreensão de que esta seria algo nocivo e que mereceria resistência de todas as formas possíveis –, apresento o tema inserindo-me como parte do fenômeno, sem buscar uma realidade a ser encontrada independente do meu posicionamento. Ao longo da investigação, o pesquisador fenomenológico apreende o sentido do que se mostra a partir do lugar que se posiciona.

Portanto, o fenômeno é “o que se mostra em si mesmo... significa um modo privilegiado de encontro” (HEIDEGGER, 2007, p. 70). Dessa forma, o fenômeno não é algo em si – o dado –, ele está sempre inserido em um contexto, não se trata de um objeto empírico. Ao partir da superação da dicotomia entre sujeito e objeto, considera-se que o que algo significa (como a medicalização inserida nesse contexto) se mostra no seu próprio aparecer, há a coincidência entre o ser e seu aparecer (CRITELLI, 2007). No entanto,

O que aparece não apenas mostra, mas oculta e/ou desfigura. Essa possibilidade de ocultar e desfigurar, que o ente que se mostra tem, denota seu aspecto fenomênico. O mostrar-se do ente não é apenas um exhibir-se ou um pôr em patência aquilo que se desejaria ter de uma forma tangível. O mostrar-se é fenomênico porque ao mesmo

⁸Na filosofia, ente designa as coisas de modo geral, trata-se de um termo genérico. No dicionário da língua portuguesa encontramos “4. Fil. cada um dos múltiplos seres existentes e concretos da realidade circundante (os seres humanos, os seres vivos, os objetos do pensamento e da natureza etc.) que não se confundem com o ser em si, o Ser ou a realidade absoluta” (HOUAISS, 2001, p. 1.642).

tempo que algo se mostra está, também, ocultando algo de si mesmo (CRITELLI, 2007, p. 44).

Os procedimentos de investigação e análise deste estudo foram escolhidos, considerando o movimento fenomênico de circularidade, do mostrar-se e esconder-se próprios do fenômeno. Heidegger enfatiza em *Ser e Tempo* (2007) que, na mesma medida em que algo se mostra tal como é, mostra-se também como não é. A analítica do sentido “deve poder interrogar o ente sem retirá-lo de seu movimento fenomênico” (CRITELLI, 2007, p. 58). A opção pelo método fenomenológico busca garantir a apreensão desse movimento, que explicita que as coisas se mostram em uma perspectiva, sempre estamos olhando para um recorte. No método fenomenológico, leva-se em conta a finitude da compreensão. Quando um fenômeno é desvelado, ele nunca se esgota, estamos lidando sempre com uma perspectiva provisória e relativa de interpretação, tendo o tempo como horizonte (CRITELLI, 2007).

O pesquisador não é imparcial e alheio ao fenômeno que está estudando. Ele seleciona o observado a partir de sua concepção do processo estudado, sempre situado, e sua situação deve ser levada em conta, pois negá-la não tornaria a pesquisa mais exata e, pelo contrário, suporia a ideia de um objeto em si (ROCKWELL, 2011). “A fenomenologia põe em questão exatamente essa espécie de crença na unicidade da verdade e na busca de uma perspectiva de conhecimento que seja absoluta” (CRITELLI, 2007, p. 13). Na pesquisa fenomenológica, busca-se interrogar o fenômeno suspendendo uma compreensão prévia deste, sem se basear em princípios explicativos, teorias ou algo que defina o fenômeno previamente (MARTINS e BICUDO, 2005). Esse afastamento dos julgamentos e pré-conceitos significa conseguir reconhecer no discurso o que é próprio daquele que descreve. No caso da presente pesquisa, a escolha pela investigação dos movimentos de resistência à medicalização, que visa a ampliar o saber sobre o processo de medicalização, foi um esforço a mais na direção da suspensão fenomenológica com o objetivo de não ficar em uma polaridade a priori, de crítica ao processo de medicalização, sem levar em conta as diversas tensões que se apresentam nesse processo.

[...] o método fenomenológico não parte de uma teoria prévia: é o meu olhar e, ao mesmo tempo, quem eu olhei, que me levam à criação de um contexto de remetimentos; um contexto de remetimentos passível de ser enriquecido pelo estudo de outras ciências humanas (MACHADO, 2007, p. 144).

Com a suspensão, afirmamos que as descrições não são neutras, são descrições interpretativas. Até mesmo na escolha das palavras para descrever o que é observado, revela-se uma posição (MACHADO, 2007). Este trabalho partiu da crítica a uma sociedade imediatista e orientada pelo lucro, que tem uma leitura reducionista e rápida sobre as questões

humanas. Assim, antes de iniciar o estudo, a importância da não-medicalização nas relações humanas e na sociedade estava posta para a pesquisadora e esta seria a direção da pesquisa. Com o decorrer da investigação, deparei-me com a complexidade do processo de medicalização. Foi importante ter clareza da minha compreensão *a priori* para entender o movimento ocorrido na pesquisa.

Na busca pelo desvelamento do fenômeno, o pesquisador, que trabalha fenomenologicamente, orienta-se por um sentido, busca o sentido do fenômeno (MARTINS e BICUDO, 2005). Neste trabalho, investigaremos o sentido da resistência à medicalização. O sentido não está nas coisas em si, ele é sempre apreendido pelo humano a partir das coisas (HEIDEGGER, 2007). “Sentido é aquilo que sustenta a compreensibilidade de alguma coisa. Chamamos de sentido aquilo que pode articular-se na abertura compreensiva” (HEIDEGGER, 2007, p. 212). O sentido é encontrado pelo homem na sua abertura para o mundo, na sua compreensão. Apenas o ser-no-mundo pode apreender sentido, pois ele é o único aberto para o mundo.

A compreensão não é entendida como uma capacidade, ou atributo do ser humano. Ela “não se refere a processos cognitivos que permitem saber de si ou do mundo, mas se apresenta como poder ser, isto é, como desdobramento de possibilidades de ser em cada contexto de referência” (CARDINALI, 2011, p. 42). A relação que estabelecemos com algo é atravessada pelo sentido que esse algo tem para nós. De acordo com o pensamento fenomenológico heideggeriano, a compreensão se dá a partir de uma “rede de significação” (HEIDEGGER, 2007). Tudo o que se compreende já está remetido a outras referências, de modo que sempre se tem uma perspectiva. Assim, ao nos depararmos com uma pergunta de pesquisa, estamos atribuindo possibilidades para essa questão. Conforme dito, quando o fenômeno da resistência à medicalização se tornou o fenômeno de estudo desta pesquisa, já vislumbrávamos significados para esse fenômeno que se transformaram ao longo da pesquisa. Do mesmo modo, as entrevistas revelam a experiência e a história dos entrevistados, suas redes de significação que são norteadas por um sentido singular, e não por um entendimento afastado sobre o tema.

Quem quiser compreender um texto deverá sempre realizar um projeto. Ele projeta de antemão um sentido do todo, tão logo se mostre um primeiro sentido no texto. Esse primeiro sentido somente se mostra porque lemos o texto já sempre com certas expectativas, na perspectiva de um determinado sentido. A compreensão daquilo que está no texto consiste na elaboração desse projeto prévio, que sofre uma constante revisão à medida que aprofunda e amplia o sentido do texto. [...] a interpretação começa com conceitos prévios substituídos depois por conceitos mais adequados. Em suma, esse constante projetar de novo é o que perfaz o movimento semântico de compreender e interpretar (GADAMER, 2002, p. 75).

Na perspectiva da fenomenologia, compreender é articular, ou seja, algo só é compreendido em sua relação a um outro termo. “Os significados estão aderidos às coisas e são socializados, testemunhados e admitidos por todos nós. [...] Os significados nunca estão na coisa, mas no mundo humano, na trama de significados que é o mundo mesmo” (CRITELLI, 2007, p. 47). A compreensão como rede de significações é a base do método fenomenológico, pois indica, por meio de sua estrutura, que estamos sempre antecipando o sentido; ao estarmos “remetendo” as significações, nesses remetimentos sempre há uma perspectiva. “De acordo com o pensamento heideggeriano, tudo o que compreendemos o fizemos a partir de um lugar e através de um ver que projeta possibilidades para as coisas” (VIANNA, 2006, p. 23).

O sentido é para onde a perspectiva do círculo da compreensão aponta. A partir da pesquisa, é possível tecer uma nova “rede de significação” (HEIDEGGER, 2007) que abre novas possibilidades de compreensão da resistência à medicalização. O sentido é também o que orienta as intervenções em saúde mental de psiquiatras fenomenólogos. Na psiquiatria a postura fenomenológica teve um caráter de resistência às tendências mais organicistas dessa especialidade. Autores como Jaspers, Boss, Van der Berg, Ludwig Binswanger, Von Gebattel, E. Straus, Minkowski “desenvolveram uma psiquiatria a partir de fundamentos fenomenológicos-existenciais, reagindo, cada um ao seu modo, à psiquiatria ‘tradicional’ e explicativa” (GOMES, 2006, p. 146). Esses autores partilham da inquietação de repensar a psicopatologia tradicional e a psicanálise, tendo como referência uma compreensão de maior proximidade com o paciente, enfocando a experiência existencial das patologias denominadas mentais (CARDINALLI, 2012), e não a objetividade dos sintomas em si ou das categorias diagnósticas dos manuais psiquiátricos.

A psiquiatria fenomenológica, de maneira geral, se caracteriza por se afastar da fundamentação teórica da Ciência Natural e buscar na filosofia existencial uma possibilidade de compreensão das doenças (CARDINALLI, 2012). A descrição da experiência existencial das doenças mentais, contextualizadas na história de vida de cada um é a fonte de compreensão desses psiquiatras, que pensam suas intervenções baseados no sentido do sintoma dentro da vida de cada paciente. Dessa forma, parte-se da superação da dicotomia entre psique e corpo, de modo que o aspecto fisiológico não é prioritário, e, parte-se também, da compreensão que o tempo existencial não é linear, não respondendo assim à lógica causal (GOMES, 2006). Por isso, esse modo de aproximação das doenças mentais pode ser considerado uma forma de resistência à medicalização.

Partindo da concepção de homem como ser-no-mundo, entendemos que o homem se constitui enquanto tal com outros homens e dentro do mundo. No processo de pesquisa, tornou-se importante esclarecer a nossa compreensão do que é o campo político à luz de uma leitura fenomenológica, considerando que, ao aproximarmo-nos do fenômeno da resistência à medicalização da sociedade, estamos consequentemente implicando nosso estudo ao âmbito político.

2.2 CIRCUNSCREVENDO O FENÔMENO DOS MOVIMENTOS DE RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO NO CAMPO DA POLÍTICA

A política é expressão da condição de que o homem é com os outros e está fadado a cuidar de seu próprio ser. A palavra política, no dicionário de etimologia, designa “Tudo aquilo que diz respeito aos cidadãos e ao governo da cidade, aos negócios públicos” (JAPIASSÚ e MARCONDES, 1996, p. 215). Sua origem advém do grego *polis*⁹, e o que distingue a convivência dos homens na *polis* de outras formas de convivência é a liberdade (ARENDT, 2004). Utilizarei a concepção de política elaborada por Hannah Arendt, considerando que ela é uma filósofa que dialoga com o pensamento da fenomenologia, foi aluna de Heidegger e destinou grande parte de seus estudos para pensar o tema da política. O posicionamento político de Heidegger no período do nazismo é uma questão polêmica na fenomenologia, tornando-se, algumas vezes, não-dita. O presente trabalho não se propõe a tratar desse tema, no entanto, ao iniciar as reflexões sobre o tema da política, tornou-se importante abordar, mesmo que brevemente, as controvérsias em torno da posição política de Heidegger durante o regime nazista. De fato, ele se filiou ao partido Nacional Socialista ao se tornar reitor da Universidade de Friburgo em 1933, cargo em que permaneceu até 1934 (RICHARDSON, 1981). Além disso, o filósofo passou toda sua vida sem dar declarações sobre o período do nazismo. Heidegger concedeu em 1966, uma entrevista à revista *Der Spiegel* sobre seu posicionamento político com o contrato de que esta apenas poderia ser publicada postumamente, o que aconteceu em 31 de maio de 1976 (RICHARDSON, 1981). Nesta declaração, Heidegger alega que estava alheio à situação política até assumir a reitoria, pois passava muito tempo nas montanhas. O filósofo conta que não se interessava por política no momento em que foi nomeado para ser reitor da Universidade. Heidegger renunciou a este

⁹“A organização da *polis*, fisicamente assegurada pelos muros que rodeavam a cidade, e fisionomicamente garantida por suas leis – para que as gerações futuras não viessem a desfigurá-las inteiramente – é uma espécie de memória organizada” (ARENDT, 2007, p. 210).

cargo, quando o partido exigiu que os alunos nomeados por ele como participantes da administração da Universidade fossem substituídos por membros do partido. Na entrevista, Heidegger assume que chegou a pensar que o regime nazista seria uma solução para a situação política da Alemanha, dada a crise de representatividade pela qual passavam. Entendo que, ao ficar alheio à dimensão política de sua época, Heidegger escolheu um posicionamento grave frente ao regime nazista, dando legitimidade e participando desse governo ao ocupar o lugar de reitor de universidade por dois anos. As ideias desse autor me foram apresentadas nos últimos anos da graduação em psicologia na PUC-SP, após ter passado por dois anos de introdução ao pensamento da fenomenologia. Assim como os professores que me apresentaram o pensamento de Heidegger e autores como Rorty (1997) e Rothman (2014), compreendo que as ideias expostas nas obras do filósofo utilizadas nesta pesquisa não apresentam uma concepção de mundo que defenda o nazismo, de modo que a articulação dessas ideias pode, inclusive, defender o oposto, a saber, a coexistência de uma pluralidade. Partiremos do pensamento de Arendt sobre política, o qual dá subsídios para a compreensão do sentido da resistência à medicalização.

Tanto o fenômeno da medicalização quanto o dos movimentos de resistência a ela têm como prerrogativa que os homens vivem juntos, pensam sobre si mesmos e sobre o modo de se cuidarem. O campo político é o campo que ultrapassa a vida individual, do lar, e inaugura a possibilidade de pensamento do viver em conjunto, do comum (ARENDT, 2007). Nesse campo, a vida deixa de ser limitada ao processo biológico, das necessidades de sobrevivência, e o que é comum a todos os homens passa a ser o foco nesse espaço, fundamentalmente, coletivo (ARENDT, 2007).

O que todos os filósofos gregos tinham como certo, por mais que se opusessem à vida na pólis, é que a liberdade situa-se exclusivamente na esfera política; que a necessidade¹⁰ é primordialmente um fenômeno pré-político, característico da organização do lar privado; e que a força e a violência são justificadas nesta última esfera por serem os únicos meios de vencer a necessidade – por exemplo subjugando escravos – e alcançar a liberdade (ARENDT, 2007, p. 40).

Em contrapartida, dentro do lar seria possível um poder despótico¹¹ com a função de garantir que as necessidades vitais fossem supridas. O campo político está na esfera pública, da aparência em que tudo pode ser visto e ouvido por todos: constitui a realidade (ARENDT, 2007, p. 59). No espaço público os homens aparecem uns aos outros, falam e são ouvidos, a estrutura dialógica é imprescindível para que esse lugar se configure. Tal espaço designa o

¹⁰ A necessidade seria o imprescindível para a manutenção da vida, para a sobrevivência.

¹¹ “[...] o domínio absoluto e incontestado e a esfera política propriamente dita eram mutuamente exclusivas” (ARENDT, 2007, p. 37).

próprio mundo, na medida em que este é comum a todos os homens e intermedia a relação entre eles que ocupam posições diferentes.

Pois, embora o mundo comum seja terreno comum a todos, os que estão presentes ocupam nele diferentes lugares, e o lugar de um não pode coincidir com o de outro, da mesma forma como dois objetos não podem ocupar o mesmo lugar no espaço. Ser visto e ouvido por outros é importante pelo fato de que todos veem e ouvem de ângulos diferentes (ARENDT, 2007 p. 67).

O mundo comum é aquele que transcende a duração de nossa vida, o mundo que veio antes da nossa chegada e que permanecerá após a nossa morte. Arendt (2007) marca a dicotomia entre o público e o privado, o campo político e o familiar:

O ser político, o viver numa *pólis*, significava que tudo era decidido mediante palavras e persuasão, e não através de força ou violência. Para os gregos, forçar alguém mediante violência, ordenar ao invés de persuadir, eram modos pré-políticos de lidar com as pessoas, típicos da vida fora da *pólis*, característicos do lar e da vida em família, na qual o chefe da casa imperava com poder incontestes e despóticos... (ARENDT, 2007, p. 35).

No momento em que o homem consegue se colocar na posição dos outros e ultrapassa, desse modo, o estágio de estar apenas de acordo consigo mesmo ou com as próprias necessidades individuais, inaugura-se o âmbito da política, lugar do pensamento no plural (LAFER, 2001). Trata-se de um modo de organização que parte da pluralidade das diferenças. No campo político, se evidencia que há uma “interdependência universal” dos homens e a única condição para conseguir colocar-se no lugar dos outros é “o desinteresse, a liberação dos interesses privados pessoais” (ARENDT, 2007, p. 299). O pensamento em assuntos de caráter comum acontece “entre-os-homens”, fora de cada um deles, sendo esse espaço um pré-requisito para a emergência da política (ARENDT, 2004, p. 23).

A política existe como um espaço potencial, é uma possibilidade e depende da reunião dos homens no espaço da aparência, lugar onde é possível estarem dispostos a agir e falar entre si. Esse espaço precede toda a instituição formal da esfera pública ou modalidade de governo, de modo que desaparece quando os homens encontram-se isolados (ZILIO et al., 2012).

O diálogo é condição *sine qua non* para que o espaço político seja garantido, trata-se do campo em que palavra e persuasão entram em cena. A ideia de a política ser dialógica – seguindo o princípio da fenomenologia da superação da dicotomia entre sujeito e objeto – tem como subsídio a verdade plural e não monológica. A busca por uma validade universal, baseada na evidência, é o que permite que um governo totalitário vigore. Governos totalitários seriam considerados não políticos por Hannah Arendt. Nesse tipo de governo não há dois para

o diálogo e sim o uno, sem dois não é possível diálogo ou representatividade (ARENDT, 2001). O agir da política é um fazer constante que não tem validade universal.

O campo da Política é o diálogo no plural, que surge no espaço da palavra e da ação – o mundo público – cuja existência permite o aparecimento da liberdade. De fato, a consciência da presença ou da ausência de liberdade ocorre na interação com os outros e não no diálogo metafísico do eu consigo mesmo. [...] Política e liberdade, portanto, são coincidentes, porém só se articulam quando existe mundo público (LAFER, 2001, p. 21).

Hannah Arendt introduz o conceito de ação para designar o fazer político. A ação faz parte da condição humana. A ação acontece quando iniciativa e palavra podem ser rodiziadas e circular entre um grupo. Portanto, a política não existe em uma forma pré-determinada, como uma substância, mas tem alguns pré-requisitos, como a pluralidade, o diálogo, o espaço público, o desinteresse econômico e o interesse pelo comunitário, para que esse espaço exista. É desta forma que “A política surge no intra-espaço e se estabelece como relação” (ARENDT, 2004, p. 23). A Política:

se realiza a partir do momento em que a *igualdade* é enunciada como princípio regulador das relações que os homens travam entre si e com a *cidade* (polis) ou a *república* e se materializa na existência de um espaço público capaz de abrigar e dar luz à pluralidade dos seres que a integram. A existência desse espaço comum e povoado de iguais é pré-condição para que os homens experimentem a *liberdade* em sua dimensão tangível e pública, isto é, não como uma escolha privada da *vontade* de um indivíduo, mas como a capacidade política de romper automatismos do passado e iniciar algo *novo*, cuja instituição e durabilidade sempre exigem a *ação em concerto* (CARVALHO, 2014, p. 820).

A ação política inicia algo novo, tem a potência criativa, transformadora e não tem seus efeitos previstos quando é iniciada. Os homens nascem como iniciadores, a natalidade é o próprio princípio do começar, “e isto, naturalmente, é apenas outra maneira de dizer que o preceito da liberdade, foi criado ao mesmo tempo que o homem” (ARENDT, 2007, p. 190).

Buscamos aqui dar um breve delineamento para o âmbito político. Esses serão subsídios para pensarmos a resistência à medicalização. O espaço político se configura na discussão das perspectivas, dos diversos pontos de vista sobre o tema, de modo que a validação de que existe um ponto de vista absoluto destrói o espaço político. Veremos no próximo capítulo que a tradução de *alethéia* para *veritás* muda a concepção de verdade dos gregos, que é plural, para a noção dos romanos de verdade única e absoluta (HEIDEGGER, 2008). Os movimentos de resistência à medicalização são articulações políticas. Trata-se de pessoas que, no espaço público, buscam com suas ações influenciar no modo de cuidar de si e dos outros, para que a compreensão medicalizante não predomine como única forma de cuidado. Atualmente, no campo das políticas públicas de saúde, observamos políticas baseadas em trabalhos científicos médicos que são patrocinados por laboratórios

farmacêuticos, de modo que o acesso a informações científicas não está sendo preservado, a liberdade de opinião está em risco e o interesse econômico prevalece fechando o campo político (FRANCES, 2015). Ao lutarem por outra compreensão do ser humano, diferente das levadas em conta nos projetos biologizantes, lutam pela não unicidade de um ponto de vista. Os movimentos de resistência à medicalização, como veremos a seguir, lutam pelo restabelecimento do campo político, no qual há a superação de argumentos que se fundamentam na lógica individual, no econômico e no biológico.

Transformar o processo de resistência à medicalização em tema de estudo é trazer uma questão da prática política para o campo acadêmico. As resistências à medicalização se apresentam como um tema de pesquisa que pede um posicionamento político e acadêmico. Trata-se de uma busca pela reflexão sobre os movimentos que acontecem no cotidiano e sobre o que eles podem dizer acerca dos direcionamentos no modo de vivermos e cuidarmos de nós mesmos. O percurso da pesquisa foi se moldando como resistência à medicalização. Assim, o próprio conhecimento que está sendo construído também se materializa como instrumento de resistência.

3. O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO COMO EXPRESSÃO DA RADICALIDADE DA ABERTURA TÉCNICA PARA O MUNDO E A RESISTÊNCIA A ELE

No presente capítulo pretendemos fazer uma articulação entre o fenômeno da medicalização e a essência da técnica, tal como compreendida por Heidegger no texto “A questão da técnica” (2008). Partimos da ideia de que o processo de medicalização é um modo de compreensão dos fenômenos humanos que subjuga as multideterminações do humano à disciplina da medicina. O fenômeno da medicalização organiza, hoje, o modo como o homem vive e se compreende, de tal forma que este passa a ser constituinte da condição humana. Heidegger (2007) afirma que a humanidade do homem reside na sua essência de ser desvelador de mundo e de ter que cuidar do seu próprio ser, o que é realizado de muitas formas, inclusive no modo privativo, ou impessoal. Na atualidade, o modo vigente e geral de o homem cuidar de seu próprio ser é lançando mão da técnica (CRITELLI, 2011). Esta última, enquanto compreensão e modo de desvelamento de mundo, tem seu ápice na contemporaneidade, estamos na era da técnica, e é originada no paradigma da metafísica pós-socrática. Neste capítulo apresentaremos o conceito de medicalização e os fundamentos do paradigma metafísico, o qual é subjacente ao processo de medicalização entendido como uma expressão da compreensão da técnica e da ciência natural. Na segunda parte, exploraremos os sentidos do termo resistência visando a ampliar o sentido das possíveis resistências à medicalização em uma época em que a compreensão técnica é vigente.

3.1 A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Nesta seção construiremos as bases para a leitura do que denominamos a medicalização da vida. Desde a introdução do termo “medicalização” na década de 1960, muitos autores discorreram sobre o tema e, na última década, esse termo ganhou destaque em muitos artigos. Houve uma banalização do termo “medicalização”, que passou a designar uma pluralidade de sentidos (CARVALHO et al., 2015). Torna-se importante situar o significado que damos na presente pesquisa para “medicalização”, sabendo que esta, “enquanto um fenômeno social complexo, não deva ser compreendida em um sentido único e universal, tendo em vista que ela é um efeito de distintos processos e arranjos históricos sociais...” (CARVALHO et al., 2015, p. 1262). Compreendemos o termo medicalização como um modo de concretização do biopoder (FOUCAULT, 1976, 1988, 2000), da gestão técnica dos riscos (CASTEL, 1987), chegando a ser ela mesma constituinte do modo como o ser humano se

compreende e está no mundo atualmente (LIMA, 2005, DEL VOLGO e GORI, 2005; GUARIDO, 2008; CALIMAN, 2013).

Peter Conrad é um dos primeiros autores que abordam o conceito de “medicalização” em seu livro *Medicalization of Society*: “Medicalization” describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders”¹² (CONRAD, 1992, p. 4). Conrad entende a medicalização como a transformação das problemáticas multideterminadas e não médicas a questões de saúde individual. Trata-se de patologizar, diagnosticar no indivíduo algo oriundo do social. É importante esclarecer que o termo medicalização é diferente de medicação ou medicamento, que se refere ao “emprego de medicamentos ou de outros processos curativos, de acordo com determinada indicação ou orientação; tratamento terapêutico; medicamentação” (HOUAISS, 2001, p. 1836). Ou seja, trata-se de uma situação em que está estabelecido que há necessidade de medicamento para reestabelecer o estado de saúde da pessoa. O medicamento pode ser empregado em uma situação em que a medicalização está operando ou não.

Na história, o processo de medicalização se constitui como um organizador da vida em sociedade, que se alastra para as reflexões sobre todos os fenômenos humanos, sociais e individuais. O saber médico, ao evoluir, conquistando mais recursos técnicos, passa a explicar e propor soluções para conflitos dos indivíduos e da sociedade e, concomitantemente, há a demanda, por parte da população e dos governantes, por essas explicações e soluções. Trata-se de um processo em que todos os âmbitos dos fenômenos humanos podem ser explicados e receber intervenções baseadas no saber médico.

Na presente pesquisa, designamos saber médico o saber e olhar que funda a medicina como a conhecemos hoje, o qual, como veremos, se constituiu no final do século XVIII e início do XIX, inaugurando o primeiro discurso científico sobre o indivíduo (MOYSÉS, 2001). Antes desse processo, os loucos não eram discriminados dos delinquentes, todos os que desviavam da norma eram considerados possuídos, endemoniados (BASAGLIA, 1986). Assim, não existia diferença entre a prisão e o manicômio. A partir desse momento, o homem considerado são, mas que apresenta um comportamento desviado, é entendido como responsável pelo seu ato e o homem considerado louco é alienado (BASAGLIA, 1986).

a racionalidade positivista propôs-se a desencantar o mundo, a retirar o homem de um pensamento baseado em crenças, magias, feiticeiros e demônios, duendes e encantamentos, pela explicação racional de todas as coisas, todos os fenômenos, tudo que acontece na Terra (MOYSÉS e COLLARES, 2014, p. 36).

¹²“Medicalização descreve o processo por meio do qual problemas não-médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou distúrbios” (CONRAD, 1992 p. 4, tradução nossa).

O saber médico é estruturado a partir de dois métodos: o anátomo-clínico e o epidemiológico (MOYSÉS, 2001). Ambos são métodos que visam a tornar o visível no corpo do doente, enunciável, buscam uma “linguagem que possibilite a equivalência absoluta entre o significado (a doença) e o significante (o sintoma), absoluta porque sem resíduos” (MOYSÉS, 2001, p. 142). Para tanto, os dois métodos pilares da medicina buscam neutralizar os ruídos que podem interferir no olhar e interpretação do médico sobre o observado/escutado/apalpado.

Apesar de todo avanço científico e tecnológico que ocorreu desde o início do século XIX, a medicina apoia, ainda, sua estrutura conceitual em três eixos: anatômico, fisiológico e etiológico. É baseado nessa estrutura que o saber médico constrói seu processo diagnóstico, seus instrumentos, seus pressupostos, suas dificuldades; constrói, enfim, a si próprio, enquanto saber (MOYSÉS, 2001, p. 168).

O método anátomo-clínico controla as variáveis de cada indivíduo, cada corpo que terá suas singularidades na manifestação da doença, e o método epidemiológico, por sua vez, visa a controlar as variáveis das sociedades, em que a as epidemias ocorrem. Os dois métodos garantem uma certa assepsia para o olhar do médico, de modo que ele não seja perturbado pelas distorções ou variações dos modos como a doença se apresenta. Os fenômenos considerados distorções seriam a história individual do paciente ou as condições sociais em que a doença se manifesta. O saber médico busca identificar a doença tal como ela está descrita nos livros, considerando-a em sua natureza, ou seja, abstraindo as particularidades do corpo/sociedade em que a doença se manifesta.

Ao abstrair o doente, em suas individualidades, de seu campo perceptivo, do visível, ao considerar a doença como um acontecimento em uma série, a medicina irá debruçar seu olhar apenas para o genérico, o fato repetitivo – buscando as repetições para enxergar o genérico – afastando do campo visual tudo que possa perturbar a percepção desse genérico (MOYSÉS, 2001, p. 160).

É com esses pressupostos que a medicina elabora o primeiro discurso científico sobre o indivíduo, o que acarreta consequências que extrapolam o campo da saúde: a medicina “torna-se raiz constituinte de todas as ciências do homem” (MOYSÉS, 2001, p. 142). A busca pelo caráter científico da medicina coincide com a busca pela objetividade e neutralidade na sua prática, que vai transformando a relação entre médico e paciente, sujeito-sujeito, em uma relação sujeito-objeto e, na radicalidade dessa busca pela objetividade asséptica, chegamos à relação médico-paciente como objeto-objeto cumprindo o ideal de objetividade (MOYSÉS, 2001).

São essas condições que permitem o advento da psicologia e também o processo de medicalização generalizado como acontece na atualidade. Conforme discorreremos a seguir mais detalhadamente, o saber médico tem como objeto de estudo tudo o que está entre os dois

polos saúde e doença, da vida e da morte, além de tudo o que se encontra entre os polos do indivíduo e da sociedade. Trata-se de um saber que pode dizer sobre tudo, de modo que as sociedades modernas submetem-se a um processo contínuo e indefinido de medicalização (FOUCAULT, 1976). Passemos, então, para a história do processo de medicalização que tem como condição de desvelamento o desenvolvimento da ciência positivista.

3.1.1 A medicalização na História

Foucault realiza uma análise aprofundada do processo de medicalização e remonta sua produção histórica. Há uma mudança na forma de exercer o poder no século XVII e XVIII. Após a revolução francesa, a estrutura social deixa de ser explicada pelo poder de Deus. Nesse momento as técnicas de poder passam a ser “essencialmente centradas no corpo” (FOUCAULT, 2000, p. 288). O controle sobre os indivíduos em sociedade não é efetuado apenas pela consciência ou ideologia, e sim nos corpos e com os corpos (FOUCAULT, 1988). Trata-se do biopoder, que atua em dois eixos: o poder disciplinar sobre o indivíduo e os corpos e a biopolítica, que tem a população como alvo e instrumento, entendendo-a como espécie (MOREIRA, ROMAGNOLI et NEVES, 2007). O biopoder¹³ se fundamenta na lógica do “*faz viver e deixa morrer*”, superando a lógica do soberano “*faz morrer e deixa viver*”, que exerce seu poder na subtração da vida (FOUCAULT, 2000). O biopoder se expressa por meio da disciplina e da biopolítica.

O biopoder disciplinar impõe o modo como cada indivíduo deve cuidar de seu corpo: “A disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens na medida em que essa multiplicidade pode e deve redundar em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados, eventualmente punidos” (FOUCAULT, 2000, p. 289). Em contrapartida, a biopolítica preocupa-se com as taxas de natalidade, de morbidade e as incapacidades biológicas, trata-se da passagem de um adestramento do corpo para um adestramento da espécie.

São esses fenômenos que se começa a levar em conta no final do século XVIII e que trazem a introdução de uma medicina que vai ter agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população (FOUCAULT, 2000, p. 291).

¹³ O modo de exercer o poder moderno é o biopoder, “[...] poder que se incumbiu tanto do corpo como da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, com o pólo do corpo e o pólo da população” (FOUCAULT, 2000, p. 302).

O mecanismo implantado pela biopolítica é o da previsão, de estimativas estatísticas, de medições globais (FOUCAULT, 2000). Com a biopolítica, busca-se estabelecer mecanismos reguladores que vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase (FOUCAULT, 2000). Lembrando que os mecanismos da biopolítica e da disciplina se articulam e não se excluem.

Na formação dessa modalidade de exercício do poder, a medicina desempenhou e desempenha papel fundamental (FOUCAULT, 1976). O termo “medicalização” faz referência a esse processo que se caracteriza pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico (FOUCAULT, 1976). A medicina é o saber que reside na articulação entre a biopolítica e o biopoder disciplinar: “A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores” (FOUCAULT, 2000, p. 302). E o fármaco é um de seus dispositivos.

A regulamentação e normalização próprias do biopoder ganham função importante na Alemanha, no final do século XVIII, onde se iniciou um programa de polícia médica, no qual as taxas de natalidade e mortalidade tornaram-se um valor importante de comparação no mercantilismo internacional (FOUCAULT, 1988). Instalou-se a normalização da prática e do saber da medicina, por meio de uma organização que subordinava a prática dessa profissão a um poder administrativo superior e a integração de diferentes médicos em uma organização profissional do Estado (FOUCAULT, 1988). Dessa forma, o Estado foi o primeiro objeto de medicalização. A medicina do Estado tinha como foco o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da força deste, que concretamente consistia na reunião dos corpos dos indivíduos que o representam (FOUCAULT, 1988).

O segundo objeto da medicalização foi a cidade. Com a lepra e, posteriormente, a peste, a organização das cidades tornou-se fundamental para a garantia da saúde da população (FOUCAULT, 1988). A noção de salubridade, enquanto base material e social capaz de assegurar a melhoria da saúde aos indivíduos, é inaugurada (FOUCAULT, 1988). Nesse momento histórico, a higiene pública é a principal preocupação e, por isso, buscou-se o controle político-científico do meio, como uma técnica de modificação dos elementos do ambiente que podem favorecer a saúde (FOUCAULT, 1988). Então, no final do século XVIII, na busca pelo controle das epidemias, um novo campo de intervenção da medicina é inaugurado: o campo social (MOYSÉS, 2001).

A força de trabalho (exercida pelos pobres e trabalhadores) é o terceiro objeto de medicalização (FOUCAULT, 1988). A partir de 1830, compreendeu-se que a garantia da

saúde dos mais pobres era necessária para assegurar a proteção da população privilegiada e a força de trabalho constantemente ativa (FOUCAULT, 1988). Na Inglaterra, surge o *Health Office*, que garante o controle de vacinação e o registro de doenças e epidemias com o objetivo de controlar as “classes sociais necessitadas para que elas sejam aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes ricas” (FOUCAULT, 1988, p. 29, tradução nossa).

Assim, desde o século XVIII, o primeiro objeto de medicalização foi o Estado, o segundo a cidade e o terceiro, já no século XIX, a força de trabalho. Nesse processo histórico, observamos que o Estado se utilizou da medicina para ampliar as suas formas de gestão da população, garantindo um menor número de mortos com a peste, por exemplo. Dessa forma, a medicalização também produziu efeitos comprometidos com a saúde da população para a vida em sociedade (CARVALHO et al., 2015). A partir do século XIX, a medicina moderna se incube da tarefa de legislar o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é (FOUCAULT, 1976). Foucault (1976) compara os juristas dos séculos XVII e XVIII, que inventaram um sistema social dirigido por um sistema de leis codificadas, com os médicos do século XX, que inventaram uma sociedade da norma e não da lei (FOUCAULT, 1976). O código que rege a sociedade é a distinção permanente entre o normal e o patológico, a tarefa perpétua de restituir o sistema de normalidade (FOUCAULT, 1976). A medicina se configura, então, como uma estratégia biopolítica, sendo o corpo humano uma realidade da biopolítica¹⁴ (FOUCAULT, 1988).

No século XX, após a segunda guerra mundial, se consolida o direito à saúde, que vai além do direito à vida antes já garantido pelo Estado (FOUCAULT, 1976). O Estado se responsabiliza pela saúde dos indivíduos, de modo que esta se torna um gasto a ser considerado na macroeconomia e um objeto de luta política (FOUCAULT, 1976). Na década de 1940-1950, há o nascimento desse novo direito, nova moral, nova política e economia do corpo (FOUCAULT, 1976). “Desde então, o corpo do indivíduo se converte em um dos principais objetivos da intervenção do Estado, um dos grandes objetos dos quais o próprio Estado deve incumbir-se” (FOUCAULT, 1976, p. 154). Foucault (1976) denomina esse momento, em que há a combinação do avanço tecnológico e o novo funcionamento econômico e político da medicina de somatocracia.

A medicina do século XX é marcada pela ampliação do seu campo de atuação, que ultrapassa os limites das problemáticas das enfermidades e das demandas dos enfermos. “Com

¹⁴“Para a sociedade capitalista é o biopolítico que importava antes de tudo, o biológico, o somático, o corporal. O corpo é uma realidade biopolítica; a medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1988, p. 15, tradução nossa).

muito mais frequência a medicina se impõe ao indivíduo, doente ou não, como ato de autoridade” (FOUCAULT, 1976, p. 160). Um exemplo disso é o exame médico admissional, o qual não responde a uma demanda do enfermo e nem é realizado com o intuito de tratamento, trata-se de uma exigência do empregador que recebe a chancela médica de que o trabalhador é apto para exercer aquela determinada função (FOUCAULT, 1976). O comportamento sexual, a sexualidade, além das condições de salubridade, como saneamento da água etc., passam a ser objeto de intervenção médica. Desse modo, não apenas a doença e, sim a saúde é agora também um objeto de intervenção médica. A medicina passa a definir o modelo de homem que se enquadra na normalidade (MOYSÉS, 2001). “Com essa mudança de olhar, a medicina passa a abarcar toda a vida do ser humano, na doença e na saúde; portanto, todas as relações do homem, com a natureza ou com outro homem, são tomadas por objeto próprio à medicina” (MOYSÉS, 2001, p. 152).

Dessa forma, há uma grande mudança de posicionamento do campo da medicina na economia. Antes a dimensão econômica da medicina estava no fato de ela manter a força de trabalho dos trabalhadores constante e também melhorar a produção. Com o entendimento de que a saúde é, também, objeto de intervenção, a dimensão econômica da medicina se ampliou, ganhando a possibilidade de produzir diretamente riqueza na medida em que a saúde constitui um desejo para uns e lucro para outros (FOUCAULT, 1976).

A saúde desde que se converteu em objeto de consumo, que pode ser produzido por alguns laboratórios farmacêuticos, médicos etc. e consumido por outros – os doentes possíveis e reais – adquiriu importância econômica, e se introduziu no mercado. O corpo humano se introduziu duas vezes no mercado: a primeira pelo assalariado, quando o homem vendeu sua força de trabalho, e a segunda por intermédio da saúde (FOUCAULT, 1976, p. 165, tradução nossa).

A partir do momento em que a saúde se torna um produto comercializável, as leis do mercado se impõem nesse campo. A fabricação de demanda para o produto vendido se instala de maneira peculiar, pois o saber médico já não tem campo exterior a si mesmo. A saúde é um produto que pode ser vendido com muitas formas.

As diferenças que caracterizam e enriquecem a humanidade são tornadas transtornos. Desigualdades são escamoteadas, transformadas em doenças. As questões coletivas, de ordem política, social, econômica, cultural, afetiva, que afligem milhões de pessoas, são transformadas em individuais e reapresentadas como doenças, transtornos, distúrbios. Problemas políticos são tornados biológicos, inatos à pessoa (COLLARES et al., 2013, p. 15).

A ampliação dos limites do campo de atuação da medicina para tudo o que concerne a vida explicita o conceito de medicalização da vida. Até a oposição entre anti-medicina e medicina deixa de ser relevante, pois a ampliação sem limites do campo de atuação e do

conhecimento da medicina é o que está em jogo na medicalização, de modo que até a anti-medicina funciona de acordo com o discurso médico¹⁵ (FOUCAULT, 1976). Dessa forma,

na situação atual, o diabólico é que quando queremos recorrer a um campo exterior à medicina percebemos que já foi medicalizado. E quando se quer objetar a medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos isto se faz em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso (FOUCAULT, 1976, p. 163, tradução nossa).

Assim, não é possível falar, rigorosamente, em práticas não medicalizantes, considerando que o humano da modernidade vive sua própria condição atravessada pelas concepções da medicina. A medicalização orienta produzir a vida de acordo com certos ideais que estão presentes e incrustados no modo de vida da modernidade.

A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social. Mas vale aqui ressaltar que medicalização é antes um conceito que pode ser aplicado às diversas esferas da vida, associado a uma prática discursiva que revela a forte presença do saber médico no conjunto dos discursos sobre o homem, sua natureza e suas vicissitudes, a partir do século XIX (GUARIDO, 2008, p. 21).

A medicalização que ultrapassa os limites do campo da enfermidade e da demanda do enfermo extrapola também o limite temporal da intervenção no presente, por meio da ideia de prevenção. Castel (1987) descreve o movimento de instalação de um modelo administrativo da saúde pública, voltado para a previsibilidade e gestão dos riscos. As intervenções médicas passam a ser indicadas para prevenir enfermidades que “ainda” não se encontram lá.

As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem sobretudo preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos. Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados impessoais ou fatores (de riscos) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis [...] Assim, prevenir é primeiro vigiar, quer dizer, se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis (doenças, anomalias, comportamentos de desvios, atos de delinquência etc.) no seio de populações estatísticas, assinaladas como portadoras de riscos (CASTEL, 1987, p. 125).

O objeto de intervenção médico-psicológica na prevenção deixa de ser o indivíduo e passa a ser as estatísticas (CASTEL, 1987). Com a gestão técnica dos riscos, a medicalização ganha poder de alcance ainda maior e se constitui como um mecanismo importante da gestão

¹⁵ Foucault (1976) se refere à ideia de Ivan Illich (1975), que sugere práticas desmedicalizadas. Esse autor e seus seguidores criticam a medicina terapêutica que intervém para responder a uma sintomatologia e bloquear os sintomas aparentes da doença (FOUCAULT, 1976). Eles defendem uma arte desmedicalizada da saúde que cuida da higiene, da alimentação, do modo de vida. Foucault critica esta defesa porque, na sua análise todos esses campos seguem o mesmo funcionamento da medicina, a higiene, por exemplo, segue as regras da medicina e é preconizada por um médico. “A medicina nas últimas décadas, além de ocupar-se com outros aspectos distintos dos pacientes e com as enfermidades, começa a não ter campo exterior” (FOUCAULT, 1976, p. 162).

dos riscos sociais (CASTEL, 1987). As crianças e famílias definidas como de risco passam a representar uma “população estatística, objetivável com base em critérios precisos” (CASTEL, 1987, p. 116). No polo oposto da administração autoritária das populações de risco, está a gestão das fragilidades individuais, que acabam por seguir a mesma lógica, também são preventivas e começam a se apresentar com caráter quase lúdico, questionando as posições hegemônicas da psiquiatria e da psicanálise (CASTEL, 1987). Esses dois polos da prevenção são geridos de acordo com o saber médico¹⁶.

Vimos, então, que o processo de medicalização é iniciado como uma forma de estratégia de governo da população nos séculos XVIII e XIX. No século XX, essa estratégia ganha novos contornos, a saúde é considerada nova atribuição do Estado, tornando-se assunto da economia e da política. Nesse percurso, com os avanços tecnológicos e o novo lugar ocupado pela medicina no governo das populações e dos indivíduos, o Estado atua na prevenção de riscos, estes interpretados a partir do saber médico.

3.1.2 A medicalização na sua radicalidade atual

Na atualidade, o processo de medicalização se mostra na sua radicalidade. Gori e Del Volgo (2005), no livro *La Santé totalitaire – Essai sur la médicalisation de l’existence*¹⁷, apresentam a medicalização como constituinte da condição humana na atualidade. Ela está presente no modo como o homem moderno organiza e compreende a sua vida. Nessa mesma direção, Rossano Cabral Lima (2005) identifica que, gradualmente, o modo de definirmos nossa identidade passou a se embasar no discurso científico e no corpo: trata-se da bioidentidade, na qual o critério do que é considerado normal se baseia em padrões biológicos (LIMA, 2005). Há uma mudança na forma de o sujeito buscar sua identidade, se descrever, se experimentar e se apresentar. O sofrimento psíquico se organiza em uma somatização e o portar um transtorno se transforma em ser um transtorno (LIMA, 2005). As bioidentidades, estabelecidas pelos diagnósticos e deficiências, garantem uma série de direitos. Estas são as novas sociabilidades que ocupam o que se consideraria o espaço político: “nas cidadanias biológicas muitas vezes ter um biodiagnóstico é a única possibilidade de acesso a todo um sistema de direitos e possibilidades” (CALIMAN, 2013, p. 111). A existência compreendida como um biodiagnóstico tem consequências políticas, sociais e de produção de realidade. Partindo da noção de ser-no-mundo, como fazemos na presente pesquisa, o modo de o homem

¹⁶ Nesta gestão temos a ideia de que punimos menos porque prevenimos antes (DEL VOLGO e GORI, 2005).

¹⁷ A saúde totalitária – ensaio sobre a medicalização da existência.

desvelar o mundo se apoia no modo como ele compreende a si mesmo. Como nos diz Del Volgo e Gori (2005), Lima (2005), Guarido (2008) e Caliman (2013), na modernidade esse modo está perpassado pela submissão da compreensão das problemáticas humanas multideterminadas à disciplina da medicina. O processo de medicalização traz, assim, uma nova configuração de mundo, em que a complexidade deste é traduzida em “relações lineares de causa e efeito médico-biológicas, médico-psicológicas, neuropedagógicas entre outras análises de causa e efeito que resultem em patologização das condutas desviantes” (LE MOS, 2014, p. 486).

O processo de medicalização foi se tornando cada vez mais elaborado e de discernimento sutil, sendo indiscriminável e com maior poder de penetração nos campos do saber e nas relações humanas. O saber médico tende a “reduzir o ‘ser’ (a existência) que escapa à racionalidade [...]” (DEL VOLGO e GORI, 2005, p. 22, tradução nossa), por meio de processos normalizadores e racionalizantes¹⁸ (DEL VOLGO e GORI, 2005). A construção de novos saberes é fundamentada em uma epistemologia que garanta a objetividade, de modo que as ciências experimentais que trazem dados verificáveis regulamentam prioritariamente as práticas e pesquisas. A terapia comportamental torna-se a mais indicada pela psiquiatria moderna, considerando seu alto grau de objetividade no tratamento (DEL VOLGO e GORI, 2005). Tal esforço de objetividade favorece e é influenciado pela mercantilização das relações humanas.

Passamos de um discurso narrativo de legitimação social para um discurso de legitimação não narrativo, dos números objetivos.

Assim como nós acabamos de constatar, a condição do homem moderno a partir dos séculos XVII e XVIII dispõe e prepara o aparecimento de um “homem comportamental” cujos “transtornos” podem ser reeducados pelas falsas ciências, mas avaliados objetivamente. Essas falsas ciências o ensinam assim como deve se comportar na sua vida para bem se portar na sua cabeça e no seu corpo (DEL VOLGO e GORI, 2005, p. 21, tradução nossa).

Nesse processo de “objetivação” do humano, o homem é privado da “ação política e da obra da subjetividade” (DEL VOLGO e GORI, 2005), pois toda ação humana é compreendida como sendo pura objetividade, mensurável e controlável. Assim, com a naturalização das relações humanas, há o enfraquecimento dos espaços de diálogo, que seria o

¹⁸ “Trata-se não somente de desconstruir a ideologia médica que prescreve socialmente as condutas em nome de uma dita descrição científica da realidade, mas também de mostrar quais competências simbólicas esses processos de racionalização e de normalização operam. A raiva do singular, enquanto figura do ser, acompanha a raiva da palavra e da linguagem. Esta medicalização da existência poderia se transformar em ideologia totalitária, ‘fascista’ apta a legitimar a administração das condutas individuais e a mistificação de massas, se em nome da ciência médica o ser vivo se encontrar convertido em [...] ‘objeto industrial’ de acordo com as novas normas sociais, morais e políticas” (DEL VOLGO e GORI, 2005, p. 22, tradução nossa).

que podemos chamar de política na concepção de Hannah Arendt do termo. Collares et al. (2013) analisam esse processo:

a patologização naturaliza a vida. No mundo da natureza, processos e fenômenos obedecem a leis naturais; aí não existem direitos, apenas leis, do mais forte, do mais veloz, do mais ágil. [...] Ao naturalizar todos os processos e relações socialmente constituídos, a medicalização desconstrói direitos humanos (COLLARES et al., 2013, p. 16)

Com a despolitização e naturalização dos fenômenos humanos, fecha-se a possibilidade de questionar as normas que fundamentam o limite do normal e patológico. A dimensão política presente no processo de medicalização perpassa todo o trabalho e está, principalmente, ilustrada nas ações dos coletivos que serão trazidas no capítulo “A resistência à medicalização nos coletivos franceses: *Pas de Zéro de Conduite Pour les Enfants de Trois Ans, L’Appel des Appels e Stop-DSM*”.

3.1.3 A norma: o saber médico como autoridade

Nesse contexto, os comportamentos esperados são cada vez mais restritos, medidos objetivamente e, caso saiam do padrão, são corrigidos por meio de práticas médicas: o modo de punição das crianças que têm mal comportamentos na escola é o encaminhamento para o psiquiatra ou psicólogo, com a possibilidade de administração de medicamentos; os psiquiatras são solicitados pelos juízes a dar seu parecer sobre os sujeitos que cometeram transgressões (FOUCAULT, 1976 e DEL VOLGO e GORI, 2005); há a produção e a multiplicação de estratégias que buscam a prevenção e a cura, as quais vigiam os comportamentos possivelmente anormais, de modo industrializado e uniformizado etc. (DEL VOLGO e GORI, 2005). A disciplina e o controle, característicos do biopoder, se explicitam nessas situações. Os modos de agir e reagir que escapem dos padrões trazem o risco da rotulação em um transtorno neuropsiquiátrico que demanda um tratamento e o olhar de diversos profissionais (MOYSÉS e COLLARES, 2014).

A medicalização da vida corresponde a essa submissão das diversas dimensões da existência ao saber da medicina, que domina como principal disciplina a normatizar e regulamentar o modo de viver do homem. O efeito de autoridade da medicina sob a vida dos indivíduos e das populações reside na norma definida pelo saber médico. Como vimos acima, a sociedade passa da regulamentação de um sistema de leis codificados pelos juristas e começa a ser regida pelas normas da medicina (FOUCAULT, 1976). O critério de

diferenciação entre normal e o patológico é ditado pela norma¹⁹, que garante a aplicação do poder estatal de forma eficiente nas famílias (MACHADO, 2011b). A “norma” estabelecida pelo saber médico é o elemento que circula entre a disciplina e a biopolítica, considerando que ela “pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar”, trata-se do exercício do biopoder (FOUCAULT, 2000, p. 302).

Conforme vimos, a partir do século XVIII buscou-se governar a população e para tanto

delineou-se um novo objeto, “o sujeito da população”, e conhecê-lo implicava saber a distância que ele operava da norma e sua relação com ela. Sem Deus, sem o soberano e com a norma aprisionada à ideia de média, ela se tornou um valor para analisar e examinar o homem, seu corpo e sua conduta e assim estabelecer quem seriam os anormais (MACHADO, 2014, p. 93).

Canguilhem (1995) aponta os efeitos desse aprisionamento da noção de norma à média estatística. Ele critica esta concepção e afirma que o estado normal é qualitativamente diferente do estado patológico. Caso a restituição do corpo doente dependesse apenas de medidas quantitativas, os tratamentos seriam mais controláveis e previsíveis. O filósofo mostra que o normal entendido como coincidente da média traz consigo um valor atribuído, em que o ideal é a não variação da média. Dessa forma, o que é generalizável porque é comum adquire valor de ideal e, com isso, o normal se torna equivalente a ideal. A associação entre o ideal e o habitual, engendra a ideia de que o anormal seria o fora do habitual, o não comum (MACHADO, 2011b).

O termo “normatividade vital”, proposto por Canguilhem (1995), é mais adequado para designar a normalidade, no sentido de estado físico ideal. Com esse termo saímos da referência estatística em que a média é o ideal. “É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (CANGUILHEM, 1995, p. 100). Ele demonstra que não é possível chegar à definição do patológico tendo como referência o fato em si, sem avaliar os efeitos desse fato sobre a normatividade do organismo, ou seja, a qualificação do fato em relação à norma daquele organismo. Para que um fenômeno fisiológico seja considerado normal ou patológico é necessário o exame da interação entre o ser e o meio em que ele se encontra (CANGUILHEM, 1995).

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. [...] sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de

¹⁹ A norma está cada vez mais restrita, de modo que “a margem de liberdade dos desvios de conduta se reduzem dia após dia” (DEL VOLGO e GORI, 2005, p. 15, tradução nossa).

norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (CANGUILHEM, 1995, p. 114).

Todo ser vivo cria normas, é normativo (CANGUILHEM, 1995). O organismo funcional é aquele que pode responder às exigências do meio adequadamente, isto é, ser adaptativo, o que envolve ter respostas variadas para diferentes estímulos, estabelecendo novas normas conforme é solicitado. Por exemplo, quando há um ferimento o organismo deve liberar anticoagulantes para estancar o sangue, esta é uma nova norma estabelecida para aquele organismo. Trata-se do contrário da rigidez e estereotipia próprias da normatividade que se instala na patologia (CANGUILHEM, 1995). “Percebemos tanto na saúde quanto na doença a presença da *normatividade vital*. Mas a norma sã é superior, por exibir a plasticidade que na norma patológica se apresenta restringida” (BEZERRA, 2006, p. 100). A norma do corpo saudável se adequa às exigências do organismo e, mais do que isso, cria um novo equilíbrio tendo como ponto de partida essas reestruturações. “Ocorre um movimento contínuo de reestruturação recíproca, que difere muito do simples processo de adaptação: organismo e meio mudam juntos” (BEZERRA, 2006, p. 104). Portanto, a saúde implica a possibilidade de instituição de novas normas biológicas. No estado patológico há a redução das normas toleradas pelo indivíduo (BEZERRA, 2006). Nessa concepção, doença não é ausência de vida, é

potência vital que permite ao indivíduo adoecer e recuperar-se. A doença é um teste para a normatividade do organismo que, sendo saudável, será capaz de ter sucesso. Desse modo, o que caracteriza a saúde não é o estado atual de equilíbrio bem-sucedido, mas a capacidade de ultrapassar este equilíbrio e produzir novas normas para dar conta da situação emergente. Ser sadio não é exatamente ser normal, porque a doença é, no sentido factual do termo, normal – ou seja, embora reconhecida como algo a ser debelado, é previsível e compõe o cenário de uma vida saudável. A saúde implica a doença (BEZERRA, 2006, p. 106).

Assim, a doença pode provocar a ampliação do horizonte da normatividade do organismo. Quando apresentamos a medicalização como uma redução de questões humanas complexas ao âmbito biológico, estamos nos referindo à ciência biológica positivista, visto que o âmbito do biológico é extremamente complexo e ele mesmo multideterminado e dinâmico. Não há a possibilidade de controle e previsibilidade absoluta do que será produzido no organismo.

A normatividade sempre está subordinada àquele que institui as normas. No âmbito biológico, o organismo que determina a sua normatividade, de modo que apenas podemos afirmar precisamente que um organismo está doente tendo como referência sua própria normatividade. O termo normal, no sentido de entrelaçamento de valor ideal e da não variação da média, engendra a noção de norma como inquestionável. A norma que regulamenta os

corpos dos “sujeitos da população” passa a ocupar um lugar absoluto, como se não houvesse subordinação alguma ao que a institui e com isso o mecanismo de encobrimento da medicalização entra em cena. O discurso da medicalização é normatizador (MACHADO, 2014), restringe os modos de vida possíveis a serem considerados normais. Por meio das normas impostas, há o exercício do autoritarismo ao pregar a adesão de todos às regras instituídas (MOYSÉS e COLLARES, 2014), recorrendo à submissão a um saber científico supostamente neutro que estaria acima das relações sociais (MACHADO, 2011b).

Nas últimas décadas do século XX, a avaliação dos modos normais de viver e do funcionamento dos corpos “atrelou-se ao que mais gera valor em nossa sociedade: o capital” (MACHADO, 2014, p. 94). A associação entre a oferta abundante de medicamentos e a normatividade cada vez mais restrita da modernidade engendra o hiperconsumo de medicamentos (MACHADO, 2014), fórmulas que frequentemente são utilizadas para adequar comportamentos “anormais” à normalidade.

A compreensão da saúde como normalidade e não normatividade e da doença como anormalidade contribui para o estreitamento dos comportamentos considerados esperados. Nesse enrijecimento das formas de viver do homem, em que apenas a vida que corresponde ao padrão é considerada normal e saudável, muitos mecanismos e estratégias vão sendo produzidos para garantir que estejamos na normalidade. Tal restrição do que é aceitável é a expressão da radicalidade da medicalização.

Em artigos mais recentes, observamos que o processo de medicalização, que opera na atualidade, tem como marca a busca prioritária por autonomia nos tratamentos médicos e a busca da divisão do lugar de autoridade do médico com outros profissionais: os da saúde e os da atenção à saúde como biólogos, químicos etc. (CARVALHO et al., 2015). Essas mudanças configuram um

novo regime de gestão da vida, que desloca a Medicina do lugar de agente do cuidado para o de prescritora de técnicas²⁰ e orientações diversificadas a serem elegidas pelos experts e executadas pelos indivíduos consumidores em relação ao manejo de seus próprios corpos, na incessante busca por “saúde” (CARVALHO et al., 2015, p. 1.262).

A concepção de patologia que sustenta este novo lugar da Medicina é a que “admite e espera que o homem possa forçar a natureza a dobrá-la a seus desejos normativos” (CANGUILHEM, 1995, p. 21). Desse modo se conserva “a confiança, tranquilizadora [...] na possibilidade de vencer tecnicamente o mal” (CANGUILHEM, 1995, p. 22). Essa concepção

²⁰ Grifo nosso.

e posicionamento perante os conflitos individuais e da população trazem efeitos importantes para a humanidade.

As práticas médicas atuais por conta de sua subordinação extrema a técnica, à economia e ao social, conduzem ao controle da natureza e do ser humano como fundos economicamente e socialmente exploráveis ao infinito. O que produz um triplo déficit: político, ético e subjetivo (DEL VOLGO e GORI, 2005, p. 30, tradução nossa).

O modo de o homem se compreender engendra também uma forma de conceber o mundo. A medicalização constitui um modo do homem se compreender. Ela expressa um modo de desvelamento do mundo e dos fenômenos humanos que busca assegurar e controlar resultados do que é produzido e encontrado no mundo, assegurar um padrão de comportamentos e funcionamento em sociedade. Isto é, a medicalização é um processo que busca controlar e prever os fenômenos multideterminados do ser humano submetendo a complexidade desses fenômenos à disciplina da medicina, a qual conta com a autoridade da norma para regulamentar o modo como os homens vivem. Esse modo de compreensão corresponde ao desvelamento técnico. A fim de ampliar a nossa compreensão sobre o fenômeno da medicalização, investigaremos a origem do paradigma da metafísica que dá sustentação para o desabrochar e o arraigamento da técnica moderna, para, em seguida, investigarmos a essência da técnica, apresentada por Heidegger em “A questão da técnica” (2008).

3.2 O PARADIGMA METAFÍSICO: CONDIÇÃO PARA A ERA DA TÉCNICA

Ao longo da história da humanidade, a compreensão do que é o ser passou por transformações importantes, as quais inauguram diferentes modos de abertura do homem para o mundo e diferentes modos de “apreensão” da realidade. Heidegger aponta que a abertura epocal²¹ da atualidade é a da técnica que se desenvolveu no paradigma da metafísica e chega ao seu apogeu com a ciência natural.

Nos escritos posteriores a *Ser e Tempo*, a atual época histórica é interpretada como desdobramento da história do ser iniciada com Platão. Fazendo isso, interrompe a obviedade cotidiana e relembra, convocando para um confronto, que a realidade não se mostrou sempre como atualmente; isto é, ser deu-se ao ser-aí de outros modos ao longo da história do Ocidente. Por isso é necessário estar preparado

²¹ Os termos “epocal” e “historial” (geschichtlich) traduzem um neologismo criado por Heidegger a partir da fusão dos substantivos Geschichte (história) e Geschick (destino, envio), e tem por finalidade nomear o modo como o ser se dá e se oculta nos entes ao dar-se aos homens a cada vez na história. Cada época histórica se constitui não por meio da referência convencional à cronologia, mas como a resposta humana diferente a cada vez, a um envio do destino (Schickung des Geschickes), a um determinado modo do desocultamento dos entes em seu ser” (DUARTE, 2010, p.18).

para escutar novos modos de ser. [...] A existência histórica atual é científica e a ciência não tem como questionar seus fundamentos, fazendo com que mesmo as revoluções científicas permaneçam presas ao mesmo modo de ser da realidade (EVANGELISTA, 2015, p. 165).

Trata-se de um modo de abertura para o mundo que aprisiona, pois não permite o questionamento de si próprio, conforme veremos ao longo desta sessão. Na abertura da época atual, o mundo se apresenta para o homem como objeto e o homem se dirige para o mundo como explorador. Isso acontece no paradigma da metafísica, que é condição para o desenvolvimento da técnica.

A metafísica é um dos modos de concepção do ser, uma das configurações possíveis para o ser se apresentar, na qual a busca pela certificação do que as coisas são é central.

Em cada época histórica, a ciência corresponde a uma determinada concepção a respeito do ser e da verdade, as quais não são comensuráveis entre si. Por isso, tampouco se poderia avaliar a ciência de uma perspectiva progressiva, histórico-cronológica, não *historial*. Na modernidade, pela primeira vez o homem assume uma posição e toma tal posição como o ponto seguro para o desenvolvimento da humanidade (DUARTE, 2010, p. 29).

Tal posicionamento seguro é o posicionamento da metafísica que busca a permanência da definição do ser dos entes²². A metafísica é uma concepção de ser e de verdade que se torna paradigma para a atualidade. Com Platão e Aristóteles, “teve início uma época no Ocidente cuja tendência foi a de demarcar e firmar um acordo tácito sobre uma interpretação a respeito do ser: que o ser é a noção, o juízo, o conceito do ente” (CRITELLI, 2011, p. 37).

Em *Ser e Tempo* (2007), Heidegger alerta para as limitações do pensamento metafísico e busca reintroduzir a questão do ser – re-sensibilizar para esta questão que é a primordial da filosofia (HEIDEGGER, 2007). O filósofo (2007) sugere que a metafísica pós-socrática estava deixando de lado, justamente, o centro de sua investigação: a pergunta pelo ser²³. Trata-se de um movimento de entificação da questão do ser, o que equivale a transformar a pergunta sobre o ser em uma pergunta sobre o ente, isto é, a pergunta “o que é ser?” se transforma na pergunta “o que é isso?”. O pensamento ocidental se desenvolve, então, a partir dessa nova perspectiva. Heidegger aponta que “a metafísica não responde à questão do ser porque nem chega a suscitá-la, o que faz com que seus enunciados sejam desenvolvidos ‘numa geral troca do ente pelo ser’” (CARMINHOLI, 2015, p. 15). Com essa inversão entende-se o ente como aquilo que é em si e não como uma manifestação do ser. Nessa

²² Para a definição de ente vide nota de rodapé 5. A metafísica interroga “o ente enquanto ente permanece ela junto ao ente e não se volta para o ser enquanto ser” (HEIDEGGER, 1969, p. 62).

²³ Compreendemos aqui metafísica como o “modo característico de pensar que constituiu o traço mais marcante da filosofia ocidental, cujo desenvolvimento histórico deve ser interpretado – para além de um progresso ou aperfeiçoamento – como uma destinação” (MICHELAZZO, 1997, p. 19).

referência, o ser é compreendido “enquanto substância do ente” (CRITELLI, 2007, p. 35). Na perspectiva da fenomenologia, diferentemente, entende-se que o ser se manifesta no ente. “Nem o ser e nem o ente ‘é’ isoladamente, pois eles ‘são’, apenas e tão somente, enquanto se pertencem numa un-idade” (MICHELAZZO, 1997, p. 14). O ser de um ente apenas pode se manifestar no ente, de modo que não é possível desconsiderar seu movimento, sua aparência ou, poderíamos dizer, a dimensão temporal de um fenômeno para compreender sua essência. Na metafísica, os entes são compreendidos como evidências, e não como manifestação. Tais fundamentos são centrais para o modo de fazer pesquisa, considerando que é a partir da noção de ser que todas as outras concepções sobre as quais o conhecimento se edifica se originam (CRITELLI, 2007).

Heidegger expõe que a mudança na concepção de “*physis*” e “*aletheia*” foram fundamentais na inauguração do pensamento metafísico (HEIDEGGER, 1969b). *Physis*, para pensadores gregos antigos, designa “o ser mesmo, em virtude do qual o ente se torna e permanece observável” (HEIDEGGER, 1969b, p. 45) e foi traduzido por *natura* pelos romanos, como natureza na sua dimensão física. Já *alétheia* designa des-ocultamento para os gregos antigos e, com os romanos, foi traduzida por *veritas* (HEIDEGGER, 2008), que significa adequação da coisa ao intelecto (EVANGELISTA, 2015).

O termo *physis*, que “evoca o que sai ou brota de dentro de si mesmo (por exemplo, o brotar de uma rosa), o desabrochar, que se abre” (HEIDEGGER, 1969b, p. 44), se referia tanto à aparência quanto à essência do ser (MICHELAZZO, 2001). Com Platão, essa unidade da *physis* é dividida entre estes dois termos: essência e aparência, de modo que a essência é considerada como estável e a aparência pode sofrer modificações de acordo com as circunstâncias (MICHELAZZO, 1997). De modo rápido, podemos dizer que há uma ruptura entre essência e aparência, de forma que se deixa de compreender a aparência enquanto fonte de conhecimento sobre o ser.

Para a metafísica, dado que considera a aparência como algo ilegítimo e enganoso, o ser de um ente nunca está exatamente no próprio ente, naquilo que se mostra, mas atrás dele, por trás do aparente, do manifesto, naquilo que está oculto, escondido. Para a fenomenologia, por não haver uma dicotomia prévia entre ser e ente, o ser não está por trás das aparências, mas nelas mesmas (CRITELLI, 2007, p. 32).

No pensar metafísico, buscaram-se conceitos fixos que não abarcam as possíveis transformações e potencialidades do fenômeno. A solução para essa busca é a representação do que é o ser, que é compreendida como mais confiável do que o próprio ser a que ela se refere, pois é controlável e garante, assim, a precisão metodológica (CRITELLI, 2007). A representação permanece fiel ao conceito encontrado para o ser de um ente. Nessa

perspectiva, o ser dos entes fica limitado a sua essência, pois o objetivo é de apreender os aspectos invariáveis e permanentes deste.

A noção de *alétheia* também é transformada a partir de uma outra dicotomia. *Alétheia* designava verdade para a filosofia grega no sentido de:

não-ocultamento. Este “a” privativo (a-lethéia) fazia com que o grego, ao proferir esta palavra, olhasse, sempre para “isto (ai) que foi arrancado de uma ocultação”. A verdade, assim concebida, era esse arrancamento que como o próprio termo sugere, só é conseguido por uma luta, esforço, disputa contra o próprio ocultamento. [...] Para o grego, portanto, o ocultamento não possui um significado marginal, acessório na concepção da verdade, ao contrário, ele é sua origem, o lugar de sua procedência (MICHELAZZO, 1997, p. 25).

Portanto, *alétheia* denomina uma unidade na qual está compreendido tanto o velado, o que não se pode ver da verdade daquele fenômeno, quanto o des-velado, a faceta que se mostra do fenômeno. A verdade no sentido de não-ocultamento traz como implicação a impossibilidade de se chegar à verdade absoluta, considerando que sempre há uma parte encoberta do que está se mostrando e, mais do que isso, que é do ocultamento que brota a verdade. A partir do momento em que a noção de verdade passa a designar algo absoluto, perde-se a referência de que o que não está visível faça parte da verdade. Tal mudança é observada na *República* de Platão, em que a noção de “*alétheia* – que tinha seu antigo fundamento no oculto (fundo da caverna) [...] tem agora sua origem na claridade (saída da caverna)” (MICHELAZZO, 2001, p. 58). Essa dicotomia fica ainda mais forte na tradução feita pelos romanos de *alétheia* para *veritās* (HEIDEGGER, 2008), termo que concebe ocultamento e verdade como opostos. Há o afastamento da referência do não-velamento e aproximação da afirmação da unicidade da verdade, deixando de haver o reconhecimento da relatividade da verdade (CRITELLI, 2007, p. 13). A dicotomia entre ocultamento e desvelamento passou a dominar na concepção de verdade, de modo que um termo passa a ser excludente ao outro: onde há desvelamento não há ocultamento e vice-versa. Com essa mudança de concepção dos gregos antigos a compreensão da realidade é modificada (EVANGELISTA, 2015).

A experiência da verdade como desvelamento, desocultação, aparição, *aletheia* do real é interpretada pela filosofia latina dos primeiros séculos d.C. como *veritas*, que significa a adequação da coisa (res) ao intelecto, encaminhando-se para a significação atual de verdade como proposição teórica elaborada racionalmente sobre – literalmente, pois desprendida de – a realidade. Na sua experiência original a realidade é o vigente; é, portanto, o perdurar e permanecer no desvelamento (fenômeno) acessível para a existência, que o recolhe e manifesta (logos) (EVANGELISTA, 2015, p. 170).

Ao compreender verdade como algo que se adequa ao intelecto, afirmamos a separação e o distanciamento entre sujeito e objeto. Nessa dinâmica, o homem passa a ter

prioridade sobre o real, ele deixa de apreender o que vige para chegar à verdade, para encaixar a complexidade do real em um esquema racional prévio ao que se mostra. Assim, a noção de verdade da metafísica carrega em si a ruptura da oposição de ocultamento e desvelamento e a noção de ser apresenta essência e aparência, também, como opostos. Tendo tais dicotomias como fundamento, a ciência inicia a busca pelo absoluto da verdade e pela essência do ser, desconsiderando o que há de oculto na verdade e de aparente no ser. No pensamento grego antigo, as coisas encontradas “na realidade” eram produzidas por *physis*, enquanto um vigor que as mantém vigentes (EVANGELISTA, 2015). Com a mudança da concepção de *alethéia* para *veritas*, “o real enquanto vigente passa a ser compreendido como o resultado de uma operação, isto é, causado por uma ação. Desse modo, o real apresenta-se como aquilo que sucede uma ação, o ‘sucesso’” (EVANGELISTA, 2015, p. 170). Diferentemente do entendimento dos gregos, no qual o real se dá como um produzir-se num movimento de vir-a-ser, de brotar, na metafísica o real é compreendido como o resultado de uma causa, como o produto de algo que foi produzido (EVANGELISTA, 2015). Com a concepção romana, a filosofia tem como questão a causa do real. “Por exemplo, Deus passa a ser pensado como *causa sui* – causador incausado de si mesmo e de tudo o que é” (EVANGELISTA, 2015, p. 170). Nessa perspectiva, para conhecer o real, nos direcionamos para a busca do que causa o real, algo que vem antes do que se apresenta e, portanto, não é encontrado no que aparece.

Desde Platão e Aristóteles, essas dicotomias foram sendo cada vez mais intensificadas, chegando ao seu extremo no presente (MICHELAZZO, 1997). A radicalização que distancia ser e ente ganha força com Descartes, que separa o real entre *res cogitans* e *res extensa*: sujeito e objeto (MICHELAZZO, 1997). Na sua concepção, o homem enquanto sujeito – “*consciência em si*” – encontrará a “*coisa em si*” (CRITELLI, 2007, p. 38). Descartes busca “um ponto de segurança para o pensar” (CRITELLI, 2007, p. 14), “um ponto que possa retirar o homem das condições mais básicas de sua humanidade” (CRITELLI, 2007, p. 14). A separação entre sujeito e objeto é uma das premissas da metafísica, considerando que é essa separação que permite encontrar as coisas como evidências em si, objeto em si. Descartes estabelece que o conhecimento não depende da relação divina, e sim da razão humana, e para chegar ao conhecimento verdadeiro, o homem deve seguir alguns procedimentos da razão que certifiquem “a observação, a mensuração e a classificação dos entes” (CRITELLI, 2007, p. 38). Para este filósofo

Somente a precisão metodológica do conceito (que pela crítica heideggeriana podemos ver o termo representação) garante ao conhecimento humano sua imutabilidade, unicidade e absolutidade. Assim, para o pensar metafísico, toda possibilidade de um conhecimento válido e fidedigno é garantida pela construção de

conceitos logicamente parametrados e de uma privação da intimidade entre os homens e seu mundo, isto é entre os homens e a experiência que têm de seu mundo (CRITELLI, 2007, p. 14).

Desse modo, a pergunta pelo conhecimento é direcionada para a representação do objeto, e não para o que está sendo manifesto, pois o que se busca é a representação deste, que supostamente garantiria que o conhecimento seja patente e confiável, negando, assim, o movimento fenomênico e afirmando o distanciamento do que se mostra. Nas palavras de Heidegger: “Busca-se e encontra-se o ser do ente na representabilidade do ente” (HEIDEGGER, 1994 apud DUARTE, 2010, p. 28). Ao encontrar a representação do ser do ente, o homem sempre conhece o mundo mediado por uma representação deste, ao invés de se inclinar sobre as coisas mesmas.

Este modo de pensar, denominado por Heidegger de metafísico, se transformou, desde Platão, em paradigma, numa forma padrão, num modelo de pensamento. Ele é responsável pela maneira habitual de como pensamos, isto é, a da representação, seja ela na forma filosófica ou científica, religiosa ou do senso comum, na qual temos sempre a impressão de estarmos na presença das coisas, das quais, na verdade, nos mantemos distantes, à medida que nós as apreendemos conceitualmente, isto é, o nosso contato com elas é mediado por um conhecimento prévio fundado em algum pressuposto teórico-sistêmico (MICHELAZZO, 1997, p. 11).

Assim, desde a transformação das concepções de *alétheia* e *physis* e com o consequente afastamento entre ser e ente, “a ciência quer significar um procedimento através do qual se assegura a veracidade de uma ideia ou conceito” (CRITELLI, 2011, p. 37). Esse pensar destina-se à garantir as condições certas e que são mensuráveis para a manifestação do ente (CRITELLI, 2011), a qual é compreendida como efeito de uma causa. Isto é, busca-se um pensamento que permita alcançar a objetividade do ser (MICHELAZZO, 1997). Essa é a visão de mundo da metafísica.

Nesse paradigma, a normalidade e a patologia são compreendidas como variantes quantitativas da mesma qualidade: exercemos a busca pelos aspectos invariáveis do organismo²⁴, considerando que o que varia é sempre a quantidade. A concepção de normatividade vital proposta por Canguilhem (1995) respeita a unidade de essência e aparência presente no conceito de *physis*, pois o manifesto tem prioridade em relação à representação conceitual deste. Ao pensar o mundo a partir dos fundamentos da metafísica, o desvelamos e o encontramos com esse olhar.

²⁴“A medicina grega, ao contrário, oferece à nossa consideração, nos escritos e práticas hipocráticas, uma concepção não mais ontológica e sim, dinâmica da doença, não mais localizante e sim, totalizante. A natureza (*physis*) tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem, Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões e não causas” (CANGUILHEM, 1995, p. 20).

Em resumo, onde há uma concepção de mundo há também uma decisão essencial sobre o ente na totalidade, procurado e encontrado na sua própria representabilidade. Por isso, na modernidade os entes são descobertos e vêm a ser o que são por meio de análises científico-metódicas que transformam radicalmente o próprio presentear-se das coisas: a partir de agora, as coisas já não podem ser meras coisas, mas objetos apreendidos por meio das representações do sujeito pensante, que se torna, assim, seu dono e senhor (DUARTE, 2010, p. 31).

Tendo em vista a estrutura da compreensão heideggeriana e do círculo hermenêutico, podemos dizer que o ângulo de visão que obtemos do fenômeno estudado depende da concepção prévia que teremos para esse olhar, ou seja, utilizando a perspectiva da metafísica sempre encontraremos o que essa perspectiva permite encontrar: uma verdade inabalável que não está em movimento, uma representação. Essa é a tarefa da técnica moderna e da ciência natural. “Na época atual, os entes mostram-se cientificamente como objetos; são recolhidos, apresentados e tornados visíveis como objetos” (EVANGELISTA, 2015, p. 169). O homem é compreendido como um organismo. Tanto a técnica moderna quanto a ciência natural são expressões do pensamento metafísico, nas quais há a radicalização da oposição entre ser e ente que engendram o estabelecimento de uma nova concepção de verdade e de ser. Desde o final do século XIX, com o domínio do sujeito sobre o objeto, há a consumação máxima do pensamento metafísico, que enquanto projeto de mundo tem sua expressão fiel na técnica moderna (CRITELLI, 2011). O processo de medicalização é uma expressão da primazia da representação do objeto em relação ao fenômeno mostrado, em que o modo de explicação causal é determinante. O domínio da representação do objeto e a causalidade como imperativo do real são condições para o processo de medicalização, que viabilizam um maior controle e previsibilidade do corpo ou da sociedade. O processo de medicalização visa a traduzir a complexidade dos fenômenos humanos com explicações lineares de causa e efeito. O paradigma metafísico é expressão da abertura epocal em que vivemos: a abertura técnica.

3.3 A ERA DA TÉCNICA

A técnica, em companhia da ciência, da alocação da arte no campo da estética, da transformação do fazer humano em cultura e da desdivinização da existência, é um fenômeno em que se expressa um modo-de-ser da nossa ocidentalidade, sua tendência fundamental. A técnica é, essencialmente, uma modificação *sui generis* do fazer ou do agir humano (CRITELLI, 2011, p. 34).

Baseada no que dissemos no início deste capítulo, a medicalização é uma expressão dessa *modificação do fazer ou agir humano* na atualidade, considerando que ela consiste em um modo de compreender os fenômenos humanos típico da nossa época. Entendemos que a medicalização é um modo de o homem cuidar do seu próprio ser característico da abertura

técnica do homem para o mundo. Buscaremos compreender a essência dessa abertura que está no cerne do fenômeno da medicalização. Para tanto, utilizaremos o texto “A questão da técnica”, em que Heidegger (2008) questiona-se sobre a essência da técnica. “Ser um meio para um fim” é um caráter evidente da técnica antiga e moderna (HEIDEGGER, 2008, p. 11). O instrumental é o meio para se chegar a um fim, de modo que ao utilizar um instrumento sempre teremos um produto final que foi causado por esse instrumento. Entretanto, o filósofo adverte que a determinação instrumental da técnica não nos mostra a sua essência, apesar de ser correta. Assim como a causa, o instrumento gera algo. “Onde se perseguem fins, aplicam-se meios, onde reina a instrumentalidade, aí também impera a causalidade” (HEIDEGGER, 2008, p. 13).

A instrumentalidade da técnica tem o mesmo sentido que a causalidade, que é regida pela pro-dução, pois conduz algo não vigente para a vigência (HEIDEGGER, 2008). A produção²⁵ vai além de uma confecção artesanal, ou da arte, ela pode ser expressa no “surgir e elevar-se por si mesmo” (HEIDEGGER, 2008, p. 16) próprio da natureza. Esta última possui, nela mesma, a possibilidade de elaboração produtiva, diferente da arte, em que essa possibilidade encontra-se no artesão ou no artista que utilizam a técnica para produzir (HEIDEGGER, 2008). Enfatizamos que toda produção, tanto da arte como da natureza, conduz do encobrimento para o desencobrimento, “é no desencobrimento que se funda toda a pro-dução” (HEIDEGGER, 2008, p. 17). A técnica é produção e, portanto, um modo de desencobrimento. A *techne* “desencobre o que não se produz a si mesmo e ainda não se dá e propõe” (HEIDEGGER, 2008, p. 17), ou seja, a técnica não des-encobre a produção da natureza. O modo de desencobrimento da técnica é um des-encobrir que se dá antecipadamente ao desencoberto, ela des-encobre algo a ser produzido. *Techne* em grego se refere ao trabalho do artesão e às habilidades artísticas. “Quem constrói uma casa ou um navio, quem funde um cálice sacrificial des-encobre o a ser pro-duzido...” (HEIDEGGER, 2008, p. 18). Trata-se de um conhecimento anterior ao produzido. O decisivo de *techne* é o seu modo de desencobrimento, e não sua possibilidade produtiva.

Retomando nosso caminho na busca da essência da técnica, tanto a causalidade quanto a instrumentalidade são traços da técnica. No entanto, a essência da técnica reside em esta ser uma forma de desencobrimento, de permitir que algo surja. “Levando isso em conta, abre-se diante de nós todo um outro âmbito para a essência da técnica. Trata-se do âmbito do

²⁵ Na busca pelo sentido originário das palavras, Heidegger decompõe as palavras, algumas vezes cria palavras e dá sentido não usuais para palavras já existentes. Uma expressão desta busca está na obra Introdução à metafísica que tem um capítulo denominado: Sobre a gramática e etimologia da palavra “Ser” (HEIDEGGER, 199b),

desencobrimento, isto é, da verdade” (HEIDEGGER, 2008, p. 17). Portanto, quando falamos de técnica estamos no âmbito da verdade, de *alétheia* (HEIDEGGER, 2008).

Tanto a técnica antiga quanto a técnica moderna são desvelamentos de mundo. No entanto, há uma grande diferença entre a técnica, à qual o pensamento grego antigo se refere, e a técnica moderna que se apoia e é apoiada pela “moderna ciência exata da natureza” (HEIDEGGER, 2008, p. 18). O modo de desencobrimento que domina na técnica moderna é o da exploração, aquele “que impõe à natureza a pretensão de fornecer energia, capaz de, como tal, ser beneficiada e armazenada” (HEIDEGGER, 2008, p. 19). Assim, diferente da técnica antiga em que a pro-dução acontece enquanto desvelamento no sentido de *poiésis*, ou seja, enquanto desvelamento de *aletheia*, na técnica moderna, o desencobrimento que rege é o da exploração. Esse último se caracteriza por colocar o homem em um posicionamento, a partir do qual ele só poderá descobrir o mundo enquanto disponibilidade (*bestand*) (HEIDEGGER, 2008). Isto é, por meio do desvelamento da técnica moderna, o homem descobre um mundo que está à dis-por-sição: um mundo que se apresenta como matéria-prima, a ser armazenada para ser utilizada quando necessário. Esse modo explorador nos remete à concepção de ciência que Canguilhem (1995) se refere como a “que admite e espera que o homem possa forçar a natureza a dobrá-la a seus desejos normativos” (p. 21). No modo de desencobrimento da técnica, os elementos naturais perdem a sua condição primordial, enquanto natureza, e ficam à disposição desse tipo de agir explorador (CRITELLI, 2011).

O desencobrimento que domina a técnica moderna possui, como característica, o pôr, no sentido de explorar. Esta exploração se dá e acontece num múltiplo movimento: a energia escondida na natureza é extraída, o extraído vê-se transformado, o transformado, estocado, o estocado, distribuído, reprocessado. Extrair, transformar, estocar, distribuir, reprocessar são todos modos de desencobrimento. Todavia, esse desencobrimento não se dá simplesmente. Tampouco, perde-se no indeterminado. Pelo controle, o desencobrimento abre para si mesmo suas próprias pistas, entrelaçadas numa trança múltipla e diversa. Por toda parte, assegura-se o controle. Pois controle e segurança constituem até as marcas centrais do desencobrimento explorador (HEIDEGGER, 2008, p. 20).

O modo de desencobrimento da técnica moderna tem como principais características o controle e a segurança, que são os norteadores desse desvelamento explorador. O produzir próprio da técnica garante que algo apareça dentro dos limites estabelecidos e controlados previamente. Para que haja o asseguramento do que aparecerá, a técnica moderna se debruça sobre o que há de permanente no ser e que poderá, então, ser re-produzido. Como dissemos antes, trata-se de um modo de desvelamento que se antecipa ao aparecimento do fenômeno, pois já conhece o que irá produzir, por exemplo, de maneira concreta, utilizando uma determinada fôrma para um vaso delimita-se o formato do vaso antes de ele ter aparecido

como vaso. Essa compreensão técnica do mundo está ilustrada, por exemplo, nas pesquisas que chegam à conclusão de que lendo trinta minutos por dia para seu filho ele será menos agitado, ou que salas sem estímulos visuais garantem uma maior concentração nas atividades. Nesse modo de olhar para o mundo, busca-se “a mensuração e o cálculo do ente, única maneira de se garantir e assegurar sua manifestação” (CRITELLI, 2011, p. 37). A condição de ser, de se esvair, é uma questão com a qual a técnica não sabe e nem pode lidar (CRITELLI, 2011). O homem pode representar, elaborar, realizar de forma controlada qualquer coisa, contudo ele não tem em seu poder o desencobrimento do real como *alethéia*. (HEIDEGGER, 2008). O modo de desencobrimento do real dos gregos antigos, de *poiésis*, não pode ser dominado pelo homem, pois, ao contrário disso, ele implica uma abertura para o que se mostra, sem controle sobre o mundo ou prevalência entre sujeito e objeto.

No modo explorador de se dirigir para o mundo, acontece uma dupla acepção: o homem descobre o mundo enquanto disposição (energia que pode ficar disponível porque pode ser armazenada) e uma pré-diposição é gerada no homem. Assim, o homem encontra a natureza “pre-dis-posto a promover uma outra coisa, a saber, o máximo de rendimento possível com o mínimo de gasto” (HEIDEGGER, 2008, p. 19). O ser-no-mundo apenas vai descobrir a natureza enquanto dis-posição quando ele já foi desafiado a explorar as energias da natureza (HEIDEGGER, 2008, p. 21). Trata-se de um “desafio que põe o homem a dis-por do real, como dis-ponibilidade” (HEIDEGGER, 2008, p. 22). O real esconde as suas energias e recursos desafiando o homem a encontrá-las. Há uma provocação dirigida ao homem e, em contrapartida, o homem toma o real como fonte de reserva. Dessa forma, a provocação é recíproca e foi denominada por Heidegger de composição²⁶ (*Gestell*) (MICHELAZZO, 1997).

Heidegger (2008) alerta que a com-posição, enquanto destino de desencobrimento, (pois faz parte da humanidade do homem estar destinado a descobrir o mundo a sua volta) apresenta um perigo ainda maior para a humanidade do homem, pois o des-coberto atinge o homem apenas como dis-ponibilidade, de modo que o próprio homem se reduz ao dis-por da disponibilidade e, ele mesmo, se compreende enquanto tal, isto é, enquanto energia/matéria prima disponível para a produção. Dessa forma, a composição coloca em perigo a relação do homem com ele mesmo e com tudo que é e está sendo, afastando todo tipo de desencobrimento que não seja o da disposição (HEIDEGGER, 2008). “Onde reina a com-

²⁶ Estamos utilizando a tradução de Emanuel Carneiro Leão do termo *Gestell* como “composição”. Existem outras traduções para o português, como “arrazoamento” (por Ernildo Stein), “armação” (por Loparic), “imposição” (por Vattimo), “dispositivo” (por Duarte), “moldura” (por Lovit). Composição “não é nada de técnico nem nada de maquinal. É o modo em que o real se des-encobre como disponibilidade” (HEIDEGGER, 2008, p. 26).

posição, é o direcionamento e o asseguramento da disponibilidade que marcam todo o desencobrimento já não deixam surgir e aparecer o desencobrimento em si mesmo, traço essencial da disponibilidade” (HEIDEGGER, 2008, p. 30).

Na radicalidade da composição, o homem toma a si mesmo como disponibilidade e acredita que tudo o que existe depende da técnica para existir, tudo que existe é feito pelo homem no modo de asseguramento dos resultados. Lembremos que, na perspectiva da metafísica, o real é entendido como causado, produto de uma ação anterior. Nesse processo, o homem deixa de entrar em contato com sua essência, pois fica mais empenhado “na busca do que a composição pro-voca e ex-plora, que já não a toma, como um apelo, e nem se sente atingido pela exploração” (HEIDEGGER, 2008, p. 30). O homem não encontra mais sua essência de ser descobridor de mundo, o apelo dirigido a ele não é percebido como um apelo. Assim, o mundo encontrado pelo homem é um mundo dado, e não um mundo a ser descoberto. Sem o recebimento do apelo enviado do mundo para o homem e sem a percepção de ser descobridor de mundo, o homem se torna mais um elemento à disposição, matéria prima armazenada para a produção. Esta é a configuração do presente, em que a técnica é um modo de habitar o mundo, um modo de ser, assim não é possível encontrar a técnica, pois já somos no modo de ser da técnica.

A composição é o perigo extremo porque justamente ela ameaça trancar o homem na disposição, como pretensamente o único modo de desencobrimento. E assim trancado, tenta levá-lo para o perigo de abandonar sua essência de homem livre (HEIDEGGER, 2008, p. 34).

Heidegger adverte que, onde reina a composição, há o encobrimento da essência da técnica enquanto desvelamento, ficando em foco o asseguramento e o direcionamento próprios da disponibilidade (HEIDEGGER, 2008). O desencobrimento em si mesmo, no sentido de *poiésis*, fica encoberto pela composição.

Em outras palavras, o modo de desvelamento da técnica se constitui como uma fatalidade da nossa época, no entanto este é um modo possível de destino de desencobrimento. Ao reconhecer que este é um dos modos possíveis de manifestação do ser, somos “tomados por um apelo de libertação” (HEIDEGGER, 2008, p. 29). Outras formas de desencobrimento podem surgir. No mesmo lugar onde mora o perigo para a humanidade do homem (no encobrimento potente que a essência da técnica produz), cresce também o que pode salvar o homem (HEIDEGGER, 2008).

A vigência da técnica ameaça o desencobrimento e o ameaça com a possibilidade de todo des-encobrir desaparecer na disposição e tudo apresentar apenas no desencobrimento da disponibilidade. Nenhuma ação humana jamais poderá fazer frente a esse perigo. Mas a consideração do sentido próprio do homem pode pensar que

toda força salvadora deve ser de essência superior, mas, ao mesmo tempo, aparentada com o que está ameaçado e em perigo (HEIDEGGER, 2008, p. 36).

Dessa forma, o abandono do conceito de técnica enquanto instrumento é uma condição para a abertura do homem para a essência da técnica como desvelamento. Pois, caso a instrumentalidade seja compreendida como a principal determinação da técnica, a vontade do homem de dominar a técnica predominará e encobrirá a essência desta. A superação do perigo da técnica reside exatamente na sua essência, de ser um modo de apelo e desvelamento, e na percepção de que as possibilidades do ente estão sob responsabilidade do homem (HEIDEGGER, 2008). Isso porque é o homem quem apreende o sentido dos entes do mundo. Então o ente, não necessariamente, deve ser encontrado como algo a ser explorado e à disposição. Entretanto, na época histórica da técnica o homem como ser-no-mundo é transformado no homem organismo, de modo que, para ele, só é possível encontrar o mundo no modo da exploração. O cuidar do próprio Ser, que é tarefa do homem, torna-se matéria da técnica, que “sabe” cuidar do organismo. Assim, a responsabilidade do cuidado com seu próprio ser do humano é retirada dele e enviada à técnica.

O que Heidegger quer nos dizer é que o ser é sempre as possibilidades que descobrimos nos entes e que nos empenhamos por realizar. [...] Heidegger quer nos dizer que o ser é o possível do mundo e de nós mesmos, mas um possível entregue aos nossos cuidados e sob nossa responsabilidade. Cuidar do ser é, então cuidar da nossa própria destinação histórica: como os indivíduos exclusivos que cada um de nós é, mas ao mesmo tempo em conjunto, pois a humanidade não nos é dada apenas no singular, mas também no plural; não existimos, co-existimos (CRITELLI, 2011, p. 40).

Desse modo, o homem pode se libertar da composição da exploração por intermédio da compreensão do sentido originário da técnica de desvelamento, deixando de se aprisionar a apenas um modo possível de desencobrir o mundo. Entretanto, se por um lado a essência da técnica diz respeito ao que há de mais humano no homem, que é a possibilidade de desvelar o mundo, por outro esse modo de desencobrimento que a técnica possibilita encobre as outras possibilidades de desvelamento, de forma que o “cuidar de seu próprio ser” próprio da humanidade fica restringido ao modo técnico.

Retomando o nosso caminho, a técnica é uma forma de desvelamento de mundo que tem sua essência na *composição* (*Gestell*). Na técnica moderna, o desvelamento acontece na forma da exploração, ou seja, o homem encontra o mundo à sua disposição, enquanto disponibilidade. No desencobrimento explorador, o mundo é tomado como fonte de matéria prima para a produção e esta é marcada pelo controle e pela segurança, pois o que é produzido no desencobrimento técnico visa a garantir a re-produção, assegurando o que há de permanente no ser. Ao desvelar o mundo a partir da exploração, o homem é provocado por ele

para extrair o máximo de energia no mínimo de tempo, de modo que o homem encontra-se pré-disposto a ver o mundo como disponibilidade e o real, por sua vez, se apresenta dessa forma. Esse duplo movimento de predisposição e disposição é chamado de composição (*Gestell*). A composição é a força que destina o homem a desencobrir o mundo de uma determinada maneira. O aprisionamento no destino de encontrar o mundo como disponibilidade é o grande perigo que a técnica traz para a humanidade, pois esse modo de desvelamento de mundo encobre outras formas possíveis de o homem encontrá-lo. Há, assim, o encobrimento da essência do ser-no-mundo de ser livre, enquanto desvelador de mundo. O que está em jogo nesse aprisionamento é o modo de o homem compreender a sua humanidade.

Tal processo produtivo não se circunscreve à interferência nos processos da natureza, mas se alastra a todo agir humano e de tal sorte que esta interferência requisita e propõe todos os nossos saberes, produções e comportamentos. O modo de agir (ou ser, no caso) do homem ocidental tornou-se técnico. Trata-se de uma orientação de conduta que aplicamos a cada gesto e em relação a tudo (CRITELLI, 2011, p. 36).

O homem se auto-objetifica, compreendendo a si mesmo como organismo. A técnica moderna se erigiu quando conseguiu se apoiar nas ciências exatas da natureza e sua essência está ancorada na composição (HEIDEGGER, 2008). O processo de medicalização, também, apenas foi possível a partir da transformação no caráter científico da medicina, a qual permitiu ao saber médico ampliar seu campo de atuação até não haver mais discriminação entre o que faz parte de seu campo de atuação e o que não faz parte. Pensemos, então, nos princípios da Ciência Natural que fundamentam, também, o modo medicalizante de o homem compreender o mundo – lembrando que a medicalização, enquanto compreensão de mundo, tem engendramentos diversos, algumas vezes comprometidos com a melhoria da saúde da população, outras não. Conforme apontamos na introdução e neste mesmo capítulo, algumas situações que se tornaram compreendidas a partir do saber médico trouxeram maior liberdade para o ser-no-mundo, apesar disso a medicalização, sendo o domínio da disciplina da medicina sobre outras disciplinas, restringe o modo de compreensão dos fenômenos humanos à explicação médico-científica.

3.3.1 A Ciência Natural

A utilização da Ciência Natural para a compreensão de fenômenos humanos subsidia a forma de compreensão da medicalização. Ela também antecipa, de uma certa maneira, o que poderá ser compreendido sobre o humano. Todo método de se chegar ao conhecimento

implica o estabelecimento de uma determinada amplitude e de limites do que será conhecido (CARDINALLI, 2015). A Ciência Natural tem três grandes fundamentos: a objetividade, a mensuralidade e o princípio de causalidade (HEIDEGGER, 2009). Esses três fundamentos correspondem à busca pelo que há de permanente no ser e que tenha a possibilidade de generalização e reprodução. Assim como a técnica, a Ciência Natural apoia-se no projeto de domínio do ente sobre o ser do paradigma metafísico. Trata-se de uma perspectiva que objetifica o fenômeno, tornando-o objeto.

A ciência natural só pode observar o homem enquanto algo simplesmente presente na natureza. Surge a questão: seria possível atingir desta forma o ser homem? Dentro deste projeto científico-natural só podemos vê-lo como ente natural, quer dizer, temos a pretensão de determinar o ser homem por meio de um método que absolutamente não foi projetado em relação à sua essência peculiar (HEIDEGGER, 2009, p. 57)

O modo da ciência natural positivista de conhecer o homem tem como referência o homem passível de ser generalizado. A essência do homem de ser desvelador de mundo não pode ser acessada a partir dessa perspectiva. Em contrapartida, a Ciência Natural Positivista traz grandes conquistas para a superação de doenças orgânicas.

Salientamos que Heidegger não assume uma posição contrária ao método da ciência natural moderna para o estudo dos fenômenos da natureza, mas sim à transposição desse método ao estudo do ser humano... (CARDINALLI, 2015, p. 254).

No processo de medicalização, há a aplicação do método da Ciência Natural na compreensão dos fenômenos humanos. Em outras palavras, a psiquiatria busca ser tão “baseada em evidências” quanto as outras especialidades da medicina e, para isso, se apoia na Ciência Natural para erigir seu saber e prática. Tomar a doença mental como doença orgânica é uma expressão da ampliação sem limites do campo da medicina. Foucault (2008) expõe três determinações que fazem com que as doenças mentais demandem uma análise diferente da utilizada nas doenças orgânicas. A primeira delas consiste na impossibilidade de abstração das partes em relação ao todo na doença mental. No organismo, cada parte do todo tem uma função e elas não contemplam dentro delas o todo, diferente da personalidade, na qual cada parte diz do todo. Por exemplo, quando sonhamos nossa personalidade inteira está lá representada (FOUCAULT, 2008). A segunda diferença é que o critério para definir o normal e o patológico não acontece da mesma forma nas doenças mentais e orgânicas. Nos tecidos orgânicos é o organismo que reage ordenadamente ao dano patológico, como que para repará-lo, existe uma coerência nas possibilidades fisiológicas do organismo, como dissemos anteriormente, o organismo produz novas normas para a superação da doença. “Assim como a doença está inscrita no interior das virtualidades fisiológicas normais, a possibilidade de cura

está inscrita no seio dos processos de doença” (FOUCAULT, 2008, p. 18). Já na psiquiatria, a noção de personalidade torna singularmente difícil a distinção entre normal e patológico. Por último, na doença mental, a separação do doente de seu meio não é possível, enquanto na doença orgânica isso seria em parte possível. Quando o indivíduo está organicamente doente é possível considerar apenas a individualidade do sujeito doente permitindo isolar a doença nas suas reações patológicas, na patologia mental não é possível abstrair a realidade do doente (FOUCAULT, 2008). Na radicalidade do processo de medicalização, toma-se doença mental por doença orgânica. Foucault (2008) chega à conclusão de que é necessário um método novo de análise das doenças mentais, pois estas diferem qualitativamente das doenças orgânicas e têm determinações incrustadas no ambiente cultural em que um comportamento é compreendido como doença. Com a expansão do campo de intervenção da medicina e com a submissão de outras determinações do humano à explicação médica, as doenças mentais, que estão no campo da psiquiatria, passam a ser abordadas como doenças orgânicas, sendo consideradas como tendo a mesma lógica de investigação diagnóstica, baseada na ciência natural positivista. A busca pelo que permanece no ser, pela previsibilidade e garantia nos tratamentos, se torna ainda mais difícil no caso da doença mental, que tem a cultura como referência para sua definição. A compreensão das doenças mentais como orgânicas visa a dar contornos e parâmetros permanentes dos limites entre normal e patológico no campo da doença mental.

Destacamos, desse modo, que a proposição heideggeriana, ao compreender a existência humana como ser-aí, implica uma mudança paradigmática do entendimento do homem, do mundo e da relação homem-mundo relativa aos conceituados pela ciência natural moderna. Sua compreensão do homem como ser-aí significa o rompimento com as teorias e os modelos conceituais mais habituais da Psicologia e da Medicina, que estão apoiados nas noções de ser vivo, de sujeito, de razão, de vontade, ou de impulso (CARDINALLI, 2015, p. 254).

O fenômeno da medicalização expressa o modo de olhar da técnica e da ciência natural positivista para os fenômenos humanos. A técnica, direcionada para a produção, e a ciência natural direcionada para a produção de conhecimento buscam a possibilidade de reprodução de situações e objetos. A aquisição e a ampliação de tecnologias decorrem dessa sistematização do conhecimento e das condições de re-produção próprias da ciência natural e da técnica. O avanço no tratamento de doenças, as melhorias na qualidade de vida das pessoas, o aumento da longevidade da população, entre outras, são conquistas dessas tecnologias. O modo de pensamento que tem como paradigma a metafísica garante esses avanços. No entanto, esse mesmo modo de pensamento, que traz melhorias, encobre a possibilidade de coexistirem outros modos de desvelamento de mundo, pois a técnica e a

ciência natural positivista apenas validam um tipo de verdade que é quantitativa, mensurável e causal. A padronização assegurada por esse modo de pensamento engendra a abstração da singularidade, havendo o consequente empobrecimento da atividade criadora do homem (informação verbal)²⁷, pois é apenas desse modo que será possível chegar a uma produção que garanta seus resultados. A medicalização expressa esse mesmo modo de funcionamento, que busca conhecer o que é padrão na saúde do homem e reproduzir no coletivo. Os comportamentos ditos normais são considerados comportamentos padrões e ideais, de modo que servem de referência para que todos os outros se ajustem. A medicalização propõe ajustamentos baseados na ciência natural. No momento histórico que vivemos, estamos imersos no modo de pensar técnico, o qual conforme vimos tornou-se um modo de ser, que encobre pluralidade de modos de des-encobrir mundo. Chegamos, então, à ideia de que a medicalização é um modo do desvelamento técnico de o mundo se viabilizar.

3.3.2. A técnica assume pelo homem o cuidar de si

O modo de desencobrimento técnico do mundo se estende para todas as relações do ser-no-mundo e expressa o modo de o homem contemporâneo ocidental estar no mundo (CRITELLI, 2011). A medicalização é um modo de o homem compreender a si mesmo que expressa o chamado do desvelamento técnico e encobre outras formas de desvelamento.

O que Heidegger compreende como sendo a essência da técnica moderna, como estamos vendo, confunde-se com a essência mesma da nossa ocidentalidade. Especialmente porque ela não é apenas um modo de pensar, mas um modo de ser que nos caracteriza enquanto civilização. A humanidade do homem, que na modernidade se estabeleceu sobre a razão calculadora, se amplia e sobrepõe na figura da técnica. É o agir da técnica que dá ao homem, hoje sua essência (CRITELLI, 2011, p. 38).

A redução do homem ao que é racional do ser (DEL VOLGO e GORI, 2005) aponta para a ânsia de ser dominador da técnica, a qual é entendida como única possibilidade de ser homem, e, com isso, ele permanece prisioneiro a esse modo de desvelamento, do qual recebe o apelo, inclusive para compreender a si próprio. A busca pelo domínio da instrumentalidade da técnica é infundável.

A interpelação produtora da técnica é sempre determinante do nosso agir, pensar e conduzir. A interpelação da técnica nos substitui em nossas decisões e ações. Substitui-nos em nossa responsabilidade, uma vez que ela nos oferece tudo já previamente delimitado. Substitui-nos naquilo que mais nos caracteriza em nossa humanidade, segundo Heidegger, que é o sermos “pastores do ser, cuidadores do

²⁷ Aula proferida por João Augusto Pompeia na Associação Brasileira de Daseinsanalyse em 2014.

ser”. Como a técnica estipula o modo de cuidar, ela nos rouba nossa condição: cuida por nós (CRITELLI, 2011, p. 42).

A técnica encobre o cuidado do homem com seu próprio ser e, para, além disso, estipula o modo como o homem cuidará de seu ser. É desse modo que o homem deixa de ser livre. A medicalização, enquanto um modo de o homem se compreender e cuidar do seu próprio ser, restringe a sua liberdade e humanidade encobrindo outras possibilidades de cuidado. A pergunta que formulamos é: como seria possível resistir a essa interpelação produtora da técnica? Resistir a esse modo de cuidado com o próprio ser, cuja medicalização é uma das vias de realização?

3.4 RESISTÊNCIA? DO QUE SE TRATA?

Nessa seção buscaremos ampliar a nossa compreensão do que seriam as resistências aos processos de medicalização, para tanto realizaremos uma reflexão sobre os sentidos possíveis do termo resistência, expondo o significado nos dicionários da língua portuguesa, de filosofia e no latim. Em seguida, exploraremos os sentidos da resistência para a psicanálise, Foucault, Deleuze, Chauí e Agamben, chegando ao âmbito da resistência política, campo no qual se insere a resistência à medicalização.

No dicionário Houaiss o verbete resistência significa:

Resistência: ato ou efeito de resistir. 1. Qualidade de um corpo que reage contra a ação de outro corpo 2. o que se opõe ao movimento de um corpo forçando-o a imobilidade 3. Capacidade de suportar a fadiga, a fome, o esforço 4. recusa de submissão à vontade de outrem; oposição, reação 5. luta que se mantém como ação de defender-se; defesa contra um ataque 6. fig. reação a uma força opressora; [...] 9. Força que anula os efeitos de uma ação destruidora; [...] 16. JUR direito que possui alguém de defender-se de ordens injustas, ou atos que violem seus direitos; oposição [...] 18. MEC Força em sentido oposto à do movimento de um corpo r.capilar propriedade dos vasos capilares que lhes permite resistir à pressão sanguínea r. dos materiais ciência que tem como objetivo determinar as dimensões dos elementos de uma construção, para que possam resistir à tensão que terão de suportar [...] (HOUAISS et al., 2001, p. 2.438).

Na definição de Houaiss, nos itens 1, 2, 4, 5, 6, 9 e 16 a palavra resistência é apresentada a partir da física como um ato que se dá em um segundo momento, na tentativa de neutralizar ou parar uma força/movimento anterior. Ou seja, quando resistimos, resistimos a algo, a uma ação, um movimento. Diferentemente, na definição 18, a resistência é apresentada como uma propriedade, que é expressa na locução “resistência dos materiais”. Trata-se de outro modo de a resistência se apresentar, que não acontece por oposição necessariamente, ou em reação a uma força primeira. A resistência dos materiais, na engenharia, designa a capacidade de o material resistir a uma força a ele aplicada.

A resistência dos materiais é um ramo da mecânica que estuda as relações entre as cargas externas aplicadas a um corpo deformável e a intensidade das forças internas que agem no interior do corpo. Esse assunto também envolve o cálculo das deformações do corpo e proporciona o estudo de sua estabilidade quando sujeito a forças externas (HIBBELER, 2010, p. 1).

Trata-se da resistência das propriedades físicas do material, que é considerado resistente ao permanecer inteiro após os atritos de outros materiais em sua estrutura. A resistência do material é dada em função da propriedade de sua matéria. Da mesma forma na definição 3 do dicionário Houaiss – “Capacidade de suportar a fadiga, a fome, o esforço” – também não estamos falando de uma oposição, mas de uma condição física. A partir dessas definições, podemos indicar dois modos gerais de a resistência se apresentar: por oposição e pela propriedade do material, por afirmação.

No *Dicionário de Latim*, encontramos que o verbo resistir é derivado de *resistere*. A raiz *sistere* decorre de *stare*, que significa colocar-se de pé, e tem também os seguintes significados: consolidar, estabelecer, colocar, manter, fortalecer (DICOLATIN, 2013). Essa palavra é raiz de insistência, desistência, persistência e existência (SARAIVA, 1993). Podemos pensar nesses desdobramentos da raiz de resistência como modalidades de *sistere*. A existência (ex. “movimento para fora” [HOUAISS, 2001, 1279] + *sistere*) designa estar para fora, ser fora. A insistência (*in* “como valor intensivo de movimento para dentro, de repouso, de permanência, de direção, de tendência” [HOUAISS, 2001, p. 1.588] + *sistere*) denomina permanecer em um modo de estar. Desistência (*des* “oposição negação ou falta” [HOUAISS, 2001, p. 947] + *sistere*) expressa a falta de estabelecimento ou de manter-se. A persistência (*per* [1. através de, por entre de [...] 2. duração continuidade” (HOUAISS, 2001, 2182] + *sistere*) significa continuar mantendo-se. Por último chegamos à palavra estudada: resistência, com o prefixo *re*, que designa “1. retrocesso, retorno, recuo [...] 2. Repetição, iteração [...], 3. Reforço, intensificação, 4. oposição rejeição, repulsa” (HOUAISS, 2001, p. 2.389), seguido de *sistere*, resistência traz o sentido de existir mais uma vez, existir de novo, o que retorna, repete, o voltar a existir, uma intensificação do estabelecimento e também uma oposição a ele. O prefixo *re* remete à repetição e designa uma duplicação, um desdobramento, uma dobra, de modo que a resistência seria uma dobra da existência (ROQUE, 2001), um novo que traz consigo o passado no que repete.

No *Dicionário de Filosofia* (MORA, 2001), encontramos a referência à resistência como o fator decisivo para que o homem faça a experiência da existência do mundo que é independente dele mesmo. Apenas experimentando a resistência oferecida pelo mundo exterior poderíamos confirmar a sua existência. Esse pensamento aparece com Destut de

Tracy, em 1817 (MORA, 2001). Muitos outros filósofos seguem nessa mesma linha de pensamento. Nessa concepção da resistência a faceta de oposição está presente, pois, para provar a existência do mundo exterior algo que existe fora de mim vai oferecer resistência ao meu corpo.

Nos três dicionários consultados há a ideia da resistência como uma ação, ou um movimento que ora é compreendido como fazendo obstáculo a outra ação, ora compreendido como movimento positivo de constituição afirmativa, como a resistência física de uma pessoa. Trata-se de um movimento que se mantém em situações que causariam variações, como a resistência dos materiais, ou que produz diferenciação do estado anterior.

Para que um movimento produza diferenças, é preciso que, para além de sua porção constituída, haja outra, que é constituinte do movimento e sem a qual qualquer movimento correria o risco de cristalizar-se, estagnar-se e se deixar capturar (ROQUE, 2001, p. 31)

Nessa perspectiva, encontramos uma característica fundamental da resistência, que é ter uma parte de si como diferença afirmativa e outra como movimento que está em aberto. É uma força que é constituinte e não se contenta com a parada do movimento ao qual se opõe, pois caso haja esse contentamento não haverá produção de diferença (ROQUE, 2001). A resistência a um processo visa à produção de diferença do que está constituído. Assim, junto com o esforço de repetir uma direção anterior, há o esforço por uma nova tendência, para um direcionamento diferente do que está se dando. Por exemplo, resistir ao processo de medicalização da sociedade não consiste em eliminar a medicalização, e, sim, em acessar e tornar visíveis as tendências minoritárias diversas que estão presentes no campo e que se enfraquecem com o domínio do processo de medicalização.

Nessa mesma direção, o conceito de resistência é definido por Deleuze, no documentário *Abecedário de Gilles Deleuze*, como criação. O filósofo traduz o “resistir” por uma liberação de potência de vida, liberação que é própria da arte. Ele dá o exemplo de Primo Levi, que escreveu *É isto um homem?* – livro sobre suas memórias do campo de concentração Auschwitz. Levi escreve no prefácio de seu livro:

A necessidade de contar “aos outros”, de tornar “os outros” participantes, alcançou entre nós, antes e depois da libertação, caráter de impulso imediato e violento, até o ponto de competir com outras necessidades elementares. O livro foi escrito para satisfazer essa necessidade em primeiro lugar, portanto, com a finalidade de liberação interior (LEVI, 1988, p. 8).

A resistência, nesse caso, é a própria sobrevivência de Levi e a criação que pode ser feita a partir do vivido. A arte seria, então, a liberação da vida das prisões dos homens. Os grandes cientistas como Einstein e Gallois são considerados por Deleuze um exemplo de

resistência aos treinamentos e à opinião corrente, “eles têm a força de exigir o ritmo deles a eles” (BOUTANG e PAMART, 1988) Deleuze compreende, assim, a resistência como construção do peculiar ou do novo. “A luta pela subjetividade se apresenta, então, como direito à diferença e direito à variação, à metamorfose” (DELEUZE, 1998, p. 113). A resistência diz respeito à ação de diferir de um pensamento hegemônico, ter direito de variar do hegemônico.

A criação é também a resistência à normalização e à objetificação da avaliação quantitativa características fundantes do processo de medicalização e ideias dominantes atualmente, na visão de Gori (2009). Ao sermos criativos, nos distinguimos do movimento hegemônico de produção em larga escala com resultados assegurados e trabalhamos como os artesãos, voltados para o singular.

No âmbito do indivíduo, Freud (1969) empregou o termo resistência para se referir a uma força que estaria a serviço da manutenção dos sintomas, constituindo um obstáculo para o processo de análise. A resistência na análise protege o sintoma. Freud (1969) afirma que a resistência deve ser incorporada e trabalhada no processo analítico por meio da transferência dentro do enquadre psicanalítico. Isso porque, se deixarmos esta de fora desse processo, o sintoma do sujeito nunca será acessado. Desse modo, a resistência é uma das forças que movimenta o processo analítico, sendo ela mesma uma força de mudança decorrente do processo de análise em si. Assim, no conceito freudiano, encontramos o paradoxo de a resistência ser tanto o obstáculo, como a possibilidade de acesso ao sintoma. Este último é um modo particular de o sujeito se manifestar, pois ele é a formação de compromisso que concilia os desejos inconscientes e as censuras a esses desejos, de cada sujeito (CANAVÊZ, HERZOG, 2011). No conceito de sintoma temos outro paradoxo, que consiste na conciliação com a moralidade e a concomitante resistência a esta (CANAVÊZ, HERZOG, 2011). A resistência em abrir mão do sintoma buscaria defender o

espaço de produção particular do sujeito, espaço este capaz de se opor às tentativas de homogeneização levadas a cabo pela cultura de nossa época. Nessa visada, resistência e sintoma poderiam ser tomados mesmo como sinônimos, uma vez que o sintoma neurótico é uma produção singular empreendida pelo sujeito, através da qual este se insere na cultura (CANAVÊZ, HERZOG, 2011, p. 112).

No conceito psicanalítico de resistência unem-se os dois sentidos desta: de oposição e afirmação, conforme vimos nas definições dos dicionários. Fica evidente também a presença da dualidade: poder (do analista) e resistência (do paciente), pensamento que converge com a concepção de resistência para Foucault, conforme veremos a seguir (CANAVÊZ, 2015).

Assim, podemos entender resistência na psicanálise, articulando esse conceito com o pensamento de Deleuze, como uma defesa da afirmação da singularidade do sujeito e não somente como obstáculo a ser vencido no processo analítico (CANAVÊZ, HERZOG, 2011). Isto é, a resistência é uma ação positiva de preservação da singularidade do sujeito, ação que aponta para o sintoma e diz sobre o sintoma. Na mesma direção, tendo como solo as ideias de Foucault para pensar o conceito psicanalítico, compreendeu-se a resistência em análise como “produção do novo e da diferença no processo de subjetivação” (VENTURA, 2009, p. 5). Trata-se de um não assujeitamento a um único modo de subjetivação (CANAVÊZ, 2015). Dessa forma, mais um sentido possível para a resistência é ela constituir a possibilidade de produção do novo, de modo que as repetições do sintoma em análise podem ser compreendidas como solo para um novo desfecho.

Longe de qualquer ideal de cura, uma prática psicanalítica comprometida com o vir a ser da subjetividade, com a produção de um estilo singular para a existência e com a invenção permanente da vida, deve acolher, no campo da transferência, toda e qualquer forma de resistência, para que os lampejos do novo e da diferença possam emergir no âmago do mesmo (VENTURA, 2009, p. 161).

Nesse contexto, a resistência pode ser compreendida como possibilitadora para o aparecimento do que é plural²⁸. Afirmamos anteriormente que o apelo que rege a abertura do homem para o mundo da época vigente é o da técnica, que tem como principais características o controle, a previsibilidade, a mensuralidade e a padronização no processo desvelamento de mundo. Estas são também características da medicalização, que tem sua condição de possibilidade na abertura técnica. O processo de medicalização vai no sentido oposto ao da pluralidade. As formas de resistência individuais de criação, produção de diferenças, insubmissão a um modo de compreensão de si hegemônico têm efeitos no campo político. A resistência ao fenômeno da medicalização se insere nesse campo, o do espaço de convivência entre os homens.

²⁸ Tal movimento que acontece concretamente no que denominamos cultura popular: “conjunto disperso de práticas, representações e formas de consciência que possuem lógica própria” (CHAUÍ, 2014, p. 28). A cultura popular tenciona o campo cultural na direção da pluralidade, da existência de diversas nuances na cultura. Chauí (2014) apresenta a cultura popular como sendo ora resistente à cultura dominante, ora em conformismo/conformação com a cultura dominante e ora ambos. Uma das características fundantes da cultura popular é ela ser plural e distinta da cultura dominante, por esse motivo ela ganha o adjetivo popular, “exatamente por essa lógica de práticas, representações e formas de consciência” (CHAUÍ, 2014, p. 28), que são próprias da cultura popular e não respondem a um prisma de totalidade (do uno). A cultura popular mostra as forças minoritárias, garantindo a insubmissão a uma cultura total.

3.4.1 Resistência à medicalização, resistência política

O conceito de resistência política designa uma ação de oposição em que a violência não é utilizada e se caracteriza, principalmente, pela reação de defesa a ataques (RABINOVICHT, 2007). No campo político, tanto terrorismo quanto resistência produzem oposição a uma determinada configuração vigente e constituem-se como modalidades combatentes de um projeto político desde a Revolução Francesa (RABINOVICHT, 2007). No entanto, trata-se de conceitos distintos. Diferente da resistência, o terror segue a lógica da tirania e tem como recurso a violência, que anuncia a política que virá, caso o espaço político reivindicado pelos atos de terror sejam conquistados (RABINOVICHT, 2007).

A noção de resistência é simples. Toma consistência no embasamento ético-político da Revolução (Francesa). Pertence à sua lógica interna, emancipatória e anti-tirânica. É coerente com o Universalismo e com o Humanismo (amor ao gênero humano) do élan revolucionário do primeiro período (RABINOVICHT, 2007, p. 49).

A palavra resistência começa a ser utilizada no século XIII, designando a oposição a uma “pessoa que faz o uso da força ou de meios de coerção” (RABINOVICHT, 2007, p. 49). No século XVI, com a Revolução Francesa, esse termo ganha valor político e, na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1791, a expressão “direito de resistência à opressão” aparece como um direito natural e imprescritível (RABINOVICHT, 2007). Spinoza apresenta a resistência política como um movimento constituinte e constante do poder político, considerando que, no momento em que há a violação do consenso que legitima um governo, autoriza-se o exercício do “direito de resistência” (GUIMARAENS e ROCHA, 2014). O contrato entre governadores e governados deve ser permanentemente refeito no intuito de manter a possibilidade de exercer o poder político. Caso esse recontrato não seja realizado, as leis “pelas quais a multidão transfere o seu direito para um só conselho, ou um só homem, devem ser violadas, quando interessa a salvação comum violá-las” (SPINOZA, 2009, apud GUIMARAENS e ROCHA, 2014, p. 202). Nessas circunstâncias, o exercício de direito de resistência pela multidão é desejável para a manutenção do pacto entre os homens que vivem juntos, para que um novo contrato seja realizado e os homens possam continuar vivendo em cidade (GUIMARAENS e ROCHA, 2014). “Em Spinoza, o direito de resistência é o esforço concretizado de contínua instituição do poder político, ainda que essa contínua instituição signifique a própria reorganização institucional” (GUIMARAENS e ROCHA, 2014, p. 184). Assim, a resistência política está prevista como uma força que vai na direção da manutenção da fundação da política que consiste na potência da multidão e no direito à cidade. A

resistência é institucionalizada, não é excepcional. Ela evita a indignação de uma maioria dos cidadãos que podem agir resistindo, e produz cidadãos pertencentes à cidade, enquanto a obediência produziria súditos-sujeitos (GUIMARAENS e ROCHA, 2014).

É importante ressaltar que a resistência assume um caráter positivo em Spinoza. Resistir não significa apenas contrariar certo estado de coisas ou uma simples ruptura de um determinado pacto, mas, sobretudo, afirmar uma potência voltada à recomposição dos fundamentos da organização política. Há situações-limite em que desobedecer aos governantes é o mesmo que obedecer aos fundamentos do Estado (GUIMARAENS e ROCHA, 2014, p. 202).

Esse pensamento converge com a ideia de Foucault que indica que poder e resistência se dão sempre de forma concomitante. Na obra de Foucault encontramos que a resistência é dupla indissociável do poder, ou seja, onde há poder, há, também, resistência, ambos capilarizam-se na malha social simultaneamente (CANAVÊZ, 2015). A resistência “é contemporânea e integrável às estratégias de poder” (CASTRO, 2009, p. 387). Se um desses termos deixa de existir, o outro necessariamente sai de cena, de modo que o poder é delimitado pela resistência e o oposto também é verdadeiro. O exercício do poder deixa de ser possível, caso não haja a possibilidade de resistência. Assim, a pesquisa sobre as resistências à medicalização lança luz para as relações de poder indissociáveis destas, explicitando as relações de poder no campo da medicalização.

Foucault (1984) aponta a existência de três tipos de resistência: contra dominações étnicas, sociais e religiosas; contra as formas de exploração que separam o indivíduo do que ele produz, próprio do capitalismo; e contra as formas de assujeitamento, subjetividade e submissão (FOUCAULT, 1984). “Para Foucault, essas são lutas de resistência contra o gigantesco aparato, técnicas e procedimentos desenvolvidos para conhecer, dirigir e controlar as vidas das pessoas, seus estilos de existência, suas maneiras de sentir, avaliar, pensar” (BRANCO, 2001, p. 245). A resistência à que ele se refere é a que defende a insubmissão das subjetividades e que se constitui como força “inventiva, móvel e produtiva” (VENTURA, 2009, p. 154). Trata-se de uma força que não tem apenas o papel de denunciar ou reivindicar, é em si uma força de luta (CASTRO, 2004).

A condição primordial para que poder e resistência existam é a liberdade (CANAVÊZ, 2015). Foucault afirma que, fora do âmbito da liberdade, “só há servidão e obediência e, portanto, nenhuma possibilidade de resistir” (CANAVÊZ, 2015, p. 233)²⁹. Desse modo,

²⁹ “O poder não se exerce senão sobre ‘sujeitos livres’ e enquanto são ‘livres’ – entendamos por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades no qual muitas condutas, muitas reações e diversos modos de comportamento podem ter lugar. Onde as determinações estão saturadas, não há relações de poder: a escravidão não é uma relação de poder quando o homem está acorrentado (trata-se, então, de uma relação física constrangedora), mas somente quando o homem pode movimentar-se e, no limite, fugir.

quando falamos da resistência a algo, afirmamos que estamos em um campo que há a possibilidade de insubmissão.

Assim como Foucault, Giorgio Agamben, em seu texto “O que podemos não fazer” (2014), também apresenta a liberdade como pré-requisito para a resistência. Ele afirma que a liberdade traz a possibilidade de o homem transformar as suas capacidades em faculdades, o que não é uma possibilidade para os outros animais. Ter a capacidade para realizar algo e poder tanto fazê-lo, quanto não fazê-lo é ser autenticamente livre. A possibilidade de não realizar uma capacidade é o que permite transformar as capacidades em faculdades. Estas últimas pressupõem a liberdade e o domínio do homem perante as suas capacidades. “Enquanto o fogo só pode queimar, e os outros viventes podem apenas a sua potência específica, podem unicamente este ou aquele comportamento inscrito na sua vocação biológica, o homem é o animal que pode a sua própria impotência” (AGAMBEN, 2014, p. 72). Poder a própria impotência, poder não fazer, é a condição para a liberdade humana.

Nada nos torna tão pobres e tão pouco livres como esse estranhamento da impotência. Aquele que é separado do que pode fazer pode, porém, resistir ainda, pode ainda não fazer. Aquele que é separado de sua impotência perde, ao contrário, principalmente, a capacidade de resistir. E como é somente a ardente consciência do que não podemos ser que garante a verdade do que somos, assim, é apenas a visão lúcida do que não podemos ou podemos não fazer que dá consciência do nosso agir (AGAMBEN, 2014, p. 73).

Ao perder o contato com a possibilidade de não atuar a sua capacidade, o homem deixa de ter escolha para aquele ato, podendo apenas colocar em ação a sua capacidade. A resistência somente é possível quando há a possibilidade de não realizar a potência. Agamben (2014) aponta que atualmente é comum o homem estar separado da própria impotência, tendo como virtude a possibilidade de ser flexível e assumir a tarefa de cumprir diferentes capacidades, deixando de lado suas faculdades e exercendo apenas suas capacidades.

Conformismo e resistência ao que é hegemônico acontecem frequentemente juntos, não são excludentes. A ambiguidade é constituinte do campo de relações (CHAUÍ, 2014) e só é possível porque o homem pode não realizar sua potência, tem liberdade para isso. Além disso, a resistência pode se dar mesmo sem que haja mobilização. Chauí (2014) sugere que existem práticas que não são de início concebidas como de resistência e que ganham sentido de atos de resistência, em um segundo momento, a partir dos efeitos que esse ato ganha. Isso acontece, por exemplo, quando há a não cooperação, a não adesão ou apoio a um programa oferecido para uma população. Quando o dispositivo oferecido não faz sentido para uma determinada população, esta acaba por não se engajar nas propostas. Nesses casos, não há um

questionamento aberto, mas há resistência, considerando que os objetivos da ação proposta acabam por não ser atingidos e um novo direcionamento é dado para o programa.

De início, poderíamos pensar que a mobilização da população é necessária para haver resistência no âmbito político. A resistência à medicalização, frequentemente, ocorre sem haver mobilização da população, ou seja, por meio de atos não concebidos como resistência, em um primeiro momento, que ganham tal sentido posteriormente, quando analisamos o campo em que está inserido. Um exemplo da resistência política sem haver mobilização é a amizade (ORTEGA, 2000; GOMES e SILVA, 2007). Essa modalidade de vínculo pode ser compreendida como resistência política por se afirmar como um tipo de laço que difere do modelo ditado pelo regime hegemônico do capitalismo. Este último traz como valor central as leis do mercado de competitividade, individualidade e acumulação. Na amizade, o compartilhamento e a solidariedade se sobressaem e constituem um convite à alteridade, convite para o compromisso com o outro que abre espaço de criação de novas formas de vida e de comunidade. Trata-se de um tipo de laço afetivo que difere da lógica das relações do lar, garantindo o espaço entre os homens do mundo compartilhado. Este é um pré-requisito para a existência de um campo político, que é “entendido como o espaço do agir e da liberdade, da experimentação, do inesperado, do aberto, um espaço vazio, ainda por ser preenchido: a amizade como exercício do político baseado na pluralidade” (ORTEGA, 2000, p. 117). Dessa forma, a amizade é considerada uma resistência política por carregar consigo a possibilidade de um espaço em que o novo pode ser instaurado, espaço de experimentação de relações, para além da família, na qual nascemos imersos, dando a possibilidade de inauguração do espaço aberto.

As “Organizações Contra Hegemônicas” também expressam a possibilidade de um funcionamento diferente do que o dominante no campo político, promovendo a pluralidade. Elas se definem como a prática de resistência aos discursos de gestão dominante que contestam a ordem capitalista e que buscam a efetivação de projetos políticos por meio de sua organização (ZILIO et al., 2012). Trata-se de movimentos de resistência, os quais podem revitalizar o espaço político, entendido como espaço de pluralidade, por meio da reapropriação dos cidadãos desse espaço. Ao se organizarem de formas variantes em relação à hegemônica, os próprios movimentos de resistência garantem a existência de diferentes formas de gestão. Com a pluralidade abre-se o espaço de criação, para novas formas de exercício da política e de pensamentos. Zilio (2012) destaca duas características recorrentes nas organizações contra-hegemônicas: a associação voluntária de cada participante e a falta de hierarquia na gestão dessas organizações de modo que as relações são estabelecidas

horizontalmente. Essas duas características contribuem para a formação de uma identidade coletiva que os autores entendem como fundamental para a mobilização de pessoas para a resistência.

Assim, focos de resistência, de desobediência civil e lutas sociais articuladas por organizações contra-hegemônicas são formas de recuperação da capacidade humana de agir coletivamente e de resistir contra a arbitrariedade e a opressão, enfrentando uma mentalidade bastante presente que nos diz que não é possível nenhuma novidade, senão adaptarmo-nos ao mundo da forma como ele funciona (ZILIO et al., 2012, p. 799).

A resistência, nesse caso, se opõe a uma adaptação sem questionamentos, ao que seria considerado a forma correta de viver.

Na resistência da amizade e das Organizações Contra Hegemônicas, constatamos mais uma condição para que a ação de resistir seja viável. Poder haver questionamento sobre a realidade é uma condição prévia para haver resistência. Trata-se da compreensão de que os fenômenos não são dados, e sim postos. Entender os fenômenos como postos implica compreender a cultura como determinada por uma malha de redes de significação, em que se inserem diversas formas de sociabilidade e de relações humanas que se codeterminam.

Ora, seres e objetos culturais nunca são dados, são postos por práticas sociais e históricas determinadas, por formas de sociabilidade, da relação intersubjetiva, grupal, de classe, da relação com o visível e o invisível, com o tempo e o espaço, com o possível e o impossível, com o necessário e o contingente. Para que algo seja *isto ou aquilo e isto e aquilo* é preciso que seja assim posto ou constituído pelas práticas sociais (CHAUI, 2014, p. 103).

Com isso, Chauí (2014) nos diz que as coisas não são o que são nelas mesmas, o sentido das coisas é construído e polissêmico, ele depende da configuração do campo em que está inserido e das práticas sociais deste. É com essa compreensão que a possibilidade de resistência se abre, pois há a percepção de que o modo como vivemos não é o único modo possível. Ele depende de práticas sociais e de escolhas de direcionamento político, não é natural. “Para resistir a algo é preciso supor este algo ao mesmo tempo presente e ausente. E, por isso mesmo, a ação aponta para o futuro” (ROQUE, 2001, p. 30). É nisso que consiste a face de abertura da resistência: é necessário compreender que o objeto ao qual se resiste poderia apresentar outra configuração diferente da vigente. Quando resistimos à medicalização, entendemos que a medicalização e todos os fenômenos humanos encontram-se inseridos em um campo multideterminado que se configura na história e são “efeito das relações de poder e saber” (MACHADO, 2011b, p. 226). Na linguagem fenomenológica, o homem é ser-no-mundo, está sempre junto ao mundo, sendo este último um caráter do homem.

3.4.2 Nesta perspectiva será possível resistir à medicalização?

Na reflexão sobre o termo resistência, chegamos a dois pré-requisitos para que ela seja viabilizada: a liberdade e compreender que as situações poderiam ser de formas diferentes daquela como se apresentam. Ao perceber que o modo técnico de olhar para o mundo é apenas uma entre diversas formas de desvelar o mundo, o homem reassume a sua liberdade e a possibilidade de questionamento.

Conforme dissemos anteriormente, a libertação da restrição da composição (Gestell) localiza-se na essência do homem, que é ser desvelador de mundo a partir de sua condição no horizonte do tempo. O caminho para a libertação da era da técnica reside na possibilidade de ouvir o silêncio que questiona as certezas sobre a exploração e a produção. “O caminho inaudito para o ocidente está no abandono decisivo do domínio sobre o ente e a entrega ao ser em seu poder-ser. Está no salto para fora do círculo vicioso da interpelação produtora” (CRITELLI, 2011, p. 41). A resistência ao domínio da coisa sobre o ser é inaugurar uma nova ética³⁰, ou seja, um novo lugar de liberdade para o homem.

Que a técnica nos auxilie, mas não nos tire de nós mesmos. A nova ética é essa da decisão e do encargo por si mesmo, ou seja, pela responsabilidade do cuidado de nosso destino histórico. Decisão fundamental, que não diz apenas se devemos criar e fazer isto ou aquilo. Se devemos assinar tratados desta ou daquela natureza, mas diz respeito à decisão pela nossa humanidade: que não nos tomem mais das mãos a possibilidade da autoria da nossa destinação histórica. Que não nos enganemos mais que comandamos quando estamos sendo comandados, especialmente pelas nossas próprias ilusões sobre quem somos e o que podemos (CRITELLI, 2011, p. 42).

Assim, quando o homem puder se responsabilizar pela técnica e não deixá-la dominar a sua destinação histórica, ele redescobrirá seu lugar no universo (CRITELLI, 2011). Trata-se de uma responsabilização do homem pelo sentido apreendido das coisas, considerando que o ser-no-mundo é descobridor de mundo. A abertura técnica para o mundo explicita o projeto radical de domínio do ente da metafísica (CRITELLI, 2011), o ser desaparece como referência para se tornar uma peculiaridade do ente.

Entendemos que tanto a técnica quanto a ciência natural e a medicalização são modos de desvelamento do mundo que padronizam, abstraem a singularidade e sistematizam problemáticas complexas visando a segurança, controle e previsibilidade nos resultados, de modo que seu olhar é voltado para resultados objetivos e mensuráveis. A compreensão medicalizante é técnica e impossibilita o cuidar de nós mesmos de forma singular,

³⁰ A palavra ética “vem do grego *ethos*, que significa originariamente o lugar onde se habita. No pensamento de Heidegger, *ethos* de onde provém ética, não é o espaço físico, mas sim a morada, o abrigo, o lugar onde vivo [...] é o lugar da liberdade” (POMPEIA e SAPIENZA, 2001 p. 37).

encontrando o homem enquanto disposição. Além de a medicalização designar a ampliação dos limites do campo de atuação da medicina para tudo o que concerne à vida, entendemos que ela é um modo de desvelamento do mundo que substitui o homem em seu cuidado com seu próprio ser estipulando o modo técnico de cuidado. A humanidade do homem reside no homem ser “pastor de seu próprio ser” (HEIDEGGER, 1967), ser cuidador do seu próprio ser. Quando a técnica substitui o homem no cuidado com seu próprio ser, a condição humana é modificada, restringida ao desvelamento técnico, e isso tem implicações importantes.

A compreensão de que o ser-no-mundo pode desvelar o mundo de múltiplas formas é favorecida quando há a desconstrução e a revelação do impensado social e político das normas, as quais o poder apresenta como evidências “naturais” ou como fatos objetivos (GORI, 2009). Esse é um ato de resistência na ordem da cidadania e da filosofia (GORI, 2009). A desconstrução da naturalização, um dos mecanismos da medicalização, é uma insubordinação voluntária, considerando que a obediência a novas formas de dominação apresentadas como naturais exige um consentimento voluntário (GORI, 2009 p. 267). Manter a pergunta do modo como a realidade se configura pode ser um caminho para a percepção da técnica como um modo de desvelamento que restringe. Para Gori, analisar e desconstruir o funcionamento dos dispositivos de normatização é um primeiro ato de resistência. O segundo ato de resistência é o de restituir às práticas profissionais a dimensão política de seu fazer (GORI, 2009). A ideia é que os trabalhadores deveriam se recusar a corresponder às demandas que ferem a ética profissional, como no caso da detecção precoce do Transtorno de Conduta para a prevenção da delinquência. Nesse caso, o profissional designado para realizar a detecção nas crianças estará se submetendo a uma política tirânica que não corresponde à ética da profissão. Em casos como esse, Gori (2009) sugere que a resistência inclua a mobilização da opinião pública, fazer *lobbying* e realizar atos simbólicos de resistência.

Então, como resistir a esta máquina de governo, que uma vez mais passa pela norma antes de se impor como lei?

A resposta é simples e complexa: construindo o “coletivo” de resistência às normas, quando elas pervertem as finalidades das profissões ou modificam suas significações antropológicas (GORI, 2009, p. 275).

A construção de coletivos em torno de um direcionamento é uma forma importante de resistência que ajuda a preservar a ética das profissões e manter aberto o questionamento no âmbito do coletivo, pois, dessa forma, as críticas se localizam na esfera política. Gori é presidente do coletivo *L’Appel des Appels* – o qual apresentaremos no capítulo sobre os coletivos franceses –, que congrega diversos movimentos resistentes à lógica da medicalização. A coletivização e a politização da resistência à medicalização são um aspecto

importante do movimento, pois o processo de medicalização é, principalmente, caracterizado pela individualização de problemáticas coletivas e despolitização de questões políticas, tornando-as patologia individual. As organizações coletivas dão força para a visão de que os fenômenos humanos não são naturais, podendo sempre ser pensados e questionados.

A resistência ao processo de medicalização começa pelo reconhecimento de que é nas relações cotidianas que produzimos o modo de compreensão da medicalização. Esta última está presente nas relações que constituímos e é esse o primeiro lugar possível de resistência (MACHADO, 2011b). Romper essa lógica implica tomar os encontros com as pessoas com as quais trabalhamos como campo possível para que outras lógicas aconteçam, sendo este um campo profícuo de diálogo que sai da referência do ideal do “sujeito da população” e busca a referência da singularidade (efeito de criação do novo) (MACHADO, 2014). No diálogo, a alteridade se faz presente, há a possibilidade de escuta de outros pontos de vista, de modo que a pluralidade se afirma.

A lógica da medicalização é generalista e julgadora, resistir a tal lógica é produzir espaço de diálogo, o que coincide com a luta por garantir o espaço político. A rotulação das pessoas em diagnósticos é um modo de produzir a despolitização. “Conhecer o outro nomeando o que ele é e o que faz intensifica o que ele é e faz, impede-nos de buscar formas de potencializar as variações presentes em um acontecimento e, portanto, de romper com o processo identitário e totalitário que amarra o sujeito em uma forma” (MACHADO, 2011b, p. 228). Ao descrever o comportamento de alguém, podemos enfatizar o comportamento em si ou o campo em que aquele comportamento se deu indicando a variação possibilitada nesse campo. Com a ênfase no contexto, deixamos de aprisionar a criança na figura diagnóstica e entendemos que isso aconteceu em uma determinada circunstância e poderá ocorrer de formas diferentes em novas circunstâncias ou ter um outro desfecho em uma próxima vez nesse mesmo contexto. As variações possíveis ficam evidentes, o que garante a liberdade de a pessoa exercer outros papéis.

Ao longo deste capítulo afirmamos que uma das facetas centrais da medicalização é encobrir questionamentos legítimos sobre o modo hegemônico que vivemos, pois o que se apresenta como fora da norma passa a ser interpretado como patológico, algo não desejável que, conseqüentemente, deve ser corrigido ou remediado. Dessa forma, em vez de a criação de algo novo ser compreendida como uma resistência ao pensamento dominante, ela é rotulada como sendo uma variação patológica.

A medicalização terapêutica e a autoritária se coadunam na tentativa de diminuir resistências e docilizar corpos em nome da lei e da ordem social. As vidas passam a

ser anestesiadas e impedidas de qualquer plano de questionamento das práticas cristalizadas e instituídas que visam domesticá-las (LEMOS, 2014, p. 486).

Assim, há também a medicalização da resistência à medicalização. Trata-se da insistência das forças dominantes que capturam o que há de minoritário, atraindo tais forças para o sentido do dominante. Desse modo, quando uma resistência ao processo de medicalização se configura no campo, esse processo transforma a resistência a ele em algo compreendido de acordo com os fundamentos da medicalização, ou seja, da ordem da patologia e da busca pelo normal enquanto um valor.

A indisciplina, ao mesmo tempo, passa a ser uma forma de subverter o controle normalizador como resistência à obediência docilizadora. O corpo indisciplinado começa a ser rotulado como anormal, como o avesso do que se espera e do que se deseja constituir para a produção capitalista. Este corpo que rejeita o esquadro e a medida, que não aceita ser modelado e governado por regras normalizadoras, passa a ser alvo de castigos que operam por mais exercícios disciplinares, com o aumento de estratégias de controle terapêutico, socioeducativo, assistencial corretivo e securitário-segregativo. Praticamente todas estas táticas são atravessadas pelos processos medicalizantes moduladores da gestão de risco, da gerência disciplinar e da fabricação de performances de ordem e produção (LEMOS, 2014, p. 487).

Comportamentos que não sejam eficazes na produção, considerando eficaz o mínimo de dispêndio de energia no menor tempo possível para a produção, passam a ser rotulados em categorias diagnósticas de transtornos mentais. Os “transtornos de oposição desafiadora” e a “síndrome de burnout” são exemplos disso (LEMOS, 2014). Por meio desta rotulação, há a individualização do problema, transferindo o questionamento que provém da resistência da multidão a uma patologia individual. Dessa forma, o processo de medicalização captura as possíveis resistências à medicalização impondo o modo de compreensão medicalizante ao gesto de resistência. Quanto mais elaboradas as práticas de resistência, entendidas aqui como a indisciplina dos corpos, mais dispositivos de disciplina vão sendo gerados e as estratégias de medicalização vão se ampliando.

O processo de medicalização se apresenta como um dispositivo de controle que garanta o “chamado *capital humano*, em que *menos resistência e máxima produtividade* é o mote do neoliberalismo da atualidade” (LEMOS, 2014, p. 490). Trata-se de gerir o improdutivo, por meio da predominância do saber médico sobre as outras disciplinas. Os comportamentos que são entendidos como de risco são assim avaliados baseados em uma determinada concepção política.

Chegamos à ideia de que a resistência é um movimento que produz diferenciação de um estado anterior e/ou busca garantir que uma certa tendência do passado mantenha-se afirmada. A resistência é ação que pode ser de oposição, de obstáculo para um fluxo ou de

afirmação, como uma força constituinte de um material que lhe dá a sua condição e o que prova a sua existência – “resisto logo existo”. Trata-se de uma força verbo que tem em si um direcionamento que varia do vigente e, junto com esse direcionamento previamente estabelecido, abre-se para a criação do novo, que não pode ser previamente definido. A resistência é uma força constituinte e delimitadora do poder, que sempre luta pelo direito de variação, pela metamorfose, pelo minoritário, garantindo a existência da pluralidade, mas sem um direcionamento prévio assegurado. Compreendemos aqui que, ao expormos formas de resistência ao processo de medicalização, enquanto oposição ou presença/existência, apontamos para o sentido desse processo e para o que sustenta esse processo ao destacar o que não é o hegemônico, e sim o que varia do convencional e da norma. A concepção de resistência indica por si a possibilidade de mudança e da existência da pluralidade. O fenômeno da medicalização, por sua vez, exprime o ápice do paradigma metafísico e da compreensão técnica que vigora na atualidade, cujos principais traços são: o de encontrar um mundo a ser dominado e explorado e se compreender também na referência da produtividade. Dessa forma, a resistência à medicalização se encontra na possibilidade de manter a pergunta sobre como se dão os fenômenos humanos em aberto, sem buscar uma única resposta absoluta. Partiremos agora para a compreensão do que foi encontrado na pesquisa de campo na França sobre as resistências à medicalização e em que concepção de homem, de mundo e de sociedade se alicerçam.

4. CONDIÇÕES DO PERGUNTAR PARA QUE O FENÔMENO POSSA MOSTRAR-SE A SI MESMO EM SUA LIBERDADE³¹

Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia (ROSA, 2001, p. 80).

O objetivo geral desta pesquisa é investigar o sentido da resistência à medicalização, considerando a experiência de coletivos e de profissionais da saúde franceses como aquela que propõe reflexões e ações, de modo a ampliar a compreensão desse fenômeno.

A pesquisa apresenta os seguintes objetivos específicos:

- 1) compreender o fenômeno da medicalização e sua inserção no campo social e político;
- 2) identificar e compreender estratégias de resistência à medicalização a partir da experiência realizada por coletivos e profissionais da saúde franceses;
- 3) estabelecer articulações com a resistência à medicalização no Brasil.

Com tais objetivos, as nossas perguntas na presente pesquisa são: qual o sentido da resistência à medicalização apresentado por profissionais franceses, que estratégias apresentam para enfrentar o fenômeno da medicalização e o que essas estratégias revelam sobre o processo de medicalização vigente? Dois aportes de dados foram utilizados para responder a essas perguntas: o recurso metodológico da entrevista com profissionais da saúde e a análise documental dos coletivos franceses. Neste capítulo, apresentamos o cuidado tomado com as condições para realizar essas perguntas, de modo que o sentido das resistências, identificadas nas entrevistas e nos coletivos estudados, possam se revelar livremente para a pesquisadora. É o que denominamos método. Heidegger (2009), em um de seus seminários, busca a origem da palavra “método”, que deriva de *meta*, que significa além, para lá; e de *òdós*, do grego, que significa caminho.

Método é o caminho que leva a algo, uma área, o caminho pelo qual estudamos um assunto. Não se pode estabelecer de antemão, sem mais nem menos, de que maneira o assunto determina a espécie do caminho que a ele conduz, de que maneira a espécie do caminho para o assunto permite alcançá-lo (HEIDEGGER, 2009, p. 139).

Vamos, então, ao caminho desse trabalho.

³¹ “Fenomenologicamente, precisa cuidar para acessar o perguntado garantindo-lhe a liberdade de mostrar-se tal como é, e não de acordo com o que a tradição já enuncia” (EVANGELISTA, 2015, p. 29).

4.1 O RECURSO DA ENTREVISTA COMO CAMINHO EM DIREÇÃO AO FENÔMENO

Havendo a oportunidade de realizar parte desta pesquisa diretamente no país em que eu encontrava uma peculiaridade na resistência à medicalização, pude participar de jornadas dos coletivos e entrar em contato direto com profissionais da saúde que eu julgava poderem contribuir para a compreensão do fenômeno da medicalização. A entrevista foi o recurso utilizado para essa aproximação e aprofundamento das questões norteadoras da pesquisa.

Segundo Martins e Bicudo (2005), a entrevista não é um método em si, mas um recurso metodológico. Tal recurso pode ser utilizado na perspectiva fenomenológica considerando que o pesquisador dessa corrente busca permitir aos sujeitos “trazerem à luz o sentido por eles percebidos sobre o fenômeno estudado” (MARTINS e BICUDO, 2005, p. 92). As entrevistas feitas na França foram realizadas de forma singular com cada profissional, não tendo perguntas padronizadas para todas as conversas. Trata-se de entrevistas não-estruturadas ou completamente abertas (MOREIRA, 2002). Ou seja: “não há um conjunto específico de questões, mas alguns guias de ordem geral. [...] É provável que o investigador precise perguntar coisas que não estavam programadas principalmente para esclarecer tópicos ou cobrir assuntos que não estão aparecendo naturalmente na entrevista” (MOREIRA, 2002, p. 55). Cabe esse modo singular de proceder tendo em vista que, na pesquisa qualitativa, buscamos uma compreensão particular do fenômeno estudado, e não uma explicação generalizante (MARTINS e BICUDO, 2005).

Todas as entrevistas foram preparadas anteriormente e as perguntas elaboradas em um primeiro momento serviriam como um guia. Não se respeitou uma ordem de perguntas pré-estabelecida e obteve-se o tom de uma conversa, na qual uma resposta pode chamar para uma segunda pergunta e, assim, seguir o rumo mais livre conforme o interesse tanto do entrevistado quanto do entrevistador. Muitas vezes, os profissionais franceses dirigiram perguntas também para mim sobre a situação brasileira de alguns serviços de saúde. O planejamento de perguntas anteriormente ao momento de conversa permitiu que eu, como entrevistadora, mantivesse-me atenta às informações que seriam interessantes de obter de cada participante e as complementasse com perguntas que julgasse importantes.

As perguntas-guia foram feitas para desencadear o diálogo e para tanto, inspirei-me na “entrevista reflexiva”,³² uma proposta de método de Szymanski (2002). Digo inspirei-me

³²“Foi na consideração da entrevista como um encontro interpessoal no qual é incluída a subjetividade dos protagonistas, podendo se constituir um momento de construção de um novo conhecimento, nos limites da representatividade da fala e na busca de uma horizontalidade nas relações de poder, que se delineou esta

porque o planejamento delas não seguiu estritamente essa proposição, mas foi baseada nela. Além da pergunta desencadeadora, as conversas foram tomadas como um espaço de reflexão e organizador de ideias, tal como é sugerido na “entrevista reflexiva”. Os relatos foram conduzidos de acordo com essa proposição de forma que as entrevistas foram baseadas na horizontalidade entre entrevistador e entrevistado (SZYMANSKI 2002; GOMES, 2006). Isso se expressou também no cuidado de sempre contextualizar a pesquisa e contar sobre o assunto da investigação, inclusive indicando nas perguntas o meu posicionamento sobre o tema de estudo. Segundo Rockwell (2011), autora que escreve sobre a pesquisa qualitativa etnográfica, “para manter essas relações simétricas, precisamos comunicar onde nos encontramos e o que entendemos, ou seja, mostrar a disposição e sensibilidade para poder aprender mais” (ROCKWELL, 2011, p. 58, tradução livre).

As perguntas feitas para cada entrevistado foram elaboradas de acordo com as contribuições que eu pensava que cada um poderia dar sobre o fenômeno da medicalização, me baseando para esse julgamento na trajetória e prática profissional e no envolvimento de cada um deles com os grupos de resistência *L'appel des appels*, *Stop-DSM* e *Pas de zero de Conduite*. Além disso, em algumas entrevistas utilizei análises e informações das conversas anteriores que modificavam a minha compreensão sobre o tema. Estando a minha compreensão transformada ao passar para a próxima entrevista, as perguntas eram feitas de outra maneira. Esse procedimento de entrevista em rede também teve o objetivo de ampliar o diálogo entre os participantes da pesquisa. Assim, uma parte da análise ocorreu no intervalo de tempo entre uma entrevista e outra, pois nesses momentos “entre entrevistas” elenquei questões importantes percebidas nos depoimentos anteriores e as trouxe, novamente, para o próximo entrevistado comentar de forma a enriquecer a compreensão do fenômeno e estabelecer um diálogo entre os profissionais. Portanto, as entrevistas ficaram configuradas no formato de rede.

De maneira geral, três perguntas foram realizadas para os profissionais da saúde franceses e tiveram o papel de “questão desencadeadora”, conforme o procedimento da entrevista reflexiva. Na primeira dessas perguntas, citei o artigo de Manuel Vallée, que indica a psiquiatria francesa como uma resistência ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e traz também a *Classification française des troubles mentaux de*

proposta de entrevista, a qual chamamos reflexiva, tanto porque leva em conta a recorrência de significados durante qualquer ato comunicativo quanto a busca de horizontalidade” (SZYMANSKI, 2002, p. 14). Szymanski propõe que a entrevista seja retomada em um segundo momento com o entrevistado (este é considerado o momento reflexivo em que o entrevistado se volta para a questão discutida na entrevista), de forma que se consiga maior fidedignidade do relato. Essa retomada não foi feita em nenhuma das entrevistas, por conta do tempo de intercâmbio e do fato de os entrevistados serem profissionais de difícil acesso.

l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) como referência de classificação em saúde mental. Após citar o artigo e os grupos *Pas de Zéro de Conduite*, *Stop-DSM* e *L'appel des Appels* como exemplos desse tipo de resistência, foi perguntado se os entrevistados concordavam que a França seria um país de resistência ao processo de medicalização e se eles identificavam uma resistência singular no seu país.

Na segunda pergunta geral, foi citado o aumento da prescrição de metilfenidato para crianças com o diagnóstico de TDAH e apresentado o dado, retirado do site do Fórum sobre a Medicalização da Sociedade e da Educação, de que no estado de São Paulo nos últimos cinco anos havia aumentado em 1.284% o consumo de metilfenidato. Além disso, foi dito que no Brasil muitas crianças são encaminhadas diretamente da escola para o sistema de saúde por conta de mau comportamento e que existem alguns projetos de lei para inserir na escola serviços de tratamento e de diagnóstico como formas de prevenção para alguns transtornos na escola pública. Essas informações foram retiradas do site do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Após essa exposição dos dados brasileiros, foi questionado para cada entrevistado se eles podiam observar essa mesma situação na França.

A terceira questão desencadeadora, feita para todos os entrevistados, tratava sobre o espaço dado para a pesquisa qualitativa na academia francesa. Interroguei sobre a dificuldade de conseguir financiamento para esse tipo de pesquisa e para projetos que não tenham resultados mensuráveis quantitativamente. Citei o exemplo do projeto de lei³³ proposto em 2006 quando surgiu o *Pas de Zéro de Conduite*, que se baseava em um estudo de meta-análise que contava com bibliografia apenas anglo-saxônica e quantitativa.

Estas três perguntas indicam parte da minha compreensão inicial sobre o fenômeno da medicalização, considerando que nelas explico a minha posição e leitura sobre a medicalização: como um movimento de dominação da disciplina da medicina na compreensão de fenômenos complexos e multideterminados. Esse foi o recorte dado pelas perguntas para o fenômeno em contexto, o processo da medicalização na França e no Brasil – contexto esse que não pode ser separado do próprio fenômeno e expõe a rede de significação da compreensão de que se partiu.

As entrevistas foram analisadas buscando compreender o sentido do fenômeno da medicalização e da resistência à medicalização para cada entrevistado. “O “resultado” é sempre um recorte, um ângulo que foi trazido à tona de uma maneira específica, pela linguagem possível” (GOMES, 2006, p. 138). Portanto, o resultado é a ampliação do campo

³³ Trata-se de um projeto de lei que propunha a detecção precoce do Transtorno de Conduta em crianças visando a prevenir a delinquência na adolescência.

de análise, ele traz as possibilidades presentes em uma relação e pode revelar, assim, um ângulo de análise.

4.1.1 A escolha dos entrevistados

As entrevistas se deram em dois tempos. O primeiro momento foi durante o intercâmbio em Paris, no qual sete foram realizadas com profissionais da saúde que atuam na França. O segundo momento se deu na volta ao Brasil, quando mais duas conversas foram feitas. Estas últimas tiveram um caráter diferente das realizadas em Paris, considerando que nesse momento contávamos com o material das sete entrevistas e um maior levantamento bibliográfico.

O critério de escolha foi o mesmo para todos os participantes da pesquisa: todos os entrevistados atuam no campo da saúde. Alguns foram abordados pela sua participação em grupos considerados de resistência à medicalização. Outros foram convidados a participar da pesquisa após uma exposição em aula em que eu percebesse que a prática profissional da pessoa e sua leitura sobre esse fenômeno poderiam contribuir. Apenas um dos entrevistados na cidade francesa não foi contatado a partir dessas duas formas citadas. O diretor de uma instituição³⁴ que recebe bebês e seus cuidadores para brincar em um espaço planejado e com profissionais presentes, foi entrevistado por conta da sua prática profissional, mas não tive contato com ele por meio de aulas, e sim por intermédio de uma pessoa que trabalha nessa instituição. A seguir, relato brevemente o percurso dessas entrevistas visando a destacar a peculiaridade de cada uma delas.

O primeiro depoimento foi de Marie Laure Cadart, médica e antropóloga, que é uma das fundadoras do coletivo *Pas de Zéro de Conduite*. Consegui chegar a essa profissional por meio da professora Silvana Rabello (PUC-SP), que nos apresentou por e-mail. Marcamos a entrevista para uma sexta-feira de manhã em um café na frente do *Parc Buttes Chaumont*, onde nossa conversa se desenrolou. Nessa entrevista, as perguntas foram direcionadas principalmente para a história e luta do Coletivo *Pas de Zéro de Conduite*, a qual seria, assim, contada por uma de suas fundadoras. Ao explicitar os objetivos da minha pesquisa com foco no fenômeno da medicalização, ela esclarece que o coletivo é um dispositivo que critica esse processo, mas “não apenas isso”, uma vez que sua luta abrange outras questões. Além disso, pedi para que a médica avaliasse quais seriam, naquele momento, os maiores desafios e

³⁴ Denominamos essa instituição com o nome fictício de Serviço de Acolhimento de Bebês (SAB).

dificuldades do coletivo, assim como seu papel na sociedade e os objetivos atuais. Cadart foi atenta às palavras que escolheu para descrever a sua luta, buscando sempre enfatizar a importância da pluralidade de pensamentos e práticas. Ela trabalhou por um longo período no serviço de *Protection maternelle et infantile*³⁵ (PMI) e em creches com uma abordagem intercultural das famílias. Há oito anos saiu da PMI para oferecer formação para profissionais da saúde e fazer pesquisas.

A segunda entrevista foi um desdobramento da primeira. Cadart, no final da conversa, indicou o presidente da *Association de Pedopsychiatres de Secteur Infanto Juvenil (API)* da França, Roger Teboul, como uma pessoa que poderia contribuir nessa discussão. Ela mesma me passou o contato desse psiquiatra infantil que também é assinante do manifesto feito pelo *Pas de Zéro de Conduite*. Alguns dias depois, entrei em contato com ele e marcamos no *Centre Médico Psychologique* de Montreuil (distrito vizinho de Paris), do qual ele é o médico responsável. Essa entrevista foi realizada em parceria com uma colega que estava cursando o doutorado na Paris Diderot – Paris VII, pois essa conversa poderia contribuir também com a pesquisa dela. No depoimento de Roger Teboul, o foco foi a história e o funcionamento da API.

A terceira entrevistada foi uma das palestrantes de um curso para psicólogos escolares, Anne³⁶. Na intervenção feita nesse curso, ela contou sobre a sua experiência em um *Centre d'Accueil Therapeutique à Temps Partielle*³⁷ (CATTP) que recebe muitas crianças com questões escolares, algumas com o diagnóstico de TDAH. No diálogo com a médica responsável pelo CATTP, as perguntas foram direcionadas para funcionamento desse serviço, sobre as intervenções feitas, as estratégias realizadas, os desafios e dificuldades atuais e a sua leitura sobre o fenômeno da medicalização.

A quarta conversa foi realizada com o professor Christian Hoffmann, com quem tive contato constante durante o período que estive em Paris, ao frequentar seus seminários mensais e suas aulas semanais para a graduação e pós-graduação na Paris VII. Seu depoimento teve um caráter mais analítico do que os anteriores, pois pedi que ele comentasse algumas questões consideradas centrais nas entrevistas previamente realizadas. Essas observações contemplavam três temas: pesquisa, avaliação e resistência. O foco principal foi o modo de produzir e de utilizar as pesquisas na atualidade, dada sua inserção na universidade. Além disso, foram incluídas algumas observações minhas como aluna do

³⁵ Proteção Materno-infantil.

³⁶ Nome fictício dado para a entrevistada, pois o termo de consentimento por ela assinado garante o sigilo de seu nome.

³⁷ Centro de Acolhimento em tempo parcial.

programa de pós-graduação, do qual ele era o diretor da *école doctorale* para a análise do processo de objetivação de fenômenos humanos complexos no âmbito acadêmico.

A quinta entrevista foi realizada com Louise³⁸, uma psiquiatra infantil que atende em um hospital renomado em Paris. Ela também foi professora no curso de formação na Paris VII. Seu testemunho focou na sua prática profissional: seus critérios para chegar ao diagnóstico de TDAH, os tratamentos indicados e sobre a tomada de decisão para prescrever um medicamento. Na aula ela declarou prescrever a *Ritalina* em muitos casos e considerou o tratamento medicamentoso benéfico.

Cheguei à sexta entrevistada por meio de uma conversa com a psicanalista Marie Christine Laznik, com quem fazia estágio. Ao saber da pesquisa em curso, sobre o tema da medicalização, ela indicou uma colega, Veronique³⁹, que é diretora de um *Centre Médico Psychologique* (CMP) para dar seu depoimento. Entrei em contato com esta profissional e fiz a entrevista no CMP. O enfoque dado nesta entrevista foi sobre o coletivo *Pas de Zéro de Conduite*, do qual ela é uma das fundadoras.

Com o diretor do Serviço de Acolhimento de Bebês, que funciona em Paris, Adrien⁴⁰, tive a possibilidade de realizar a entrevista por meio do contato de uma pessoa que trabalha nessa instituição, conforme já observado. As perguntas para o médico diretor dessa instituição se voltaram para sua história profissional, que possibilitou que ele criasse esse serviço, a história da própria instituição, assim como seu funcionamento, as dificuldades, os objetivos e desafios daquele momento.

Nas entrevistas realizadas em um segundo momento, munida de todo o material, outra dinâmica se deu. A primeira delas foi feita com Marie Christine Davoudian, que foi contatada durante o “III Seminário Internacional A Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças”, realizado pelo Fórum sobre Medicalização da Sociedade e da Educação, em julho de 2013, em São Paulo. Após a apresentação do seu filme sobre o grupo de conversa na Proteção Materno Infantil (PMI) com mulheres gestantes imigrantes, compreendi a prática da PMI como um trabalho que dava voz as problemáticas e angústias vividas pelas mulheres lá atendidas. Identifiquei no trabalho desenvolvido uma prática na qual se busca proteger o espaço das diferenças e acolhê-las. A decisão por realizar essa entrevista era para ter um testemunho sobre um serviço que pela sua existência é uma resistência à medicalização. A

³⁸ Nome fictício dado para a entrevistada, pois o termo de consentimento por ela assinado garante o sigilo de seu nome.

³⁹ Nome fictício dado para a entrevistada, pois o termo de consentimento por ela assinado garante o sigilo de seu nome.

⁴⁰ Nome fictício dado para a entrevistada, pois o termo de consentimento por ela assinado garante o sigilo de seu nome.

médica foi bastante receptiva ao meu convite de participação na pesquisa. Combinamos uma conversa na mesma semana, a qual aconteceu no parque do Ibirapuera, sentadas ao pé de uma árvore. Tive a oportunidade de conhecer melhor o trabalho dela e de discutir sobre isso durante a apresentação do documentário nos encontros que antecederam a entrevista. Com esse tempo maior de convivência foi possível trazer questionamentos e reflexões mais amadurecidos sobre seu trabalho.

A segunda dessas entrevistas foi realizada, em março de 2014, com o professor doutor Manuel Vallée, autor do artigo utilizado para justificar minha ida à França no início da pesquisa. Seu artigo foi citado por mim em uma das perguntas desencadeadoras, feitas a todos os entrevistados franceses, assim seria importante escutá-lo após ter realizado uma primeira análise do material colhido, de forma a possibilitar uma articulação entre a visão de Manuel Vallée e dos profissionais franceses sobre a medicalização. A conversa foi realizada por Skype. As informações dos entrevistados encontram-se sistematizadas na tabela 1, a seguir.

Tabela 1 – Entrevistados

Nome	Profissão	Instituição em que trabalha	Coletivo	Data da entrevista
Marie Laure Cadart	Médica e antropóloga	Trabalhava em PMI	Co-fundadora do <i>Pas de Zéro de Conduite</i>	09/2012
Roger Teboul	Psiquiatra infantil	<i>Centre Médico Psychologique</i> (CMP)	Stop-DSM <i>Pas de Zéro de Conduite</i> API	11/2012
Christian Hoffmann	Psicanalista	Professor da Universidade Paris VII	Stop-DSM Pasde0deconduite	02/2013
Anne	Psiquiatra Infantil	<i>Centre d'Accueil Therapeutique à Temps Partielle</i> (CATTP)	Appel des Appels <i>Pas de Zéro de Conduite</i>	02/2013
Louise	Psiquiatra Infantil	Hospital Parisiense	X	02/2013
Veronique	Psiquiatra infantil	CMP	<i>Pas de Zéro de Conduite</i>	02/2013
Adrien	Psiquiatra	Serviço de Acolhimento de bebês (SAB)	X	03/2013
M.C. Davoudian	Médica geral	<i>Protection Maternelle Infantile</i> (PMI)	<i>Pas de Zéro de Conduite</i>	07/2013
Manuel Vallée	Filósofo e sociólogo	Professor da Universidade de Auckland no departamento de sociologia	X	03/2014

Fonte: entrevistas.

Todos os profissionais entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para a entrevista e a utilização desta. Em um primeiro momento, no termo de consentimento constava que o profissional, assim como seu local de trabalho, não seriam identificados na pesquisa. Ao iniciar a análise das entrevistas, percebemos que, com isso, perderíamos grande parte do conteúdo de alguns depoimentos mais longos e aprofundados.

Assim, enviei as transcrições desses relatos para os entrevistados em questão, para que após a leitura e edição do que achassem necessário, eles assinassem outro termo de consentimento que permitia a identificação deles na pesquisa. São eles: Marie Laure Cadart, Christian Hoffmann e Roger Teboul. Na entrevista realizada com Marie Christine Davoudian e com Manuel Vallée foi explicado desde o início que eles seriam identificados na pesquisa.

4.1.2 Análise Fenomenológica Hermenêutica

O objetivo principal desta pesquisa é a busca pelo sentido da resistência à medicalização encontrada na França. Retomando o capítulo inicial, “sentido é aquilo que sustenta a compreensibilidade de alguma coisa. Chamamos de sentido aquilo que pode articular-se na abertura compreensiva” (HEIDEGGER, 2007, p. 212). Realizamos essa articulação compreensiva das resistências à medicalização por meio das entrevistas e da análise documental dos movimentos de resistência. Na análise das entrevistas, partindo da noção de compreensão, de Heidegger (2007), a qual apresenta formato de rede de significação em que um termo está sempre remetido a outro, buscaram-se novos elementos para serem considerados nos “remetimentos”, visando a ampliar a compreensão do fenômeno da medicalização e de sua resistência. Dessa forma, o objetivo foi de revelar a “teia de significação” que sustenta a compreensão dos movimentos de resistência à medicalização para esses profissionais. A fim de cumprir o nosso objetivo, nos apoiaremos na proposta de análise de Heidegger chamada Hermenêutica da Facticidade, na qual o homem é tomado como compreensão (CARDINALI, 2011). Apresentamos, brevemente, o termo hermenêutica para, em seguida, expor no que consiste a hermenêutica da facticidade.

A hermenêutica, enquanto um modo de conhecer, interpretar e dizer sobre o mundo, é retomada no momento histórico em que se criou a bipolaridade sujeito-objeto (HERMANN, 2002). Na modernidade, a hermenêutica contrapõe-se ao modo de conhecer o mundo que tem como base um único acesso a verdade: “apenas a racionalidade de procedimentos empírico-formais e da explicação causal, próprio das ciências naturais” (HERMANN, 2002, p. 14). Trata-se de uma desconstrução do monismo metodológico vigente e afirmação de um olhar para o caráter de finitude e de historicidade do mundo, os quais abrem a dimensão interpretativa da hermenêutica (HERMANN, 2002, p. 15).

A principal regra hermenêutica, que consiste em “compreender o todo a partir do singular e o singular a partir do todo, provém da retórica antiga e foi transferido, pela hermenêutica moderna, da arte de falar para a arte de compreender” (GADAMER, 2002, p.

72). Tal máxima corresponde ao formato circular da compreensão que apresentamos no capítulo de fundamentos metodológicos. Na hermenêutica filosófica, a estrutura da compreensão apresentada por Heidegger é respeitada, pois trata-se de uma visão não-objetivista em que “o significado é negociado mutuamente no ato da interpretação; não é simplesmente descoberto” (DENZIN e LINCOLN, 2006, p. 199). Portanto, ao se entrar em contato com profissionais do campo da saúde que atuam na França, teve-se o intuito de entender como esses profissionais compreendem o fenômeno da medicalização e quais as resistências ao processo da medicalização que eles percebem na França, incluindo aí sua prática profissional. Na busca por tal compreensão, eu havia sido influenciada pela leitura e contato com diversos autores brasileiros que estudam esse fenômeno há muitos anos, trazendo discussões políticas, sendo o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade um dos frutos dessas produções e diálogos no Brasil. Desse modo, o problema de pesquisa partiu do contato com a realidade brasileira, que poderia ser pensada a partir de outro contexto. Na atividade de pesquisa fenomenológica buscamos garantir que o fenômeno questionado possa se mostrar tal como ele é, de modo que se torna necessário incluir no processo de pesquisa o modo circular da compreensão de que se parte, como condição para que o fenômeno se mostre.

A pertença do intérprete a seu “texto”, como a pertença do destino humano a sua história, é evidentemente uma relação hermenêutica fundamental que não se pode eliminar, com belas sentenças, como acientífica. Deve-se assumi-la conscientemente como a única atitude adequada à cientificidade do conhecimento (GADAMER, 2002, p. 506).

A hermenêutica filosófica não é um método e sim um conhecimento que nos permite falar sobre a experiência humana, ela é entendida como uma compreensão interpretativa da existência (DENZIN e LINCOLN, 2006). Trata-se de um saber que entende que a compreensão é interpretação e, também, é a condição do ser humano, de modo que não pode ser controlada por procedimentos ou regras gerais (DENZIN e LINCOLN, 2006).

Na tradição filosófica, Heidegger “vincula a hermenêutica à interpretação do sentido do ser” (HERMANN, 2002, p. 31) e introduz a Hermenêutica da Facticidade. O filósofo sugere uma “interpretação radicalmente vinculada à facticidade, enraizada em aspectos culturais e históricos” (HERMANN, 2002, p. 26). Assim, a arte de compreender que, tradicionalmente, é a hermenêutica, partiria do modo como o homem habita o mundo, isto é, da sua facticidade, que podemos traduzir pelas condições de possibilidade do homem, trata-se de uma hermenêutica do *Dasein* (ser-no-mundo). Em *Ser e Tempo* (2007), o filósofo realiza essa hermenêutica explorando a compreensão e interpretação própria do *dasein* e chega a uma

descrição da existência. O filósofo “usa a expressão ‘Hermenêutica da Facticidade’ para se referir à tarefa filosófica de descrever a existência” (EVANGELISTA, 2015, p. 80). Heidegger apresenta tal proposta para a compreensão dos fenômenos humanos, em contraposição ao método da ciência natural. Na presente pesquisa, buscaremos realizar uma hermenêutica fenomenológica para compreender o sentido das resistências à medicalização nas falas dos entrevistados e nos documentos dos coletivos estudados. Stein (1996) afirma que a hermenêutica é o elemento ontológico da compreensão, seria “o caminho para o desocultamento do sentido” (VIANNA, 2006, p. 24) presente na fala dos entrevistados.

Então, para a hermenêutica da facticidade – e, como dissemos na fenomenologia, o homem conhece o mundo e se pergunta sobre ele a partir de sua condição de ser-no-mundo –, sua historicidade e é indissociável do seu tema de estudo. A hermenêutica da facticidade se fundamenta no princípio de que o ser-no-mundo é compreensão, a condição do homem é ser autocompreensão de sua forma de ser. Heidegger parte, assim, da noção de homem como ser mortal, conseqüentemente imerso na temporalidade, para pensar no modo de interpretação e compreensão de textos.

Portanto, na presente pesquisa utilizaremos a hermenêutica da facticidade, que tem como referência o homem como ser-no-mundo, ou seja, essencialmente aberto para o mundo, por ser ele mesmo compreensão e para quem os fenômenos podem se revelar e ser apreendidos. No desvelamento, tanto ser-no-mundo como os fenômenos se manifestam em movimentos fenomênicos de mostrar-se e ocultar-se. Assim, no interrogar pelo sentido de um fenômeno está assumido o movimento fenomênico, que indica o não-ser do fenômeno e também a relatividade que “diz respeito à provisoriedade das condições em que tudo vem a ser e permanece sendo”, no horizonte do tempo (CRITELLI, 2007, p. 16). A hermenêutica da facticidade se fundamenta na fenomenologia de Heidegger, que é o apelo de volta às coisas mesmas e o método para a compreensão do homem em sua condição de possibilidade. Tendo essas concepções como base, foram feitas a análise documental e a análise das entrevistas.

4.1.3 A sistematização para análise das entrevistas

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. A primeira foi transcrita por mim, com todas as dificuldades e desafios que se fazem presentes quando nos inserimos em uma cultura estrangeira. As demais entrevistas feitas na França foram transcritas por uma profissional francesa. Após ter todos os depoimentos transcritos, escutei o áudio novamente, acompanhado com a leitura do texto para me certificar de que tudo estava correto. Verificação

feita, começou um longo trabalho de leitura, no qual muitas informações eram descobertas, pois estas haviam me escapado no momento da entrevista. Em seguida, fiz a tradução de cada entrevista do francês para o português. Tendo passado para o nível de doutoramento direto, o texto das entrevistas seria utilizado de uma forma mais aprofundada do que estava planejando anteriormente. Assim, considereei necessário rever as traduções já realizadas junto com uma professora de francês nativa. Nessa segunda etapa da tradução procedemos da seguinte forma: eu lia as frases da transcrição traduzidas em português, ela acompanhava a minha leitura com o texto original em francês e verificávamos se o sentido e a estrutura da frase estavam preservados. Essa etapa da preparação do texto foi de extrema importância para se ter maior precisão na compreensão do que estava sendo dito pelos entrevistados. Tendo os textos traduzidos em mãos, dei continuidade à análise que já havia sido iniciada no momento da tradução, quando discutia com a professora de francês sobre a conotação de um termo ou sobre o sentido que teria para um francês as palavras escolhidas para algumas ideias.

Tendo em vista a busca pela apreensão do sentido do que foi relatado nas entrevistas e o copertencimento do todo e das partes do texto, utilizaremos o procedimento de análise proposta por Martins e Bicudo (2005). A análise acontece em quatro etapas. A primeira consiste na leitura detalhada e aprofundada da entrevista. Na segunda fase, o pesquisador coloca em “evidência os significados na descrição”. Esses autores destacam que esta não é uma fase rígida, pois diferentes pesquisadores, dependendo de suas perspectivas e perguntas, indicam significados diferentes. O terceiro momento seria o de separação das entrevistas por assuntos, assim chegamos ao que eles chamam de “unidade de significação”, que designa trechos distinguíveis na totalidade da descrição. A divisão do texto em unidades de significação se justifica pela impossibilidade de analisar um texto inteiro simultaneamente (MARTINS e BICUDO, 2005). Em cada unidade temos um todo de sentido, de modo que não perdemos de vista o todo de cada entrevista e do trabalho. Esse procedimento metodológico pode ser sustentado pela hermenêutica que busca compreender o sentido do fenômeno fazendo o percurso da parte para o todo e do todo para a parte.

Dessa forma, o movimento da compreensão transcorre sempre do todo para a parte e, desta, de volta para o todo. A tarefa é ampliar, em círculos concêntricos a unidade do sentido compreendido. O critério que cada vez se há de empregar para constatar a justeza da compreensão é a concordância de todas as partes singulares com o todo. A falta dessa concordância significa o fracasso da compreensão (GADAMER, 2002, p. 72).

A última etapa seria reagrupar as unidades de significação identificados em cada uma das entrevistas em temas, para assim poder chegar a uma análise do fenômeno (MARTINS e BICUDO, 2005).

Outros autores trazem propostas semelhantes de análise, as quais também me ampararam. Szymanski (2002) sugere como procedimento de análise das entrevistas um agrupamento em conjuntos identificados no texto da entrevista, tendo como critério as novas articulações conceituais que emergem na sua leitura. A separação do texto das entrevistas em constelações⁴¹ concretiza a compreensão particular do pesquisador, que apreende os dados encontrados de forma singular (SZYMANSKI, 2002).

Gomes (1993) sugere que as descrições apresentadas pelos entrevistados sejam analisadas em três passos: “a demarcação temática de um universo descritivo, a redução sistemática de seus elementos constitutivos e a descrição interpretativa de uma compreensão sistêmica virtual” (GOMES, 1993, p. 419). Para esse pesquisador, esses três passos fazem parte de todas as etapas de análise, mas em ordem inversa. Em um primeiro momento há a interpretação do pesquisador para o universo vivencial de seu entrevistado, isso foi realizado no momento da tradução simultânea com tradutora francesa. Essa é seguida pela redução sistemática, que consiste na organização escolhida pelo pesquisador para aquele universo, e por último se chegaria à definição de uma unidade ou subunidade de sentido, com a demarcação temática (GOMES, 1993). Passamos por essas etapas para chegar às unidades de sentido de cada entrevista⁴². Chamaremos as “unidades de significação” de Martins e Bicudo (2005) de “unidade de sentido”, conforme a denominação de Gomes (1993), e a reunião dessas unidades de sentido em temas maiores de constelações, conforme designa Szymanski (2002).

Baseada nos autores explicitados, a análise das entrevistas foi feita em quatro passos. O primeiro deles foi o fichamento de cada entrevista. Nesse fichamento, destaquei as unidades de sentidos encontradas ao longo de cada entrevista. Para tanto, percorri cada texto, frase a frase, para identificar as diferentes unidades de sentido (há um exemplo dessa etapa de análise no Apêndice A). Em um segundo momento, agrupei os trechos que tinham as mesmas unidades de sentido e os apresentei em formato de tabela (há um exemplo dessa etapa no Apêndice B). Dessa forma, ficamos com uma ideia geral das peculiaridades e repetições de

⁴¹ Conforme propôs Szymanski (2004): “As unidades, já mesmo no processo de definição começam a agrupar-se em aglomerados significativos, que se denomina, agora, constelações. Na elaboração de constelações de significados, denominação preferível à de categorias, há tão somente uma organização da compreensão do pesquisador, que pode assumir as mais diferentes formas, variando de analista para analista. À semelhança de um céu estrelado, várias constelações podem ser delineadas. Consta que os índios guaranis vêem outras configurações de nosso céu e definem outras constelações, como ‘Tamanduá’, ‘Pote de Mel’” (SZYMANSKI, 2004, p. 3).

⁴² “Através deste processo transformou-se temas nativos (aqueles oferecidos pelos sujeitos) em temas analíticos (aqueles redefinidos pelos pesquisadores) para chegar-se, enfim, à descrição interpretativa” (GOMES, 1993, p. 419).

cada entrevista. A terceira etapa foi reagrupar as unidades de sentido de todas as entrevistas em grupos maiores, que nomeio de constelação (há um exemplo dessa etapa no Apêndice C). Nessa pesquisa cada constelação encontrada pela pesquisadora é composta por unidades de sentido de entrevistas diferentes e que se conversam entre si. Portanto, a análise será escrita com base nos entrecruzamentos que identificamos nas entrevistas.

O quarto passo de análise consistiu em identificar os trechos do texto que indicavam a resistência do entrevistado à medicalização marcadas pelo texto sublinhado, no Apêndice A e B e buscar responder às seguintes perguntas: resistir para quê? Resistir para quem? Resistir como? E para onde vai esse resistir? Para onde ele aponta? Este procedimento de análise está disponível no Apêndice D. Com esse procedimento buscamos enfocar o modo peculiar de cada profissional resistir, chegando à articulação e fundamento da resistência de cada um dos entrevistados.

Assim, ao separar as entrevistas em unidades de sentido e chegar a constelações, busco a construção de uma rede com mais elementos para a compreensão de cada aspecto da medicalização apresentado neste trabalho. Para a busca pela compreensão da resistência singular de cada um deles, utilizei o quarto procedimento de análise, tendo em vista que todos os conteúdos são elementos que compõem o fenômeno da medicalização. Dessa forma, há o entrelaçamento das entrevistas ao dialogarem umas com as outras sobre o mesmo tema. Apenas a entrevista realizada com Manuel Vallée não foi sistematizada junto com as constelações das entrevistas francesas, tendo uma sessão voltada apenas para essa análise.

Considerando que em todas as constelações temos conteúdos de todos os entrevistados articulados, por último, sistematizei os assuntos principais de cada uma das constelações para facilitar a organização da escrita e não deixar para trás nenhum tópico importante encontrado nas entrevistas. Nessa sistematização, escrevi em *post its* da mesma cor os temas que ilustram o fenômeno da medicalização e de outra cor as resistências apresentadas para esse mesmo tema, processo que enfatizou ainda mais o movimento fenomênico na pesquisa.

A partir do material trazido pelos profissionais da saúde entrevistados, buscamos compreender o processo de medicalização na França em seu movimento, na visão de cada um deles. Sabemos que tanto os entrevistados como a pesquisadora e seu tema de pesquisa estão imersos em um campo de forças social, econômico, político etc. Os vínculos dos entrevistados com os movimentos político/sociais e equipamentos de saúde e educação na França estão explicitados na análise das entrevistas. No entanto, neste trabalho enfocaremos o engajamento desses profissionais nos coletivos. Ressalto que o que se revela nas entrevistas se revelou para

o meu olhar compreensivo, sendo assim um ângulo de visão. “Tudo o que se mostra, necessariamente, mostra-se a um olhar compreensivo” (CRITELLI, 2007, p. 60).

4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

No capítulo de análise dos coletivos franceses, que consideramos de resistência à medicalização, foi realizada uma análise documental. Foram utilizadas as produções bibliográficas dos três grupos estudados: *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*⁴³, *L'Appel des Appels*⁴⁴ e *Stop-DSM*⁴⁵. Para essa análise, foram escolhidos os trechos que apresentam os coletivos e suas lutas, considerando que o objetivo é identificar e compreender as estratégias de resistência à medicalização realizadas por eles.

4.2.1 *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*

No momento do trabalho de campo o grupo *Pas de Zéro de Conduite* havia publicado seu manifesto e quatro livros, três deles compostos por capítulos de diversos autores, todos membros do grupo, e iniciados por um texto em nome do coletivo. A última publicação desse grupo em 2011 reuniu uma apresentação de diversos serviços de saúde e educacionais apoiados pelo grupo. Em todas essas publicações há uma introdução e/ou um capítulo de conclusão que marca o posicionamento do grupo sobre acontecimentos da atualidade que influenciem na assistência educacional e de saúde para as crianças. Foram esses os trechos escolhidos para realizar a análise documental do grupo buscando compreender a estrutura deste que possibilita um determinado modo de resistência.

O acesso ao manifesto do grupo se deu por meio do site do coletivo, o qual foi uma fonte de análise importante. Lá encontramos atualidades, cartas de manifestação, o *curriculum vitae* do grupo e comunicados sobre situações consideradas perigosas para a qualidade da assistência em saúde e educação para crianças. Além das atualizações do site, nenhuma outra publicação do *Pas de Zéro de Conduite* foi encontrada após 2011. No endereço eletrônico do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade publicou-se a tradução de um dos textos de apresentação do grupo, que também foi utilizada para a análise documental.

⁴³ Traduzimos *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans* por “Não ao zero de conduta para crianças de 3 anos”. *Conduite* em francês e neste contexto é traduzido por conduta, comportamento ou atitude.

⁴⁴ Traduzimos *L'appel des Appels* por “O chamado dos chamados”.

⁴⁵ Traduzimos *Stop-DSM* por “Pare-DSM”.

4.2.2 *L'Appel des Appels*

Foram encontradas três publicações do *L'appel des Appels*. A primeira traz o seu manifesto e sua carta de apresentação, a segunda se dedica à crítica ao modo como acontecem as avaliações profissionais em geral e a terceira é um livreto que apresenta os fundamentos para o manifesto do grupo. No site do *L'appel des appels* diversos outros livros são anunciados e foram escritos por apoiadores das ideias do grupo, no entanto estes não são apresentados como de autoria do coletivo. O mesmo critério de seleção de documentos a serem analisados utilizado para o *Pas de Zéro de Conduite* foi adotado para as publicações do *L'appel des Appels*: os capítulos que apresentavam o grupo e explicitavam algumas de suas estratégias de resistência foram analisados. O site desse coletivo é uma fonte importante dos acontecimentos atuais do grupo. Além dessas fontes, participei de uma jornada com uma série de atividades para debate em 27/10/2012 promovida pelo *L'Appel des Appels*.

4.2.3 *Stop-DSM*

O movimento de oposição ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais acontece em diversos países e não necessariamente há uma interligação entre os grupos. O *Stop-DSM* francês tem apenas uma publicação sua: o livreto que apresenta seu manifesto e seis capítulos subsequentes sobre as implicações da imposição do DSM no campo da saúde mental. Com o *Stop-DSM* francês o mesmo critério de seleção foi utilizado para a análise documental. O site do grupo não apresenta conteúdos atualizados, nele encontramos o manifesto do grupo traduzido para diversas línguas e outros textos que ficam permanentemente publicados. Participei da Segunda Jornada “STOP-DSM – Clínica e política”, promovida pelo Stop-DSM em 20/10/2012 realizada em Paris, que também serviu como material de análise do coletivo.

A análise documental dos três coletivos será apresentada no próximo capítulo, dividida nos seguintes subitens: origem, modo de organização, publicações, principais pontos de discussão e reflexão, diálogos com o Brasil e análise do manifesto de cada um desses grupos. Ao abordarmos esses tópicos, poderemos conhecer e compreender as principais reflexões e ações dos coletivos ampliando a compreensão sobre a medicalização e a resistência a ela na França.

A seguir, encontram-se os capítulos: “A resistência à medicalização nos coletivos franceses: *Pas de Zéro de Conduite Pour les Enfants de Trois Ans*, *L'Appel des Appels* e *Stop-*

DSM”, com a análise documental, e “A resistência à medicalização dos profissionais da saúde franceses”, que tem como fonte as entrevistas realizadas.

5 A RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO NOS COLETIVOS FRANCESES: *Pas de Zéro de Conduite Pour les Enfants de Trois Ans, L'Appel des Appels e Stop-DSM*

Neste capítulo serão apresentados três grupos formados na França para resistir a acontecimentos da atualidade que expressam a patologização das questões humanas. Trata-se de eventos, modos de organização da vida ou de processos diagnósticos em que a compreensão medicalizante está presente. Os coletivos *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*⁴⁶, *L'Appel des Appels*⁴⁷ e *Stop-DSM*⁴⁸ foram originados entre 2006 e 2011. Esses grupos nasceram na busca de uma intervenção no real, uma tentativa de mudança de curso dos acontecimentos com a tendência de uma padronização e objetificação dos fenômenos humanos. Podemos dizer que se trata da dimensão opositiva da resistência, pois os três possuem um manifesto fundador, nos quais se colocam contra uma determinada situação; e também de uma resistência positiva, que se mostra por meio das proposições e criações desses grupos com o objetivo de um outro percurso poder acontecer.

Apresentaremos a origem de cada um dos três grupos estudados, as principais críticas, reivindicações e discussões que eles articulam e também o que defendem e propõem afirmativamente como intervenção. Buscaremos explicitar a forma como esses grupos se organizam e que modo de luta essa organização indica e possibilita como resistência. Começaremos pelo Coletivo *Pas de Zéro de Conduite*, passaremos para o *L'Appel des Appels* e para finalizar discorreremos sobre o *Stop-DSM*.

5.1 PAS DE ZÉRO DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE TROIS ANS

5.1.1 Origem

O Coletivo *Pas de Zéro de Conduite (PDC)* surgiu em 2006 em resposta a um projeto de lei que tinha como objetivo a detecção precoce do transtorno de conduta em crianças com idade a partir de três anos. Esse projeto de lei era baseado em uma pesquisa promovida pelo *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*⁴⁹ (INSERM) publicada no ano de 2005. Tal pesquisa teve formato de metanálise, reunindo estudos de relevância sobre o

⁴⁶ Não ao zero de conduta para crianças de 3 anos. *Conduite* em francês e neste contexto é traduzido por conduta, comportamento ou atitude.

⁴⁷ O chamado dos chamados.

⁴⁸ Pare DSM.

⁴⁹ Instituto Nacional de Saúde e da Pesquisa Médica.

Transtorno de Conduta em crianças e adolescentes. Esses trabalhos estabeleciam uma correlação entre as “dificuldades psíquicas da criança e uma evolução em direção à delinquência” (SUESSER, 2011, p. 7, tradução nossa). Recomendava-se que a detecção da “tendência a empreender um percurso que levaria as crianças à delinquência” (JACQUARD, 2011, p. 11, tradução nossa) fosse realizada o mais cedo possível. Os profissionais que lidam diretamente com a primeira infância deveriam detectar essa tendência por meio da percepção de sintomas como: frieza emocional, impulsividade, intolerância à frustração etc. (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011). As crianças identificadas com esses sinais seriam submetidas a “uma bateria de testes elaborados sob a base das teorias da neuropsicologia comportamentalista, as quais permitiriam identificar todo desvio de uma norma estabelecida de acordo com os critérios da literatura científica anglo-saxônica” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 18, tradução nossa). Tendo a confirmação dos testes, a criança seria encaminhada para um serviço de atendimento com abordagem comportamental e receberia tratamento médico adequado para o seu quadro, tudo isso visando à prevenção do Transtorno de Conduta.

Assim, o manifesto *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de 3 ans* foi lançado com o intuito de barrar o projeto de lei “Prevenção da delinquência”, no qual se identificava um ícone da tentativa de instrumentalizar as práticas de saúde, especialmente no campo da psiquiatria infantil, com o objetivo de seguridade e de ordem pública. No manifesto foi denunciado que o projeto de lei “Prevenção da delinquência” atribuiria aos profissionais da infância uma missão de detecção precoce e de controle que distorce a prática e a ética de sua profissão (DELION, 2012a).

Os objetivos dos assinantes do manifesto foram sintetizados em dois eixos pelo coletivo:

- Todos perseguiram um duplo objetivo em comum ao lançar o manifesto:
- contestar no plano científico a abordagem reducionista, determinista e cientificista dos especialistas do INSERM;
- denunciar sua utilização desviada por responsáveis políticos para reforçar, ao medicalizar, as abordagens securitárias de problemas educativos e sociais (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 15, tradução nossa).

Os iniciadores desse movimento de resistência são, em sua maioria, profissionais do campo da saúde que trabalham com a primeira infância. “Muitos são pediatras, psiquiatras infantis, psicólogos, trabalham em serviços hospitalares de psiquiatria infantil, de pediatria, em maternidades, em serviços como o *Protection Maternelle et Infantile*⁵⁰ (PMI) e o *Centres*

⁵⁰ Proteção materno-infantil.

*médico-psychologiques*⁵¹ (CMP) e em *Centres d'aide médico-sociale precoce*⁵² (CAMSP)” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011. p. 15, tradução nossa). Esses profissionais atuam comumente em equipes multidisciplinares, em dispositivos de prevenção e de tratamento com crianças e famílias que encontram dificuldades no plano psíquico e de saúde (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011). Entre os assinantes do manifesto estão universitários da área das ciências médicas e das ciências humanas. Portanto, esse movimento surge a partir da reflexão dos profissionais sobre suas próprias práticas e fundamentos e depois se expande para a comunidade.

Em apenas dois meses o manifesto contou com mais de 175.000 assinaturas, o que indicou sua força pela rapidez da aderência ao movimento. Giampino (2008) atribui a força do coletivo à notoriedade dos assinantes e instituições que sustentaram as críticas feitas no manifesto e ao desejo que compartilham de “fazer saber” a todos os afetados por esse projeto de lei, como os pais, profissionais, eleitos etc.

O resultado desse movimento foi a retirada do artigo sobre a detecção precoce do projeto de lei “Prevenção da delinquência”, a renúncia da ideia de uma caderneta de comportamento desde o maternal e a renúncia da proposta de detecção para crianças consideradas agitadas desde 36 meses. No plano científico, a consequência da mobilização foi a promoção de um colóquio pelo INSERM para debater as questões metodológicas suscitadas por essa pesquisa. O Instituto Nacional anunciou em novembro de 2006 novos métodos para as metanálises no campo da saúde mental e prevenção (GIAMPINO, 2008).

Sintetizando, a partir da luta contra esse projeto de lei se constituiu o coletivo *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*, que continuou ativo desde então. Como pudemos ver, o manifesto que originou o grupo teve consequências importantes. O coletivo avalia que as aproximações reducionistas e deterministas à vida psíquica continuaram ativas nas práticas, nas pesquisas e nas políticas (GIAMPINO, 2008). Dessa forma, a resistência a esse tipo de aproximação continua se fazendo necessária.

Atualmente o coletivo *Pas de Zéro de Conduite* ocupa um lugar importante na sociedade francesa, sendo um dos protagonistas da resistência a movimentos de judicialização e de medicalização. Sua função atual na sociedade⁵³ consiste em manter-se atento aos projetos

⁵¹ Centro médico-psicológico.

⁵² Centro de ajuda médico-social precoce.

⁵³ “Pasde0deconduite continua seu trabalho de vigilância crítica sobre os projetos de reformas de regulamentações, as práticas e as pesquisas que revelam uma abordagem punitiva, focada, normativa e estigmatizada da prevenção. Pasde0deconduite se preocupa particularmente com as práticas de despistagem em massa que se estabelecem na escola e que, disfarçadas de ‘promoção da saúde mental’ visam a generalizar programas estereotipados de ‘educação comportamental’, ignorando o contexto das dificuldades singulares que

de políticas públicas que coloquem em risco a liberdade das crianças e de suas famílias, por não considerarem a singularidade de cada indivíduo e de sua história (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013).

5.1.2 Modo de organização do Coletivo

Para afiar nosso pensamento, cada um de nós aprende a suportar dar bordas a hegemonia do seu *metier*, seus resultados de pesquisa, suas convicções teóricas, pelo esforço de pensar com aqueles que pensam com outras ferramentas, a partir de outros ângulos de visão. Saberemos nós nos livrar serenamente da batalha da subserviência de uma disciplina sobre outra, de um referencial sobre outro? Isto que também bordeia, com o combate ao angelical que deixa a política aos políticos (GIAMPINO, 2008, p. 20, tradução nossa).

A forma de organização do *Coletivo Pas de Zéro de Conduite* aponta para sua luta pela pluralidade: de práticas, reflexões e abordagens na saúde mental. Esse é um coletivo que não quis se tornar associação ou uma instituição com hierarquia entre seus membros, buscando com isso garantir a multiplicidade de compreensões sobre os temas.

Os colaboradores do coletivo se mantêm unidos pela luta e reflexão em comum, tendo apenas esse vínculo que os permeia. Enfatiza-se a importância da preservação do debate dentro do grupo. Em uma de suas publicações, afirmam que cair em um maniqueísmo é tão prejudicial quanto cair em um simplismo (GIAMPINO, 2008), o que se reflete no modo de funcionamento do grupo. “Um outro simplismo seria de acreditar que, no *Pas de Zéro de Conduite*, nós estaríamos todos de acordo pois todos nós assinamos. Dentro do grupo que coordena o coletivo, e dentre os assinantes, o debate existe, é isso que traz a riqueza do coletivo” (GIAMPINO, 2008, p. 19, tradução nossa). Apesar dessa preocupação com o respeito à pluralidade, algumas pessoas veem o *Pas de Zéro de Conduite* como extremista, considerando que algumas vezes o coletivo descarta a dimensão biológica do ser-humano, conforme veremos na análise das entrevistas.

5.1.3 Publicações

As publicações e os eventos promovidos pelo grupo documentam o modo como este foi se organizando ao longo da sua história, expondo suas estratégias de luta. A primeira publicação, *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de 3 ans!*,⁵⁴ aconteceu em 2006 e foi

podem ter a ver ou afetar tal criança, de forma diferente de outra criança” (FORUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013)

⁵⁴ “Não ao zero de conduta para as crianças de três anos”.

lançada na primeira jornada⁵⁵ organizada pelo grupo, a qual tinha como objetivo um debate nacional sobre a temática tratada. Nessa obra, as críticas à pesquisa do INSERM foram sistematizadas e os argumentos para a parada do projeto de “Prevenção da Delinquência” foram apresentados. Em maio daquele mesmo ano o coletivo divulgou essas ideias para a imprensa. Algumas práticas que ilustram a direção da luta, assim como convicções e demandas do movimento são apresentadas no livro. Ao final dessa publicação, analisam as ideias e concepções presentes no projeto do governo e apresentam a cronologia dos fatos que o desencadearam. Assim, nessa primeira publicação o coletivo parece definir sua identidade, a partir das reflexões e críticas suscitadas pelo projeto de lei fundamentado na pesquisa do INSERM.

Em 2007, o grupo promoveu o segundo colóquio com tema “ciência e sociedade” em Paris com título *Enfants Turbulents: l’enfer est-il pavé de bonne prévention?*⁵⁶. Nesse colóquio, os organizadores se preocuparam em reunir pais e profissionais de diversas formações para apresentarem seus pontos de vista em mesas redondas.

Podemos observar que, no nome dado ao colóquio de 2007 – Crianças turbulentas: o inferno é cheio de boa prevenção? – assim como nas publicações do *Pas de Zéro de Conduite*, há o tom irônico e a utilização de paródias na apresentação das contestações do grupo. Muitas vezes são utilizadas imagens fortes para ilustrar as críticas, como no trecho a seguir:

Eu admito voluntariamente que esta descrição pode parecer caricatural, é com propósito pedagógico que eu forço as palavras. Mas esta regressão de um pensamento complexo necessário versus a simplificação abusiva me evoca um retorno ao que poderíamos chamar um “pensamento (já é demais) medular reflexo”, descrito por Piaget como pré-operatório (DELION, 2012a, p. 25, tradução nossa).

O tom das publicações é de luta, algumas vezes agressivo.

A segunda publicação do *Pas de Zéro de Conduite* foi o livro com o mesmo título do colóquio, citado acima, e publicado em 2008. Nessa obra o coletivo declara passar para uma nova etapa, a de “construir a reflexão com a contribuição de todas as disciplinas preocupadas com a prevenção na saúde psicológica das crianças” (GIAMPINO, 2008, p. 10, tradução nossa). Afirma nesse momento que a força política do *Pas de Zéro de Conduite* é a força da proposição. A conduta do grupo em relação aos parlamentares, ministros e sociedade científica sempre afirma propostas alternativas e busca apontar as falsas soluções, ou seja, as soluções orientadas por uma “prevenção-predição, indutora e estigmatizante” (GIAMPINO,

⁵⁵ O coletivo “Pasde0deconduite” organizou uma jornada de debate científico e da sociedade, sábado 17/06/2006 em Paris. A divulgação do evento encontra-se no seguinte endereço eletrônico: <<http://www.pasde0deconduite.org/spip.php?article115>>.

⁵⁶ Crianças turbulentas: o inferno é de cheio de boa prevenção?

2008, p. 10). Nomeia essas propostas com o título “modo de prevenção não pertinente” (GIAMPINO, 2008, p. 10, tradução nossa). Ao distinguir as falsas soluções das soluções pertinentes, apoia as pessoas que não “cedem à sedução” de acalmar as angústias da sociedade sem refletir sobre elas, ou seja, pessoas que querem acabar com as angústias por meio das falsas soluções (GIAMPINO, 2008). Portanto, coloca como ponto central de luta não silenciar as crianças. Abordaremos mais longamente as principais reflexões promovidas pelo coletivo à frente.

O terceiro colóquio promovido pelo coletivo aconteceu em junho de 2010, em “momento político em que o governo acabava de declarar os ‘supostos estados gerais’⁵⁷ da infância” (SUESSER, 2011, p. 15, tradução nossa). Diversos grupos e associações se uniram contra o entendimento do governo sobre a infância e suas necessidades, pois percebiam presente nesse documento o objetivo de controle das famílias e a estigmatização destas. Havia a responsabilização das famílias pelas dificuldades das crianças a ponto de penalizá-las financeiramente em alguns casos. O *Pas de Zéro de Conduite* contribuiu ativamente com os “Estados Generosos da Infância”, texto com nome paródico que foi escrito por diversas organizações para se opor ao conteúdo dos “Estados Gerais da Infância” produzido pelo governo, que seria uma forma de controle para as famílias.

Em 2011, o coletivo publicou então seu terceiro livro, *Les Enfants au carré? Une prévention qui ne tourne pas rond!*⁵⁸. Nessa obra denunciou o hiato entre a prevenção e a avaliação dos comportamentos infantis. Apresentou a discussão sobre a diferença entre as práticas de aprendizagens precoces que promovem comportamentos adaptativos e as práticas de promoção de saúde mental com um acompanhamento que vise à socialização.

O evento seguinte foi um fórum em que cada organização participante tinha seu stand. Esse foi um marco importante para o *Pas de Zéro de Conduite*, pois fortaleceu a rede entre os serviços que haviam assinado o manifesto. As pessoas circulavam visitando as tendas uns dos outros, justamente para favorecer a troca entre as organizações. Desse modo, foi possível conhecer a multiplicidade de práticas que acontecem na França.

Em decorrência desse fórum, foi publicado um livreto com o manifesto⁵⁹ e o livro *La prévention prévenante en action*,⁶⁰ que foi lançado em 2012. Nele, “a palavra foi dada para

⁵⁷ “Etats généraux” significa “Estados gerais”. Trata-se de uma assembleia convocada pelo rei em 1789 que reunia os três poderes: clero, nobreza e terceiro estado para pensar os problemas do país.

⁵⁸ As crianças ao quadrado? Uma prevenção que não vira!

⁵⁹ *Petite enfance: pour une prévention prévenante*, 2011. Primeira infância: por uma prevenção “preveniente”.

⁶⁰ “A prevenção preveniente em ação”. Utilizamos “prevenção preveniente” para traduzir “prevention prevenant” – conforme foi traduzido no manifesto do coletivo em português disponível no site do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade. Lá há uma nota do tradutor: “Preveniente (prévenante), termo pouco

cada um dos quarenta organismos, provenientes de setores diversificados, associativo, público ou privado” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012b, p. 7, tradução nossa). Eles apresentaram sucintamente seu trabalho na direção de uma prevenção “preveniente” na primeira infância. Assim, anunciam passar para uma nova fase, na qual se engajaram em defender métodos e programas de prevenção precoce em saúde mental (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012b). As práticas apresentadas foram divididas em três tipos de prevenção frente às crianças e famílias: “1) acompanhamento da vida cotidiana; 2) no apoio face aos riscos da vida; e 3) na ajuda médico-psico-social em acidentes da vida” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012b, p. 8, tradução nossa). No final desse livro consta uma lista de endereços de todas as instituições que fizeram parte do fórum e um anexo de proposições do *Pas de Zéro de Conduite* para desenvolver políticas e práticas de prevenção precoce “preveniente”. Nessa seção foram destacadas três condições necessárias para esse objetivo: a promoção de condições favoráveis de acolhimento, de acompanhamento e de educação para as crianças e seus pais, dar sustentação aos serviços públicos de saúde coletiva da infância e apoiar-se na convenção internacional dos direitos da criança (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012b).

Podemos perceber até aqui que a promoção de diálogo e reflexão na sociedade é um dos grandes objetivos desse coletivo. A interlocução e a rede formada são centrais na resistência à compreensão reducionista medicalizante. Entre as ações definidas pelo coletivo está: “Dialogar com a sociedade intelectual, as organizações profissionais, os sindicatos, as associações de pais; e organizar fóruns nacionais, regionais e colóquios que reúnam cidadãos, pais e profissionais” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2009). O site⁶¹ que o grupo mantém tem papel importante para garantir essa ação. Nele o coletivo expõe suas principais contribuições e debates. Lá podemos encontrar o manifesto, o nome das instituições assinantes, com link para a página eletrônica dessas organizações e a divulgação das ações promovidas por elas. Trata-se de uma ferramenta importante de resistência, pois promove a circulação das ideias do coletivo e a difusão das posições adotadas por ele em relação aos temas e acontecimentos da atualidade.

Outra ação na sociedade definida pelo *Pas de Zéro de Conduite* é: “Trabalhar com as mídias: conferência de imprensa, comunicados, entrevistas, emissões” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2009). O trabalho com a mídia acontece por meio do posicionamento do coletivo perante os acontecimentos. Em junho de 2013, por exemplo, foi anunciado no seu

usado em português, significa “que chega antes” N.T.” (FORUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE, 2013).

⁶¹ <<http://www.pasde0deconduite.org/>>

site o apoio à renegociação do terceiro plano para o autismo e clicando nesse link o usuário era redirecionado para a página na qual era possível assinar esta petição. Diversas petições são lançadas no site e o público pode aderir aos movimentos que o coletivo apoia por meio de sua página na internet. Dessa forma, o grupo procura marcar sua posição frente aos principais temas da saúde mental infantil. Outro exemplo de ação que teve lugar na página eletrônica foi a composição de uma carta aberta para os candidatos à presidência da república de 2012, expondo para eles as principais dificuldades que o grupo observa na França no que diz respeito às políticas públicas para crianças. As respostas dos candidatos do segundo turno (François Hollande e Nicolas Sarkozy) foram publicadas no site, podendo influenciar na escolha dos eleitores. Ao apresentar as demandas que observam, convocaram os candidatos a se comprometer com uma política digna para a infância que tivesse uma visão humanista, interativa e ética desta (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012c).

Portanto o modo de se organizar do Coletivo *Pas de Zéro de Conduite* é horizontal e sem hierarquia. Busca manter a pluralidade de pensamentos dentro do grupo e é para essa direção que apontam suas propostas. A forma pela qual se articula reflete as suas demandas e reivindicações colocadas para a sociedade.

5.1.4 Principais pontos de discussão e reflexão do Coletivo *Pas de Zéro de Conduite*

As principais discussões articuladas pelo *Pas de Zéro de Conduite* apontam para uma crítica à visão de homem (que é a base da noção de psicopatologia, de prevenção etc.) presente no projeto de lei de 2006 e na pesquisa em que esse projeto se fundamenta. Essa concepção do humano ilustra o modo como se têm pensado o homem nas políticas públicas de saúde. O grupo critica uma compreensão determinista e reducionista dos fenômenos humanos, que tem como princípio a linearidade e a causalidade, e aponta que é por meio desse tipo de compreensão que se funda o modelo preditivo, que prevê e pressagia ao invés de prevenir. Tal reducionismo está presente no próprio processo de medicalização da sociedade. Explicitaremos agora as principais discussões propostas pelo coletivo *Pas de Zéro de Conduite*.

A noção de prevenção é central nas reflexões do coletivo. Ele denuncia a deformação dessa concepção, que está presente na pesquisa do INSERM, no projeto de lei de prevenção da delinquência e em diversos outros serviços de saúde mental. Aponta que a ideia de “prevenção precoce” passou a ser sinônimo de uma busca de adaptação ao sistema e de aquisição de capital social. Seria a preparação da criança para ser competitiva na sociedade

capitalista. (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013). Fundou-se com esse conceito um novo “mercado lucrativo de ferramentas padronizadas de prevenção mecânica” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 9). A lógica preditiva vai de acordo com as leis do mercado, pois com a predição seria possível calcular os riscos, o que “permite ao patrocinador e seus acionistas saber quanto eles vão ganhar no fim. Esta lógica industrial não tem nenhuma relação com a lógica humana” (DELION, 2012a, p. 10). A prevenção, entendida dessa forma, seria uma capacitação e poderia se dar a partir do desenvolvimento cognitivo que permite a adaptação ao mercado de trabalho, por exemplo. Tendo em vista a distorção da noção de prevenção, o *Pas de Zéro de Conduite* sugere uma outra concepção de prevenção precoce que diz respeito a uma prevenção precoce “preveniente”, não preditiva, humanizante e eficaz. Sendo esta a principal ideia defendida pelo coletivo:

Por isso, a prevenção precoce, longe de uma perspectiva utilitarista ou economista, deve trazer respostas individualizadas, respeitosas das histórias e das escolhas de vida das famílias, abertas aos efeitos do encontro e da surpresa que deixam “*lugar ao transbordamento, ao inesperado, ao projeto de liberdade para a criança*”⁶². Portanto, visando ao desenvolvimento do pensamento e do emocional de cada criança para que ele possa inscrever livremente seus próprios desafios na sociedade de amanhã (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 8).

A prevenção “preveniente” se apoia em uma concepção de “desenvolvimento infantil que não tem como referência uma linearidade de etapas a serem ultrapassadas sucessivamente, ao contrário, parte de uma perspectiva “historicizante, como um (dis)continuum de movimentos delicados e complexos de criatividade, em que cada mudança de estado supõe e necessita um rearranjo das posições precedentes” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012b, p. 230, tradução nossa). Essa prevenção humanista deixa espaço para os efeitos do encontro e da surpresa e se situa voluntariamente no âmbito das apostas, e não das certezas (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012B).

O grupo critica também os investimentos feitos pelo governo, que acaba restringindo os recursos destinados para serviços que seguem a linha da prevenção “preveniente” e favorece os atendimentos que “preparam o indivíduo para a sociedade competitiva” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 9, tradução nossa). O coletivo adverte que, ao privilegiar financeiramente os serviços que preparam as crianças para o mercado, há a escolha por uma superestimulação das crianças pequenas, criando dessa forma um ambiente mais propício para a agitação. O paradoxo apontado pelo coletivo é que as mesmas pessoas que tomam a decisão de um ambiente superestimulante, depois encorajam a detecção de sinais de agitação para um

⁶²Nota de rodapé da citação de: LENOBLE, E. Pour une clinique de la surprise. In: PAS DE ZÉRO DE CONDUITE. *Enfants turbulents, l'enfer est-il pavé de bonnes préventions?* 1 ed. França, Toulouse: Érès, 2008.

posterior tratamento com especialistas e com o artifício da indústria farmacêutica, pois entendem nesse momento que o problema está no indivíduo.

Mais geralmente, o discurso oficial e ação pública, há vários anos, focam na exclusiva responsabilidade dos indivíduos e das famílias, quanto às suas próprias dificuldades, isentando-se de qualquer responsabilidade social e política no surgimento destas dificuldades. Trata-se de um discurso securitário particularmente reducionista que se aproveita de todas as esferas da vida social para reduzir, sempre que possível qualquer expressão de crise a uma forma de delinquência nas relações sociais (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 10).

Esse trecho do manifesto por uma prevenção “preveniente” descreve acertadamente o fenômeno da medicalização e da judicialização, ambos presentes no projeto de lei contra o qual lutaram. A luta busca que as práticas de saúde não tenham fins normativos e de controle social, como acontece na medicalização do mal estar social.

Nós recusamos que a política se aproprie das funções da saúde para definir o normal e o patológico em matéria de saúde mental. Em uma democracia, os responsáveis políticos encarregados da ordem pública não são encarregados de estabelecer a política de saúde, nem o parlamento de definir o conteúdo dos saberes profissionais (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 28).

O coletivo, partindo da experiência do serviço de *Protection Maternelle Infantile*⁶³, constata que a intervenção que se diz de “prevenção preveniente” precoce se situa em dois eixos que devem estar sempre presentes: “a prevenção generalizada para todos combinada a uma abordagem de prevenção definida em função da exposição a certos riscos ou dificuldades” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 14, tradução nossa). Dessa forma, fica claro que as práticas de prevenção precoce não devem ser destinadas apenas às famílias em situação de vulnerabilidade. Essa focalização, que acontece em muitos programas, subestima o sofrimento psíquico de crianças e famílias que não estão no rol das “situações de vulnerabilidade”, assim como desperta a não-aderência das famílias nessa situação ao serviço, considerando que este seria destinado apenas para quem “é vulnerável”. No manifesto é ressaltada a importância das palavras “situação” e “período” para acompanhar o termo “vulnerabilidade”, dando assim uma dimensão de circunstância, sem deixar as pessoas presas no rótulo de vulneráveis, pois com isso também se corre o risco de criar as “classes perigosas”, isto é, a criminalização.

O coletivo aponta para a armadilha das prevenções ilusionistas que são os “modos de prevenção não pertinentes” citados anteriormente. Afirma que esse tipo de proposição tem uma atratividade, pois

ele lisonjeia nosso vício pela simplificação redutora, pelo correspondente simples: uma causa = um efeito, um problema = uma solução; uma ação = um instrumento.

⁶³ Proteção Materno-Infantil.

Pensamento mágico das crianças pequenas? Ou estaríamos nós fascinados pelo “instrumento visível”? Seríamos nós ainda um pouco macacos? (GIAMPINO, 2008, p. 15, tradução nossa).

Assim, na crítica ao entendimento determinista e reducionista presente também na lógica medicalizante, o *Pas de Zéro de Conduite* enfatiza que pouco está determinado em uma criança. O movimento se afirma contra a ideia de condicionamento e de desenvolvimento de um humano robotizado. Entende que sempre é possível intervir de acordo com a idade da criança e aliviar o sofrimento psíquico sem perder a dimensão da singularidade. “Defendemos a tese de plasticidade cerebral e psíquica que esclarecem os fenômenos de resiliência” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 27, tradução nossa).

No âmbito da educação, ele identifica a ideia do humano como organismo programado e programável em propostas baseadas no conceito ambíguo de “psicoeducação”. Essas propostas comumente têm como objetivo a “promoção de habilidades sociais e de regulação emocional” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 11, tradução nossa). A crítica do *Pas de Zéro de Conduite* diz respeito à confusão entre condicionamento e educação: a primeira passaria por uma abordagem da criança por meio da moral, tendo o objetivo de que ela apenas se adapte às condições impostas naquele momento, trata-se de uma “intrusão adaptativa precoce que não ajuda a desenvolver as capacidades da criança para uma compreensão dos limites e do significado de frustração” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2012, p. 11). Esse tipo de intervenção apenas ajusta comportamentos de acordo com o que o ambiente demanda, sem promover a reflexão e o desenvolvimento psíquico.

No campo da saúde pública francesa, os profissionais que constituem o coletivo observam a degradação de diversos serviços que dão assistência às crianças em idade escolar, alguns desses serviços acontecem inclusive dentro das próprias escolas. Essas instituições são cada vez mais requisitadas a aplicar os métodos de formação, de treinamento e de avaliação por meio de escalas sobre o comportamento das crianças. O *Pas de Zéro de Conduite* enfatiza o perigo das escalas utilizadas para se dar um diagnóstico:

Essas escalas, incluindo a pertinência do diagnóstico dos itens, são questionáveis – trata-se de simples sinais analisados fora de contexto – e não têm como objetivo identificar problemas, mas analisar quantitativamente cada item e, em seguida, avaliar de forma mecânica, mesmo arbitrária, o grau de dificuldade suposto da criança, traduzindo em uma medida quantificada. Este tipo de ferramenta corre o risco de congelar o olhar do professor sobre a criança, por causa da ilusão da medição “científica” ligada a essa forma de identificação. A criança pode finalmente ficar ainda mais presa em seus “sintomas”, correndo o risco de produzir profecias sociais auto-realizadoras (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 12, tradução nossa).

O coletivo alerta, assim, para o risco de tornar a compreensão sobre a criança, inclusive dela sobre ela mesma, em algo cristalizado, o que diminui o poder de mudança e não leva em conta a condição humana, como mutável. Então, podemos dizer que sem abertura para a própria humanidade, no sentido de poder ser de muitos modos, essa cristalização é algo que vai na contramão do que seria a promoção de saúde, ou de um alargamento da liberdade e da reflexão. O Comitê Nacional de Ética escreve para o INSERM sobre essa questão: “A redução de uma pessoa a parâmetros fragmentários comporta sempre um risco de uma interpretação arbitrária e à exclusão” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 12). Nessa forma de cristalização, há implícito um “princípio de linearidade” no qual vemos a lógica preditiva: se a criança tem esse comportamento, logo recebe esse diagnóstico e espera-se dela tal evolução. Pensaríamos que, se uma criança “roubar” um brinquedo de uma outra colega, ela estaria expressando indícios de que poderia se tornar um delinquente. Tiramos a possibilidade de esse “roubo” do brinquedo ser entendido de maneiras menos determinantes, como a criança precisar de atenção, querer brincar ou simplesmente ter feito uma besteira naquele momento e estar lá para aprender que não deve morder e pegar o brinquedo da mão do colega etc.

Outro tema importante apresentado pelo coletivo é a predominância da avaliação quantitativa como sendo a única válida. Essa valorização do quantificável está presente na utilização de escalas e protocolos para definir as crianças. Desse ponto de vista, a prevenção seria ditada essencialmente pelo que pode ser quantificado e medido. “Nós preferimos a noção de prevenção global, preveniente, não preditiva, sem alvo, porque ela aceita a complexidade e a relação humana como instrumento confiável” (GIAMPINO, 2008, p. 16, tradução nossa). A fascinação pelo quantificável se alimenta também do modo como vivemos o tempo,

é uma relação com o que virá doente, ansiógena, que gangrena o presente. “imediatividade” e “reatividade” são rainhas, estímulo-resposta, investimento-benefício, problema-solução. [...] O que se faz com 24 meses vale para o que ele será com 18 anos. Lá onde não tem mais profundidade de tempo – passado, presente, futuro – se esvai a profundidade do campo, as profundezas de um ser, o enigma de seu devir (GIAMPINO, 2008, p. 16, tradução nossa).

Como já foi dito, um segundo eixo de preocupação do coletivo está no campo científico, das pesquisas. O grupo critica o método e o conteúdo utilizados na metanálise que serviu de fundamento para o projeto de lei “prevenção da delinquência”. O coletivo critica a metodologia dessa pesquisa, alegando uma escolha parcial dos experts participantes, “mostrando o viés de garantir uma abordagem teórica unívoca para um transtorno complexo” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 21). Os experts escolhidos para realizarem essa

pesquisa não representavam o conjunto de profissionais da França, nenhum era da área de humanas e nenhum tinha afinidade com a psicodinâmica. Além disso, foi deixada fora da metanálise a bibliografia da prática dos serviços que já são oferecidos na França e fazem menção unicamente à literatura internacional, principalmente a de origem anglo-saxã. O coletivo observa um desencontro entre a avaliação da eficácia dos serviços prestados feita na pesquisa promovida pelo INSERM e a avaliação feita pelo público atendido. Há uma desvalorização e um descrédito na eficácia dos serviços oferecidos com linhas de atendimento não comportamentais e que trabalham com a prevenção e saúde na primeira infância.

Em suma, este relatório faz a escolha de privilegiar uma abordagem anglo-saxônica e um ponto de vista enviesado por uma escolha arbitrária de experts. Ele não leva em conta muitas concepções da medicina, da história, da educação e da ética. Neste sentido, nós não podemos considerar que ele merece a etiqueta de “expertise collective”, já que ele não pode ser considerado como um expertise de interesse coletivo (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 35, tradução nossa).

Quanto ao conteúdo da pesquisa, o coletivo critica a nosografia utilizada para definir o transtorno de conduta, indicando que ela foi baseada no DSM, manual pouco utilizado na França segundo ele. O *Pas de Zéro de Conduite* aponta para o perigo de se buscar um determinismo genético para problemáticas sociais. Constatamos esse movimento quando os pesquisadores “insistem na importância da “taxa de herança genética”, que seria próxima a 50%” para o transtorno de conduta, e promove também estudos que procuram os “genes da vulnerabilidade” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 23). O coletivo critica a noção de detecção do transtorno de conduta, alegando que só podemos falar em detecção tendo alguns pré-requisitos:

saber o que buscamos detectar, dispor de um instrumento de detecção confiável específico e sensível, ter meios para confirmar um diagnóstico, dispor de profissionais formados e competentes para utilizar os instrumentos e interpretar os resultados recolhidos, e dispor de estruturas de acompanhamento e tratamento (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 39).

Conforme já dito, a definição do diagnóstico utilizada é controversa e, dessa forma, não se sabe precisamente quais sintomas procurar ou quais são os sinais precursores para que aconteça a detecção, não existem instrumentos para isso.

Ademais, afirma que os conceitos para caracterizar um “temperamento de risco” remetem muito mais a um registro moral e normativo do que a um registro médico e psicológico (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 25). O coletivo desaprova que o estudo de metanálise recomende utilizar exclusivamente a abordagem terapêutica comportamentalista e em um segundo momento utilizar os tratamentos farmacológicos. Estes últimos seriam os psicotrópicos (antipsicóticos, psicoestimulantes e timoreguladores) (PAS

DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011). O *Pas de Zéro de Conduite* alega que existem poucos dados de psicofarmacologia para crianças e adolescentes.

O grupo assinala como um dos motivos para se produzir pesquisas com esse viés a questão do financiamento dos trabalhos. Seria mais fácil de conseguir financiamento para pesquisas que vendem soluções imediatas e simples do que para outros tipos de pesquisa.

A partir dessas críticas, foi demandado ao INSERM que realizasse suas pesquisas sem o viés que esteve presente nesta metanálise. O *Pas de Zéro de Conduite* defende que seja recomendada uma multiplicidade de práticas terapêuticas que devem ser propiciadas para o público e também que pesquisas de diversas abordagens devem compor um estudo de metanálise, contrapondo assim diferentes ângulos de visão para o mesmo fenômeno. Enfatiza a tradição no trabalho de prevenção que existe na França

Portanto as denúncias e as reivindicações feitas pelo coletivo *Pas de Zéro de Conduite* estão compreendidas na crítica a um modelo preditivo que cristaliza, prendendo o indivíduo em uma determinação e na defesa de uma prevenção precoce preveniente que libertaria o indivíduo dessa cristalização devolvendo a ele sua humanidade, suas possibilidades de ser.

Nós defendemos uma prevenção das patologias mentais que não sejam indutoras e nem constituam um sistema de validação autopreditoras. A prevenção de patologias mentais não pode se fundar em critérios de predição. Em uma tentativa de abordagem do sujeito global, ela deve tentar decodificar a mensagem que o sintoma é portador, descobrir (revelar) o sofrimento subjacente e suas causas, organizar ao redor da criança e de sua família um sistema de apoio próprio para resolver suas dificuldades e para desenvolver suas competências. Ela deve ajudar as crianças e as famílias a escaparem das representações sociais dentro das quais elas se encontram presas e de um destino que poderia parecer irremediavelmente traçado” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2011, p. 28).

Em suma, o grupo chama a atenção para uma intervenção cuidadosa que não seja intrusiva. Caso contrário, poderíamos, ao invés de prevenir uma patologia, produzi-la ao antecipá-la e tratar o indivíduo como já estando no lugar da patologia, ou como já sendo inevitável que um dia se encontre nesse lugar.

Este *tomar cuidado* e “*fazer atenção*” combinados podem nos ajudar a desenhar os contornos de uma prevenção precoce preveniente, que deixa lugar ao inesperado e ao encontro. Pois o cuidado é primeira e etimologicamente uma preocupação antes de ser um controle normativo social. Caso contrário, tende a produzir patologias que pretendemos evitar (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013, p. 17).

O coletivo *Pas de Zéro de Conduite* sugere, por meio dessas proposições e críticas, pensar uma política de *prevenção precoce preveniente* que reconheça a singularidade e a liberdade de desenvolvimento de cada criança.

5.1.5 Diálogos com o Brasil

O coletivo *Pas de Zéro de Conduite* mantém contato e parceria com o Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade. Seu manifesto encontra-se traduzido na página eletrônica do fórum brasileiro. Essa articulação foi feita em 2012 por intermédio da professora da PUC-SP Silvana Rabello, membro do Fórum brasileiro, que teve contato com Marie Christine Davoudian, membro do *Pas de Zéro de Conduite*. Davoudian apresentou a professora brasileira para alguns participantes do coletivo, como Marie Laure Cadart, uma das cofundadoras. Esta participou da mesa de grupos internacionais sobre a medicalização no “III Seminário Internacional: A Educação Medicalizada”, que aconteceu em julho de 2013 em São Paulo. Davoudian e Cadart foram entrevistadas nesse estudo. Cadart enfatizou na entrevista a importância de saber que existem outros movimentos que lutam na mesma direção ao redor do mundo. “Nos faz bem pensar que esse pensamento circula em Quebec, saber que no Brasil existiam pessoas interessadas pelo *Pas de Zéro de Conduite*”.

5.1.6 Análise da petição⁶⁴ do *Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*: um instrumento de resistência

A petição do coletivo *Pas de Zéro de Conduite* está disponível no site do coletivo em francês. Traduzi o texto abaixo para pensarmos as implicações e efeitos desse instrumento de resistência (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013):

Não ao zero de conduta para as crianças de três anos

Apelo em resposta ao relatório de experts sobre o transtorno de conduta em crianças

O governo prepara, atualmente, um plano de prevenção da delinquência que proclama uma detecção muito precoce dos “transtornos comportamentais” na criança, transtornos que supostamente anunciariam um percurso em direção à delinquência. Neste contexto, o recente relatório de experts do INSERM, que recomenda a detecção do “transtorno de conduta” na criança desde a mais tenra idade, tem um viés bem particular.

Os profissionais são convidados a identificar os fatores de risco pré-natais e perinatais, genéticos, ambientais e ligados ao temperamento e à personalidade. Por exemplo, sugerem como fator de risco para as crianças pequenas “os traços de caráter como a frieza afetiva, a tendência à manipulação, o cinismo” e a noção de “herdabilidade (genética) do transtorno de conduta”. O relatório insiste na detecção aos 36 meses dos seguintes sinais: “indocilidade, heteroagressividade, baixo controle

⁶⁴ O grupo denomina o texto escrito que teve as 200.000 assinaturas contra o projeto de lei “Prevenção da Delinquência” de petição. O manifesto do grupo é um texto mais longo traduzido para o português no site do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade.

emocional, impulsividade, indício de moralidade baixa”, etc. Será necessário encontrar ladrões de cubos ou “balbucidores” de mentiras nas creches?

Frente a esses sintomas, as crianças detectadas seriam submetidas a uma bateria de testes elaborados com base nas teorias de neuropsicologia comportamentalista que permitem identificar todo desvio à uma norma estabelecida de acordo com os critérios da literatura científica anglo-saxã. Com tal abordagem determinista e seguida de um implacável princípio de linearidade, o menor gesto, as primeiras traquinagens de criança correm o risco de serem interpretadas como a expressão de uma personalidade patológica que conviria neutralizar o mais rápido possível por uma série de medidas associando reeducação e psicoterapia. A partir dos seis anos, a administração de medicamentos, psicoestimulantes e timoreguladores deveria permitir triunfar sobre os mais resistentes.

Será que a aplicação dessas recomendações não engendrará uma formação de comportamentos das crianças, não induzirá uma forma de toxicomania infantil, sem falar do encobrimento das estruturas de cuidado responsáveis por tratar todas as sociopatias? O relatório dos experts do INSERM, ao medicalizar ao extremo os fenômenos de ordem educativa, psicológica e social, conserva a confusão entre mal estar social e sofrimento psíquico, ou também confunde estas com doença hereditária.

Ao estigmatizar como patológica toda manifestação viva de oposição inerente ao desenvolvimento psíquico da criança, ao isolar os sintomas de suas significações no percurso de cada um, ao considerá-los como fatores preditivos de delinquência, o enfoque do desenvolvimento singular do ser humano é negado e o pensamento do cuidador é robotizado. Ao contrário, mais do que tentar o adestramento ou o aplainamento dos comportamentos, convém reconhecer o sofrimento psíquico de algumas crianças por meio de sua subjetividade nascente e de permitir-lhes se beneficiarem de uma multiplicidade terapêutica, a mais variada possível. Nem todas as crianças se enquadram nos comportamentos requeridos e as respostas aos problemas de comportamento se situam bem frequentemente no âmbito educativo, pedagógico ou social.

Esse relatório de experts do INSERM apareceu precisamente no momento em que muitos relatórios vieram a público sobre o tema da prevenção da delinquência. Podemos ler nesses relatórios as proposições que visam a detectar, desde os três primeiros anos de suas vidas, as crianças cuja *“instabilidade emocional (impulsividade, intolerância às frustrações, não domínio da língua) vai engendrar esta violência e alimentar os atos de delinquência”*. Assistimos desde esse momento, sob a cobertura do “respaldo científico”, à tentativa de instrumentalização das práticas de saúde no campo da psiquiatria infantil com fins de seguridade e de ordem pública. O risco de deriva é claro: a detecção sistemática de crianças “agitadas” dentro das creches, as escolas maternas, com o pretexto de reduzir o crime futuro, poderia transformar esses estabelecimentos de acolhimento ou de educação em lugares de vigilância dos pais, pondo em risco o seu papel social e o próprio conceito de prevenção.

Profissionais, pais, cidadãos, dentro do campo da saúde, da infância, da educação etc.:

- Nós protestamos contra os riscos de deriva das práticas de cuidados, principalmente o psicológico, para fins normativos e de controle social.
- Rejeitamos a medicalização ou a psiquiatrização de toda manifestação de mal-estar social.
- Temos o compromisso de preservar na nossa prática profissional e social a pluralidade de abordagens na área médica, psicológica, social, educacional [...] frente às dificuldades das crianças, levando em conta a singularidade de cada um dentro do seu ambiente.
- Fazemos um apelo para um debate democrático sobre a prevenção, a proteção e o cuidado das crianças, em um espírito de clareza sobre as

funções dos vários atores no campo social (saúde, educação, justiça...) e sobre as inter-relações entre esses atores.
 Contato: contact@pasde0deconduite.ras.eu.org.

O grupo de profissionais da saúde inicia a petição contextualizando o surgimento do projeto de lei, informando seu interlocutor, que é um possível assinante da petição, sobre o objeto de sua oposição, citando-o. Expõe exemplos dos sintomas que deveriam ser identificados pelos profissionais que lidam com a primeira infância, que teriam o intuito de realizar a dita detecção precoce: “*os traços de caráter como a frieza afetiva, a tendência à manipulação, o cinismo*” e a noção de ‘*herdabilidade (genética) do transtorno de conduta*’. O relatório insiste na detecção aos 36 meses dos seguintes sinais: “*indocilidade, heteroagressividade, baixo controle emocional, impulsividade, indício de moralidade baixa, etc.*”. Termina a citação do relatório contra o qual está se posicionando com uma pergunta em tom de ironia: “Será necessário encontrar ladrões de cubos ou ‘balbuciadores’ de mentiras nas creches?” Durante todo o texto encontramos passagens irônicas, que parecem ter o efeito de radicalizar a tendência ao determinismo que o coletivo compreende como absurda e contra a qual está lutando com essa petição.

O coletivo apresenta seus argumentos contra a cristalização e o determinismo que estão presentes na ideia de que o caráter de uma criança está definido aos 36 meses e pré-determina sua atitude aos 18 anos. Na petição, o grupo deixa claro seu posicionamento, afirmando-se contra a força (o projeto de lei) que foi (ou seria) instituída e busca influenciá-la para outra direção. Há, na petição, a concentração de uma direção que aponta para a multiplicidade de práticas de cuidados para as crianças, em oposição ao projeto de lei proposto pelo governo francês, que aponta para um único tipo de tratamento. A petição é a aposta em uma direção que considere: as dificuldades, a singularidade e o ambiente de cada criança. “Temos o compromisso de preservar na nossa prática profissional e social a pluralidade de abordagens na área médica, psicológica, social, educacional [...] frente às dificuldades das crianças, levando em conta a singularidade de cada um dentro do seu ambiente” (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013). Com essa frase o grupo se implica no que acredita ser uma direção ética para a promoção de saúde dessas crianças: preservar a pluralidade tanto em seu campo profissional quanto na sociedade.

Caso o projeto de lei passasse, aconteceria o oposto ao zelo pela multiplicidade. O grupo utiliza o tempo verbal condicional para indicar os efeitos decorrentes da vigência dessa lei: “as crianças seriam submetidas a uma bateria de testes [...]”; “correm o risco de ser interpretadas como a expressão de uma personalidade patológica que conviria a neutralizar

[...]; “com o pretexto de reduzir o crime futuro, poderia transformar esses estabelecimentos de acolhimento ou de educação em lugares de vigilância [...]” (grifamos) (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013). Chama a atenção outro trecho em que o tempo condicional está presente: “a administração de medicamentos, psicoestimulantes e timoreguladores deveria permitir triunfar sobre os mais resistentes”. Designa como resistentes as crianças que resistem à “formatação de comportamentos”, que mantêm a sua singularidade mesmo na situação em que se busca na sociedade um adestramento ou o aplainamento dos comportamentos. A resistência é colocada aqui como uma insistência de continuar sendo espontâneo, humano, com uma parcela de indeterminação. No entanto, nesse trecho dizem que mesmo as crianças que resistem a essa normatização seriam “derrotadas” na sua espontaneidade pelos medicamentos. Estes poderiam mudar o modo de ser da criança.

Em alguns trechos da petição, o grupo afirma que o projeto de lei proposto pelo governo é regulado por uma norma imposta: “identificar todo desvio a uma norma estabelecida de acordo com os critérios da literatura científica anglo-saxã”, ou a ideia de “neutralizar” uma personalidade patológica no sentido de trazer para perto da norma, considerando que o patológico passa a ser entendido como o que está distante da norma. A concepção que decorre dessas colocações é de que no projeto de lei saberíamos de antemão o comportamento ideal buscado para cada indivíduo e para a população.

É importante enfatizar que a ideia de uma prevenção da delinquência, conforme descrita no projeto de lei, responde a uma necessidade identificada na sociedade. Não se trata de algo sem contexto, ou sem sentido, pois muitas pessoas consideram o projeto de lei uma solução para um problema social. Na produção desse projeto de lei há a busca por uma sociedade segura que não tenha indivíduos que ameacem a segurança pública; há a tentativa de tratamento do indivíduo antes que ele ameace a segurança dos outros e assim não tenha que ser punido por isso; há a concepção de que a delinquência como patologia é determinada genética e individualmente; há a ideia de que é possível prever e predizer os comportamentos humanos a partir de sinais anteriores, sendo o comportamento revelador da essência daquele indivíduo, o qual carrega consigo um germe da delinquência que poderia germinar a qualquer momento independentemente dos encontros que o indivíduo tiver em sua vida; há a concepção de que com alguns medicamentos ou terapias comportamentais podemos mudar essa “essência” individual e transformar o futuro daquele indivíduo.

Com tantas forças envolvidas e imbricadas nesse projeto para a sociedade, percebemos que há por parte dos redatores do projeto de lei a intenção de cuidado, de uma sociedade mais segura, na qual o “mal” possa ser prevenido, ao invés de remediado. Há, junto com essa

intenção, a ideia de que a saúde mental é produto da genética e não tem relação com o coletivo, podendo, dessa forma, ser pensada exclusivamente no âmbito individual. No projeto de lei, considera-se o biológico que constitui o homem como fechado e determinado nas suas possibilidades, pensa-se sobre a segurança pública, sobre a prevenção de patologias psiquiátricas, sobre as relações humanas como questões que se colocam fora do âmbito social e político. Esse é o mecanismo de funcionamento da medicalização.

A petição se posiciona firmemente a favor da multiplicidade e do reconhecimento da singularidade de cada indivíduo e de sua história.

Ao contrário, mais do que tentar o adestramento ou o aplainamento dos comportamentos, convém reconhecer o sofrimento psíquico de algumas crianças por meio de sua subjetividade nascente e de permiti-las beneficiarem-se de uma multiplicidade terapêutica, a mais variada possível. Nem todas as crianças se enquadram nos comportamentos requeridos e as respostas aos problemas de comportamento se situam bem frequentemente no âmbito educativo, pedagógico ou social (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE, 2013).

Dessa forma, o coletivo não toma uma posição totalizante, mas se posiciona contra a totalização, sem ser ele mesmo totalizante em outra direção. Tal disposição é um aspecto central para que tantas pessoas se sentissem representadas por essa petição, assinando-a e lutando, assim, pela mesma causa. Nela está aberta a possibilidade de muitas práticas coexistirem, a liberdade de escolha fica preservada. Na defesa do tratamento da criança como singular, o grupo se afirma de forma aberta para escutar o que o público atendido necessita, visando a oferecer a oportunidade de escolha. Não quer dominar o campo excluindo algum tratamento das possibilidades e visa a compartilhar o campo. Assim, procura romper com a surdez que considera o pensamento do outro certo ou errado, julgando se alguém sabe ou não pensar, e propõe a lógica da diversidade e da singularidade.

Trata-se de olhar para o campo de que estamos fazendo parte. O modo de resistência que cativa assinantes na petição é um posicionamento que afirma a multiplicidade, a indeterminação e a força da novidade. Nessa luta, o instrumento da petição teve um papel de contágio e fortalecimento das práticas minoritárias.

5.2 L'APPEL DES APPELS⁶⁵

5.2.1 Origem

O manifesto do coletivo *L'Appel des Appels* foi escrito por dois psicanalistas, Roland Gori e Stefan Chedri, em 2008. Nele apresentam o sofrimento que advém de decisões políticas destinadas para o campo do social, as quais são baseadas na lógica do mercado, tendo como referência o “homem econômico”. A exposição do cidadão às leis do mercado seria expressão da presença cada vez mais forte do modelo neoliberal nas políticas de saúde, de educação, na justiça e na cultura. O *L'Appel des Appels* foi fundado depois do lançamento de seu manifesto em 24/02/2009 e desde esse ano o grupo se constituiu como associação. O Coletivo Nacional *L'Appel des Appels* teve como marco de fundação, além de seu manifesto, uma carta de princípios, na qual afirmava seus objetivos e sua luta. Esse documento começava assim:

Nós, profissionais da saúde, do trabalho social, da justiça, da educação, da pesquisa, da informação, da cultura e de todos os setores dedicados ao bem público, decidimos nos constituir um coletivo nacional para resistir à destruição voluntária e sistemática de tudo que compõe o laço social. Reunidos sob o nome de *Appel des Appels*, nós afirmamos a necessidade de nos reapropriarmos de uma liberdade do discurso e do pensamento insultado por uma sociedade do desprezo (GORI, CASSIN, LAVAL, 2009, p. 11, tradução nossa).

Essa organização justifica as suas críticas às consequências do neoliberalismo, apontando para o grande número de profissionais que se mobilizam em diversos movimentos para reivindicar melhores condições de trabalho e de vida. Esses profissionais testemunham a mutação social em curso. O “chamado dos chamados” (tradução do nome do coletivo) respondia, então, a uma demanda social e cultural. Na apresentação do movimento afirma-se: “Assistimos nos últimos anos a uma verdadeira eclosão de petições e de chamados em todos os gêneros que testemunham os sinais de raiva e dor, os sintomas do sofrimento social e psíquico desse grande corpo doente que é a sociedade francesa no contexto europeu” (GORI, 2009, p. 13, tradução nossa). O coletivo enumera diversos movimentos que denunciam o sofrimento ao qual se refere e apresentam o *Pas de Zéro de Conduite* como emblemático pela força social que adquiriu. Afirmam que o *L'Appel des Appels* é como um filho do *Pas de Zéro de Conduite*, que cresceu nessa civilização que recusa cada vez mais a cultura e o pensamento (GORI, 2009).

⁶⁵ O chamado dos chamados.

Depois da petição cidadã do *Pas de Zéro de Conduite*, de suas ações e de seus trabalhos, da emergência de um coletivo, pareceu evidente para muitos entre nós que o tempo das petições estava ultrapassado, que o tempo de reações tinha passado [...] Como não ver em todas essas petições os sinais múltiplos e convergentes de uma doença da civilização que convém diagnosticar e tratar para além de seus sintomas? (GORI, 2009, p. 14, tradução nossa).

O manifesto foi escrito baseado na percepção de uma crise de civilização. O objetivo era alertar a opinião e os poderes públicos sobre o rumo que a civilização moderna está tomando. “Nós tínhamos o desejo de iniciar um movimento de análise e de reflexão transdisciplinar e interprofissional que não se reduziria a mais uma petição” (GORI, 2009, p. 14, tradução nossa). Buscava sair do que seria o tratamento dos sintomas e passar para um diagnóstico da doença social e ética que se manifesta (GORI, 2009). Gori afirma que a “ambição era de identificar a lógica subjacente aos sintomas desse sofrimento social e acabar com a estrutura deste mal-estar da sociedade” (GORI, 2009, p. 19). Os iniciadores do movimento buscavam “desesperadamente novos fundamentos do laço social” (GORI, 2009, p. 17, tradução nossa).

No documento de fundação do coletivo nacional, ele se compromete a estabelecer e promover uma rede entre as reflexões, iniciativas e mobilizações que condizem com as críticas feitas no manifesto, a fim de ampliar a luta. Dessa forma, o coletivo visa a oferecer e formar um espaço de análise política, dando repercussão para as organizações de resistência, sustentando e multiplicando as ações que visam a denunciar e combater os “dispositivos de servidão”. Termina essa carta assim: “Decididos a combater uma ideologia da norma e da performance que exige nossa submissão e pressagia uma civilização injusta e destruidora do humano, nós queremos reinventar uma sociedade de liberdade, de direitos, de justiça e de hospitalidade” (GORI, CASSIN, LAVAL, 2009, p. 12, tradução nossa). O coletivo aponta que nesse combate é importante priorizar dispositivos da cultura que carreguem “o valor da palavra, do sentido, da história, que ela transmite aos homens e entre as gerações” (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 60). Dessa forma, esse é um coletivo que engloba muitas outras organizações.

As primeiras 200 assinaturas do manifesto vieram de profissionais conhecidos na sociedade francesa com os quais os próprios redatores entraram em contato. Esse primeiro bloco de assinaturas constitui para o coletivo a instância moral e científica com base na qual o movimento poderia ser lançado (GORI, 2009). Tendo esse amparo das 200 primeiras assinaturas, o manifesto foi lançado na internet e, assim como aconteceu com o *Pas de Zéro de Conduite*, o número de assinaturas cresceu bruscamente. Hoje conta com 90.000 assinaturas.

O texto escrito por Gori e Chedri foi dirigido para toda a população, partindo de profissionais que pensam sobre as questões sociais. Entre os assinantes do manifesto estão na maioria profissionais da área da saúde, muitos ligados a universidades, além de jornalistas, atores, filósofos, professores, cineastas e profissionais das ciências humanas.

5.2.2 Modo de organização do coletivo

Como transformar essa tomada de consciência coletiva da doença neoliberal, da qual nossa civilização sofre os sintomas que ela exprime, em um dispositivo de ação e de reflexão capaz de tratá-la e de mudar o que está fixado? (L'APPEL DES APPELS, 2011, p. 56, tradução nossa).

O presidente da Associação é o psicanalista e iniciador do movimento Roland Gori. O *L'Appel des Appels* conta com 17 comitês locais na França e dois comitês internacionais em Quebec e Montreal. Em uma de suas publicações afirma que esses comitês têm identidades próprias e fórmulas diferentes, no entanto travam uma luta em comum. Todos trabalham em parceria com outras associações, coletivos e sindicatos. A associação nacional tem um escritório e um conselho.

O *L'Appel des Appels* enfatiza que não tem desejo de se tornar um sindicato, ou um partido político, ou uma associação protetora de trabalhadores humilhados simbolicamente, ele se coloca como “as vozes que se fazem escutar” contra uma ideologia dominante (L'APPEL DES APPELS, 2011, p. 65). Chedri (2009), um dos redatores do manifesto, afirma que não se trata de uma luta de esquerda ou revolucionária, mas sim de profissionais com valores republicanos e humanistas, à margem de partidos políticos e sindicatos, por isso espera também apoio da direita (CHEDRI, 2009).

5.2.3 Publicações

O coletivo conta com três publicações próprias. Nessas obras ele indica vários outros textos de autores signatários do manifesto, divulgando-os em seu site. A primeira publicação teve o nome do coletivo “*L'Appel des Appels – pour une insurrection des consciences*” e saiu em novembro de 2009. Nesse livro, o grupo se apresenta e afirma a sua luta: “Recusando de tornar-se os agentes de controle social de indivíduos e de populações, recusando de transformar-se em gentis acompanhantes desse novo capitalismo, nós chamamos todos para reconquistar o espaço democrático da palavra e da responsabilidade” (GORI, CASSIN, LAVAL, 2009, contracapa, tradução nossa).

A segunda publicação do *L'Appel des Appels* chama-se “*La folie évaluation. Les nouvelles fabriques de la servitude*”⁶⁶, em que grupo expõe a avaliação como uma forma de governo e as implicações disso, explicitando que a avaliação desvia as funções e as profissões das pessoas.

Ao pressionar para ter ações apenas suscetíveis de serem avaliadas na medida prevista, ao exigir deles que eles produzam números e que façam apenas isso, a avaliação desvia os pesquisadores de suas pesquisas, os cuidadores de seus cuidados, os professores de sua missão de formação e de transmissão, os juizes de seus julgamentos, os artistas de sua arte, os policiais de suas ações de prevenção e de proteção (ABELHAUSER, 2011, p. 9, tradução nossa).

Nesse livro, explicita as avaliações que estão sendo feitas constantemente na França, no âmbito das psicoterapias e no âmbito das pesquisas universitárias e científicas, e afirma suas críticas em relação a elas, mostrando como a avaliação busca estabelecer regras sobre a questão do sujeito e da verdade (ABELHAUSER, 2011).

No livreto “*Politiques de métiers – Manifest*”⁶⁷, terceira publicação do coletivo, o tom das críticas é forte, denso e assertivo, trazendo o ar de uma batalha, por exemplo na frase: “A avaliação é a palavra de ordem, ou melhor: é uma palavra de guerra. Aquela da submissão daqueles que ainda não tinham se submetido” (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 27, tradução nossa). Com linguagem rebuscada, faz referência a outros autores que pensam os mesmos temas. Cita Foucault diversas vezes, utilizando o conceito de biopolítica, entre outros.

O *L'Appel des Appels* tem um endereço eletrônico, no qual são divulgadas as atividades promovidas pelo coletivo, o material apresentado nas jornadas, as publicações, as declarações dadas na imprensa, o posicionamento do coletivo sobre alguma questão atual e o link de acesso às petições de outros grupos para serem assinadas. O site é um instrumento importante para manter a luta coletiva e as ideias do grupo circulando. Lá ainda encontramos os signatários e os grupos de resistência parceiros que atuam na prática.

A principal forma de esse coletivo lutar é por meio da sustentação teórica e de reflexões que resistem ao modo de fazer política neoliberal e pela formação de uma rede que fortaleça a resistência. Compreende que resistir (de forma geral) “é primeiramente realizar a sua profissão de acordo com as finalidades e princípios que a criaram, e é também repreender coletivamente o controle no campo profissional” (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 60, tradução nossa), pretendendo dar suporte aos profissionais que querem resistir.

No início do movimento, o grupo contou com a difusão de suas ideias na mídia. Algumas rádios acompanharam de perto as manifestações do grupo e difundiram suas

⁶⁶ A loucura da avaliação. As novas fábricas da servidão.

⁶⁷ Política das profissões – Manifesto.

análises. A televisão também teve participação nessa divulgação, com algumas emissões sobre o grupo. A revista *Cassandra* dedicou um de seus números para o *Appel des Appels* com o título “O tempo das alianças” (GORI, 2009).

O apelo desse coletivo não se restringe à França, mas busca trazer uma resposta para o sofrimento provocado pelo fenômeno global degradante do neoliberalismo – trata-se de traduzir e dar uma significação para esse sofrimento. O grupo, no entanto, pondera que estamos todos imersos nessa realidade e, portanto, contaminados, alguns mais e outros menos, pelos valores neoliberais. Afirma que “o tratamento será, portanto, longo, difícil, e sua saída imprevisível, não a escondamos” (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 57, tradução nossa).

A convergência com outros movimentos sociais aconteceu em algumas reuniões públicas que foram organizadas em parceria com grandes forças sindicais em 17/11/2010 (L’APPEL DES APPELS, 2011). Nessas reuniões, que ocorreram em Paris e em Bordeaux, foi definida como prioridade a defesa das profissões, algo que vai além da proteção necessária do emprego e de suas condições (L’APPEL DES APPELS, 2011). A associação enfatiza a importância de dar à iniciativa seu caráter durável e seu valor político pleno.

O *Appel des Appels* não se reduz a uma petição entre outras, mas se declara uma rede de vigilância e de cidadania dedicada a dar o máximo possível de eco e amplificação a todos os coletivos e a todas as iniciativas que recusam o abuso de poder que se autorizam ou se legitimam da racionalidade neoliberal (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 60, tradução nossa).

O coletivo promove aproximadamente duas jornadas nacionais por ano. Na jornada⁶⁸ promovida pelo *L’Appel des Appels* de que pude participar em Paris, o tom das intervenções era forte e parecido com reuniões sindicais. Alguns participantes, no momento das perguntas da plateia, subiam no palco e relatavam as suas condições de trabalho, denunciando as formas de avaliação, normalização e assujeitamento. O encontro começou com a exibição do filme *Un monde sans humains*⁶⁹, do diretor Philippe Borrel, que aborda a questão da medicalização ao trazer a mudança da condição humana com as novas tecnologias e uma compreensão de homem como máquina.

Nessa mesma jornada, houve a intervenção da Catherine Thibierge, que apresentou sua experiência de resistência em seu trabalho. Ela sugere cinco chaves para uma resistência construtiva:

As cinco chaves para uma resistência construtiva são: 1) resistir sem alimentar (não cair na armadilha de uma resistência contraprodutiva), 2) colocar luz para legitimar a

⁶⁸ Essa jornada aconteceu no dia 27/10/2012 em Paris. Programação disponível em: <<http://www.appeldesappels.org/l-appel-des-appels-remettre-l-humain-au-cru-de-la-societe/communique-de-l-appel-des-appels-1411.htm>>.

⁶⁹ “Um mundo sem humanos.”

resistência e inverter o processo, 3) voltar à fonte para neutralizar a dinâmica, 4) se comprometer nas brechas de liberdade, 5) fazer viver os valores que dão sentido à nossa profissão e prazer à nossa prática (THIBIERGE, 2012).

Nesse encontro o tema era a política nas profissões, assim se buscavam formas de resistir ao crescimento dos dispositivos de avaliação e controle que regem as práticas profissionais.

Portanto, diferentemente do coletivo *Pas de Zéro de Conduite*, o *L'Appel des Appels* conta com uma estrutura hierárquica. Essa estrutura começa com a figura forte de seu presidente, Roland Gori, que muitas vezes é referido como sendo a própria associação. Além disso, conta com sedes espalhadas por toda a França. Esse grupo enfatiza a importância da coletividade na luta e na resistência. Afirma que, nesse momento, para fazer face aos efeitos do neoliberalismo seria importante investir em “publicações que, quando bem utilizadas, podem se constituir em um prodigioso meio de emancipação política, ao contrário, da opressão simbólica” (L'APPEL DES APPELS, 2011, p. 65, tradução nossa).

5.2.4 Principais pontos de discussão e reflexão do *L'Appel des Appels*

Nós queremos viver juntos em um mundo habitável para todos à distância das segregações e das estigmatizações. Nós queremos viver, humanos, dentro de um mundo onde a lógica das coisas não prevaleça sobre a dignidade dos homens, sobre sua vulnerabilidade, sua falha, sua fraqueza, as quais constituem a grandeza da espécie (GORI, 2009, p. 18, tradução nossa).

A associação se apresenta como um movimento de oposição social e cultural às mudanças neoliberais que introduzem nas profissões valores estranhos a seus objetivos e às suas finalidades (L'APPEL DES APPELS, 2011). Ela aponta que, desde os anos 1980, o mercado teria se tornado um mestre anônimo e os campos da sociedade passaram a servir à ideologia deste (GORI, 2009). Dessa forma, sua reflexão se dirige para o campo da prevenção da delinquência, do trabalho social, no âmbito da saúde e da educação. A função de constituir uma rede é uma das prioritárias para o coletivo:

O *Appel des Appels* tornou sua a exigência da transversalidade das resistências das lutas. Há mais de dois anos, por meio de muitas reuniões públicas, nos comitês locais, em iniciativas nacionais, pela oferta de trabalhos coletivos e individuais, o *Appel des Appels* se tornou uma referência inevitável para aqueles que buscam fazer pontes entre os setores, estabelecer elos entre os profissionais, articular os diferentes aspectos de um combate que só pode ser coletivo e plural (APPEL DES APPELS, 2011, p. 24, tradução nossa).

O grupo indica a sua preocupação em manter a coletividade da luta, fortalecendo-a ao não deixar os profissionais isolados em seus setores particulares. Enquanto coletivo, a resistência é viabilizada de forma diferente da resistência individual. O contrapoder

movilizado no coletivo prefigura o “todos juntos” necessário para a resistência ao neoliberalismo que individualiza todos os sintomas do social (CHEDRI, 2009).

Na exposição sobre o nascimento do movimento, compreende que o processo de medicalização da sociedade é um dos sintomas da precarização do modo de vida atual. “Nessa medicalização extrema dos sofrimentos psíquicos e sociais se revela a destruição de uma sociedade que não vê mais nas ‘doenças mentais’ de seus membros a substância ética de seus próprios valores e de seus ideais” (GORI, 2009, p. 14, tradução nossa).

O *L’Appel des Appels* denuncia a introdução do que podemos chamar de capitalismo financeiro, que busca uma cultura de empresa para a sociedade e se infiltra em todos os serviços do Estado pela lógica do mercado (L’APPEL DES APPELS, 2011). O grupo critica os argumentos intimidadores colocados pelo Estado francês para seguir o funcionamento das empresas privadas. Um dos argumentos se baseia na comparação com a Grã-Bretanha ou os Estados Unidos em termos de tecnologia, dizendo que não podem ficar atrás desses países nesse quesito. Outro argumento resume a gestão a algo estritamente técnico, transformando a crítica à tecnocratização em uma oposição ao desenvolvimento e à informatização (L’APPEL DES APPELS, 2011). Ele reforça que o modo de administração pública neoliberal vem acompanhado de burocratização e tecnocratização.

A cultura neoliberal implica que o Estado seja menos presente na regulação social, na mediação de interesses de grupos sociais contraditórios e fique, assim, inteiramente a serviço das potências financeiras (APPEL DES APPELS, 2011). O grupo enfatiza sua luta contra a coisificação do humano, a mercantilização da natureza e do ser vivo e a insuportável esterilidade das especulações puramente financeiras que são improdutivas e destruidoras. Ele indica que houve uma mudança de filosofia do Estado, de suas missões sociais, de seu patrimônio material e simbólico, com a tese de que os direitos dos cidadãos e os direitos sociais são de mesma natureza, buscando a resistir a essa mudança. Defende a ideia de Hannah Arendt “do direito a ter direitos”, de que todos têm o direito de ser considerados um sujeito político, o direito de ter tempo, o direito de pensar e de compartilhar sua vida em uma história e em uma cultura (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 17, tradução nossa).

O *Appel des Appels* defende a especificidade das missões do serviço público e revela a alienação crescente da qual todos trabalhadores são vítimas, começando pelos “trabalhadores precários” e os “trabalhadores sem trabalho”. Dessa forma,

o *Appel des Appels* se junta ao numeroso grupo de movimentos que resistem aos efeitos destrutores das políticas neoliberais e do capitalismo especulativo, as quais fazem a exigência do aproveitamento a curto prazo e do princípio de tudo ser descartável, o que expõe sempre mais os indivíduos e as populações à precariedade

social e à humilhação civil, de forma que o amor pelo trabalho se torna um luxo e uma nostalgia nessa nova civilização em que o acionista faz a lei, transformando sem parar o trabalho e o trabalhador em “excedentes” (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 14, tradução nossa).

Dentro das críticas mais amplas, já citadas, observamos diversas formas de essa lógica neoliberal se instalar em diferentes campos da sociedade. Um dos exemplos dados indica a perda das especificidades das profissões, a nomeada “burocracia dos experts”, própria do sistema tecnocrata. Trata-se da compartimentalização do trabalho, de forma que cada profissional é expert apenas em um pedaço do trabalho, deixando a especialização cada vez mais especializada. Essa seria uma expressão da “racionalidade neoliberal” produtora de sofrimento (DARDOT, LAVAL apud L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 12, tradução nossa).

Essa crise de civilização provém de um novo modo de governo dos humanos: a administração por meio da rivalidade e do medo a qual, em nome da ditadura da performance e da concorrência, impõe por todo lado, em todos os setores de atividade, assim como na vida privada de cada um, as mesmas normas e os mesmos modos de assujeitamento pela avaliação quantitativa. A avaliação constitui a nova maneira de dar ordens se amparando na falsa objetividade dos números (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 13, tradução nossa).

O *Appels des appels* chama a atenção para o instrumento da avaliação quantitativa, que se constitui em uma técnica de subjetivação, no sentido de produzir individualidades, alienando os sujeitos. A crítica à avaliação quantitativa é um dos pontos centrais das denúncias dessa associação, afirmando que é um dispositivo de normalização que se apresenta científico e objetivo (ABELHAUSER, 2011). A avaliação serviria a um eugenismo econômico, de modo que seja possível se livrar dos menos produtivos (L’APPEL DES APPELS, 2011). Além disso, observa que “a fixação de objetivos, a medida de scores, o sistema de sanção-recompensa” (L’APPEL DES APPELS, 2011, p. 28, tradução nossa) destroem a autonomia e aumentam ainda mais a hierarquia. Afirma que deixa de importar se a avaliação é fundada ou infundada, sua função é de submeter (APPEL DES APPELS, 2011), ela torna-se um fim em si mesmo (ABELHAUSER, 2011). Os avaliadores passaram a ocupar um lugar inquestionável. Eles não são obrigados a prestar contas para nenhum outro órgão, como nos casos dos avaliadores de risco econômico, que durante a crise têm mais poder do que os Estados e o sistema financeiro internacional (L’APPEL DES APPELS, 2011). O coletivo se posiciona contra um Estado que não reconhece a importância da palavra e da linguagem e que privilegia as informações quantitativas. Ele afirma que a avaliação quantitativa desvaloriza a especificidade humana.

Essas técnicas coisificantes fazem os indivíduos se conceberem como microempresas autogeridas, com abertura a concorrência e à competição, no mercado do gozo da existência e de se aceitar como tal. Esse modo de vida só é politicamente aceito porque aparece na condição de ser algo natural, de onde a

promoção crescente do pseudosaber e de práticas que naturalizam o ser humano, biologizam os distúrbios de comportamento e as desigualdades sociais, propagando a ideia de um homem neuroeconômico (L'APPEL DES APPELS, 2011, p. 18, tradução nossa).

Essa é uma crítica clara ao processo de medicalização, que também tem como visão de homem um ser-humano objetivado que pode ser reduzido à sua faceta biológica como “o homem neuroeconômico”. A avaliação é considerada um sintoma social tanto por ser uma solução que a sociedade tenta encontrar para fazer face às suas dificuldades, quanto por ser em si um representante de suas dificuldades que revela o mal-estar com a cultura (ABELHAUSER, 2011).

Outra denúncia enfatizada pelo coletivo é a da judicialização da vida. Ele afirma que, por meio da afirmação da busca de maior seguridade social, grupos inteiros de pessoas mais vulneráveis são violentados pelo Estado, com a justificativa de um estado de exceção. Esses grupos seriam os doentes mentais, a juventude abandonada etc.

Sob o emblema das populações e de indivíduos em risco, nós assistimos atualmente ao grande retorno das “classes perigosas”. Em nome da “performance da segurança pública”, a vigilância generalizada, as câmeras de vigilância de todos os tipos são batizadas de câmeras de proteção, tornam-se um modo de gestão da população, enquanto a saúde pública, a prevenção e diferentes programas de intervenção ou de acompanhamento dos mais vulneráveis são vistos como dispositivos de higiene do corpo social (L'APPEL DES APPELS, 2011, p. 22, tradução nossa).

Gori (2009) afirma que, em nome de uma racionalidade técnica que busca prevenir e calcular a rentabilidade e eficácia a curto prazo, corremos o risco de eliminar a humanidade do homem. Há a tentativa de administrar os homens de maneira técnica e contável, abolindo a dimensão política. O precursor do movimento lembra que assim se esquece de que é a política que inaugura a civilização. A ciência, a gestão e a técnica tornaram-se guias normativos de nossas condutas, buscando sempre maior aproveitamento a curto prazo e maior controle dos homens, visando a um mundo também mais controlável (GORI, 2009).

À força de querer tudo controlar e tudo prevenir para melhor gerir tecnicamente o mundo, nós o tornamos doente. Nós deixamos doentes também seus habitantes ao querer uniformizar suas condutas, controlando sempre o mais secreto de sua intimidade. Ao esquecer suas histórias e seus dialetos, nós aplainamos as singularidades e empobrecemos o patrimônio da espécie (GORI, 2009, p. 19, tradução nossa).

Apresentadas as denúncias e reflexões críticas do coletivo, ele se afirma também como uma força de proposição, “o *appel* deve propor alternativas, contraposições”, declara Chedri (2009, p. 33). O grupo observa a existência de resistências ao movimento oriundo das políticas neoliberais e acredita que a população pode aderir aos valores coletivos. O *L'Appel des Appels*

acredita que o respeito do humano pode se dar em uma democracia que compreenda em si os conflitos e a possibilidade de diálogo⁷⁰.

5.2.5 Diálogos com o Brasil

Até o presente momento não foi encontrado vínculo entre *L'Appel des Appels* e profissionais ou instituições brasileiras. Por meio deste trabalho buscou-se apresentar e difundir as ideias do coletivo francês no Brasil e nas entrevistas citei o movimento brasileiro aos entrevistados franceses, de certa forma esta é uma aproximação dos movimento francês com o contexto brasileiro.

5.2.6 Análise do manifesto do *L'Appel des Appels*: um instrumento de resistência

Nós, profissionais da saúde, do trabalho social, da educação, da justiça, da informação e da cultura, chamamos a atenção dos poderes públicos e da opinião pública sobre as consequências sociais desastrosas das reformas prematuramente realizadas nos últimos tempos.

Na universidade, na escola, nos serviços de saúde e de trabalho social, no meio da justiça, da informação, da cultura e da pesquisa, o sofrimento social não para de aumentar. O sofrimento compromete nossa profissão e nossas missões.

Em nome de uma ideologia do “homem econômico”, o poder desfaz e recompõe nossas áreas e nossas missões, expondo sempre mais os profissionais e os usuários às leis “naturais” do mercado. Essa ideologia se revela catastrófica mesmo nos meios dos quais ela provém.

Nós, profissionais da saúde, do trabalho social, da educação, da justiça, da pesquisa, da informação e da cultura, recusamos que tal ideologia coloque em falência a saúde, o trabalho social, a educação, a justiça, a informação e a cultura.

Nós chamamos, para uma coordenação nacional de todos aqueles que se recusam a essa fatalidade, a se encontrarem no dia 31 de janeiro de 2009 em Paris. 22 de dezembro de 2008,

Roland Gori e Stefan Chedri (GORI, CASSIN e LAVAL, 2009, p. 9 tradução nossa).

A petição do *L'Appel des Appels* é endereçada à sociedade de maneira geral, tendo como remetente profissionais de diversas áreas de atuação: saúde, trabalho social, educação, justiça, informação e cultura. Ela se situa no campo do trabalho – da produção e reprodução do conhecimento – sempre lembrando ao interlocutor que o modo como vivemos na atualidade está tornando o campo do trabalho doente, produzindo grande sofrimento social para os profissionais que constroem esta sociedade.

⁷⁰ "O movimento ADA reconhece na democracia o mérito e a honra de dever e de poder revelar seu desafio interminável de um governo autenticamente humano. Um governo político de homens se exerce por meio das palavras, sem esquivar os conflitos e os desacordos. Ele deve garantir os papeis da argumentação e da persuasão no debate, ele não confunde o valor e o preço, ele restitui ao humano sua dignidade recusando de se transformar em coisa" (APPEL DES APPELS, 2011, p. 26, tradução nossa).

As palavras utilizadas para descrever as consequências da ideologia das “leis naturais do mercado” são fortes: desastrosa, catastrófica e falência de áreas importantes para a vida em sociedade. Pelo fato de o texto ser curto, ele fica ainda mais intenso, transmitindo a sua mensagem de crítica e resistência com essa tonalidade. No livro do coletivo em que o manifesto é apresentado, a assinatura desse texto é de dois psicanalistas; em contrapartida, na versão que está no livreto “*Politique des métiers – Manifeste*”⁷¹, a assinatura está em nome do coletivo. Compreendo que, após a escrita do pequeno texto e a abertura para o público assiná-lo, este se tornou um manifesto com a voz e o peso de todas as pessoas que assinaram o documento.

O texto cita reformas prematuras, ou seja, realizadas sem reflexão prévia com efeitos degradantes para os profissionais. Estes últimos veem os objetivos de suas profissões serem deturpados em nome da ideologia do “homem econômico”, o que parece ser uma alusão à ideia da concepção de homem das ciências naturais positivistas, na qual há pouco espaço para o debate sobre as outras determinações do homem para além de ele ser um organismo unicamente determinado pela sua natureza biológica. No modo como vivemos hoje, o que se tornou inquestionável é a lei do mercado, que se impõe em todos os âmbitos da vida e para todas as profissões. O grupo *L’Appel des Appels* se recusa a compreender a realidade a partir da naturalização das leis do mercado como leis naturais para as condições de vida atuais. Termina seu manifesto convocando todos que compreendem que é possível questionar o modo como vivemos para uma congregação de luta, entendendo que é possível a resistência que aponta para melhores condições de vida e de trabalho.

5.3 STOP-DSM

5.3.1 Origem

Após a reunião dos Estados Gerais⁷² da Psiquiatria em 2003 e a permanência da ideia de uma iniciativa contra o pensamento único do DSM de alguns psicanalistas, um grupo de

⁷¹ Política das profissões – Manifesto.

⁷² Conforme explicado na nota de rodapé 58: “Etats generaux” significa Estados gerais. Trata-se de uma assembleia que era convocada pelo rei desde 1789 e que reunia os três poderes – clero, nobreza e terceiro estado - para pensar os principais problemas do país. A reunião de Estados Gerais da psiquiatria aconteceu em Montpellier, em julho de 2003. Trata-se de uma grande mobilização das profissões ligadas à psiquiatria que demandava melhores condições de trabalho e de funcionamento dos serviços. O comunicado final da imprensa decorrente deste encontro dizia: “Os 2000 profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros...) reunidos nos Estados Gerais da psiquiatria em Montpellier nos dias 5, 6 e 7 de junho escutaram, trocaram e elaboraram os fundamentos teóricos de sua disciplina em um ambiente apaixonado e entusiasta”. Eles solicitavam um

médicos e psicólogos se juntou incomodado com a imposição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) para todos os profissionais que trabalham com saúde mental. Fundaram, então, um movimento contra a univocidade do pensamento do DSM. Esse movimento foi crescendo com o interesse de novos participantes que se identificavam com a causa e também por meio de convites dos já envolvidos a outros profissionais para participarem da redação do manifesto. A primeira reunião, realizada com o propósito de constituir uma iniciativa contra a exclusividade do pensamento do DSM, aconteceu em 9 de outubro de 2010. Nessa reunião, houve um debate sobre as classificações e foi “eleito um grupo restrito para redigir um projeto de manifesto” (STOP-DSM, 2011, p. 52, tradução nossa). Esse grupo se reuniu diversas vezes e o esboço do manifesto circulou entre todos os participantes do movimento. Em uma segunda reunião, em 1 de fevereiro, o texto escrito foi então apresentado para todos e finalizado. O psicanalista brasileiro Joel Birman foi um dos participantes dessas reuniões. Existem apenas mais três membros que fizeram parte desse processo e que estão identificados como participantes estrangeiros na história da redação do manifesto (STOP-DSM, 2011).

Nesse texto, o grupo afirma sua desaprovação da

escolha da Organização Mundial de Saúde (OMS) que é unívoca, ao considerar como um avanço científico o manual da *American Psychiatric Association* (APA). Essa escolha da OMS leva o nome genérico de DSM (*Diagnostics, and Statistical Manual of Mental Disorders*). A terceira versão do DSM estigmatiza os conflitos de interesse em psiquiatria e ela é contemporânea das recomendações de tratamentos comportamentalistas e das terapias cognitivo-comportamentais. E como esses métodos são aleatórios eles participam da promoção de um indispensável complemento farmacológico (AGUERRE et al., 2011, p. 4, tradução nossa).

Entre os assinantes há um grande número de psiquiatras e psicólogos, além de outros especialistas que atuam no campo da saúde. O manifesto conta hoje com 3.111 assinaturas, conforme consta no site.

5.3.2 Modo de organização do Coletivo

Este coletivo busca divulgar suas críticas e promover a reflexão sobre a imposição do DSM como referência para os profissionais da saúde mental. A principal forma de luta desse grupo é a difusão de suas reflexões sobre a influência de a imposição do DSM ser nociva para a clínica em saúde mental. Dado que esse é um fenômeno mundial, a divulgação do manifesto

investimento do Estado na área da psiquiatria visando a implantar os 20 pontos que votaram como medidas urgentes, para serem colocados em prática. Os profissionais se comprometeram a participar desse plano de refundação da psiquiatria para garantir a qualidade dos serviços para o público na França (UNCPSY, 2003, tradução nossa).

também corresponderia a essa escala. Dessa forma, o grupo busca atingir diversos países da Europa, Américas do Norte e do Sul, além da China e Oriente Médio. O manifesto foi traduzido para o inglês, espanhol, português, sueco, italiano, chinês, búlgaro e alemão. Na França, busca aumentar a repercussão da luta, contatando “o máximo possível de clínicos, de professores de psicopatologia, de corporações, de associações sindicais, profissionais e de psicanalistas” (LANDMAN, 2011, p. 19). Ademais, conta com um fórum de discussão na internet sobre o manifesto e o DSM-V.

O grupo afirma a importância da coletividade dessa luta em parceria com outras iniciativas que vão na mesma direção do *Stop-DSM* e enfatiza que

todas as ações, jornadas, revistas, colóquios sobre as classificações, sobre a epistemologia em psiquiatria, a relação entre psicanálise, psiquiatria, a clínica do sujeito, a nosografia etc. são bem-vindas; devemos aproveitar o movimento que se coloca em andamento em uma sinergia positiva (LANDMAN, 2011, p. 20, tradução nossa).

Landman, um dos iniciadores do movimento, indica que um próximo passo seria a proposição de uma classificação alternativa das doenças mentais.

No Manifesto, o grupo afirma a importância de mobilizações coletivas na defesa de um sistema público de saúde de qualidade. Ele apresenta as iniciativas *Pas de Zéro de Conduite* e *L'Appel des Appels* como organizações que conseguiram atingir parte de seus objetivos e que convergem também com o *Stop-DSM*.

A experiência mostrou que os atores da saúde podem fazer recuar a ideologia do DSM. Por exemplo, o sucesso do abaixo-assinado “*Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans*”, assinado por mais de 200.000 pessoas, em seguida à pesquisa feita pelo INSERM sobre os “transtornos de conduta”, fez o INSERM relativizar os trabalhos que estavam sendo considerados dados científicos. Da mesma forma, o “*Appel des appels*” capitalizou as críticas a respeito das nomenclaturas utilizadas na saúde, no ensino, ou na pesquisa, abarcando também a iniciativa “*Sauvons la clinique*”. Outras respostas às ameaças atuais já tiveram lugar, ou estão em curso, como o “*Le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire*”, que reuniu recentemente (outubro 2010) mais de mil pessoas em Villejuif (AGUERRE et al., 2011, p. 13, tradução nossa).

5.3.3 Publicação

O Grupo possui apenas uma publicação coletiva com o título do manifesto “*Pour finir avec le carcan du DSM*”⁷³. Trata-se de um livreto no qual encontramos o manifesto na íntegra e a história de sua redação, assim como outros textos de integrantes do coletivo que abordam as críticas ao modo de pensar do DSM no processo diagnóstico e de tratamento médico. Há um texto de Bernard Golse que explicita a reflexão sobre os efeitos dessa imposição do DSM

⁷³ “Para terminar com a camisa de força do DSM.”

nos hospitais-universitários. Há também uma aproximação histórica sobre as classificações de doenças mentais e a exposição da Classificação Francesa de Transtornos Mentais de Crianças e Adolescentes (CFTMEA), escrita por um de seus autores, Roger Misès.

5.3.4 Principais pontos de discussão e reflexão do *Stop-DSM* e análise do manifesto do *Stop-DSM*

PRA ACABAR COM O DSM A OBRIGAÇÃO A UMA REFERÊNCIA DIAGNÓSTICA AO DSM PREJUDICA A CIENTIFICIDADE; OPERA À REVELIA DO TRATAMENTO PSÍQUICO; TEM UM CUSTO ALTÍSSIMO PARA OS ESTADOS; E PARALISA A PESQUISA E O ENSINO.⁷⁴

O “sofrimento psíquico” ultrapassa a definição habitual das doenças, pois pode tocar cada um. A Organização Mundial da Saúde o considera como uma prioridade. Mas a O.M.S. enveredou neste terreno a partir de uma escolha unívoca, considerando como um avanço científico o manual da APA (American Psychiatric Association). Essa escolha exclusiva da O.M.S. leva o nome genérico de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). A versão do DSM III estigmatiza os conflitos de interesse em psiquiatria, e é contemporânea dos incentivos a tratamentos comportamentalistas e dos TCC. E como esses métodos são aleatórios, eles participam da promoção de um indispensável complemento farmacológico.

1. Qual é o valor científico do DSM?

O seu antepassado, o SNCD, é uma compilação empírica redigida em 1932 para o exército americano. Em 1948, a O.M.S. o usou para redigir a International Classification of Diseases que chega à sua décima versão (ICD 10 ou CIM 10 para a França). As diferentes versões do DSM foram redigidas desde 1952 pela American Psychiatric Association. Enquanto o DSM II levava em conta uma abordagem dinâmica da psicopatologia, o DSM III, publicado em 1980, suprimiu todas as referências à psicanálise em nome duma total neutralidade teórica. Resultou disso uma metodologia descritiva, ignorando voluntariamente os conceitos psicológicos a partir dos quais se poderia ter elaborado uma classificação objetiva, clínica e científica dos grandes campos da psicopatologia. Existe numerosos sub-conjuntos do DSM. A metodologia deles sempre vai à contramão dos critérios de objetividade de quaisquer ciências da natureza, como daqueles de quaisquer ciências humanas. Pra que uma observação atende à científicidade, precisa que isola invariantes latentes, determinismos que formam axiomas e destacam estruturas reduzidas. Esse procedimento se apoia sobre a observação de fatos, fora de qualquer preconceito. Se apoia também nos elementos adquiridos pela experiência que é a única a permitir que se verifique seu interesse diagnóstico e seu valor predicativo. É o contrário da metodologia do DSM, que não tem nenhum precedente em nenhuma ciência, a não ser nas classificações enciclopédicas (do tipo: Linné, Buffon, etc) que classificavam as espécies segundo caracteres distintivos, antes de se voltar para classificações comparativas que punham em evidência traços comuns às diferentes espécies. Na sua introdução, é verdade que o DSM se declara ideologicamente ateórico. Mas será possível em pesquisa?

⁷⁴ Esta é a versão do manifesto em português disponível no site. Para nós, leitores que temos o português como primeira língua, a tradução não está precisa nem gramaticalmente, nem ortograficamente. Citamos esta versão que se encontra acima, pois esta é a disponibilizada oficialmente pelo grupo em seu site. Para a análise do conteúdo do texto utilizamos em parte a versão original em francês também disponível no site, pois está mais compreensível.

O DSM demonstra em si que não, pois basta que um rol de “disfuncionamentos” manifestos seja estabelecido sem levar em conta as estruturas em que se inscrevem, ou basta que esses “disfuncionamentos” sejam desligados das circunstâncias subjetivas da sua emergência, para que a hipótese de uma causa orgânica logo se imponha. Essa concepção dum homem reduzido à máquina não encontrou até hoje nenhuma prova alegada pela experiência, inclusive nos trabalhos neurocientíficos mais difundidos. Ao contrário do DSM, os avanços científicos mais recentes na área da neuroplasticidade ou da epigênese revelam que não se pode mais opor causalidades psíquica e orgânica, já que a primeira exerce uma influência na construção da segunda. A possibilidade de poder prever algo se acha subvertida: não se usa duas vezes o mesmo cérebro. Mas o DSM, suprimindo a causalidade psíquica, impõe em consequência a causalidade orgânica. Essa escolha é talmente anticientífica que proíbe quaisquer outras referências, e que o uso dele é imposto a todos os profissionais da saúde na codificação dos diagnósticos. A impossibilidade de recusar qualquer ponto de vista tem por consequência de excluí-lo da área da ciência (como o demonstrou Karl Popper). Qualquer que seja a ideologia de cientificidade das terceira e quarta versões do DSM, a sua metodologia não o é.

A segunda característica anticientífica da metodologia DSM é o fato que ele reúne estatísticas que não dizem respeito aos pacientes, mas à opinião duma parcela de psiquiatras. Não se trata de observações clínicas, mas da contagem dos pontos de vista, às vezes recolhidos de modo arbitrário. Esse método com aparência democrática nunca existiu na história das ciências. Um voto não pode servir de prova, e essa nomenclatura foi colocada sob a égide da doxa, como o demonstra a sua legitimação pelo termo de consenso. É indício de popularidade, mas em nenhum caso de validade científica.

Essas primeiras características não-científicas do DSM não se opõem ao seu interesse a nível epidemiológico, que pode entrar no quadro duma governança racional. Agora, se se procura usá-lo com esta finalidade, os profissionais não deveriam nunca, no entanto, serem obrigados a recorrer a ele com objetivo diagnóstico e pronóstico. Aliás, obrigação contrária à ética médica e à dos tratamentos psíquicos.

2. Qual é a validade clínica desta metodologia?

Esses repertórios de “distúrbios” e “disfuncionamentos” só dão do sofrimento psíquico fotografias superficiais. Não se conheça, em nenhum ramo da medicina, um profissional da saúde que faria um diagnóstico de uma doença fiando-se às aparências ou à manifestação visível de um sintoma! Já que a repetição de invariantes regulares é sistematicamente descartado, as descrições de superfície se multiplicam: a referência à Evidence Based Medicine, que procura privilegiar a prova com um intento de maior eficiência, revela o quanto seu objetivo, na exploração clínica, se reduz às evidências mais superficiais, ou vai misturando elementos heterogêneos, em particular elementos clínicos e morais: como o notou, por exemplo, o Pr Misès a respeito das “perturbações do comportamento”: a “incivilidade” se tornando uma doença.

Disto resulta uma inflação de “distúrbios” que alimenta a ausência de cientificidade, já que esta última permite em geral de limitar a grande variedade de manifestações a alguns tipos clínicos, cujo número é reduzido. Desde a versão de 1952, o DSM passou de então 106 patologias repertoriadas a 410 “disfuncionamentos” hoje identificados na versão atual. Na próxima versão, em elaboração, o DSM V vai registrar pelo menos vinte categorias suplementares. No que diz respeito a patologia mental, terá construído um conjunto de “falsos positivos” cujos únicos beneficiários arriscam ser os grandes grupos farmacêuticos. Além disso, essa proliferação favorece o aparecimento de conceitos indefinidos que justificam práticas de tratamento perigosas e segregativas para as crianças.

Nas versões antigas do DSM, a histeria, categoria clínica perene, cuja presença foi atestada pela experiência desde a Antiguidade, foi simplesmente suprimida. Da mesma forma, a neurose não é mais homologada desde 1980, e a homossexualidade teve que esperar 1987 pra não ser mais considerada como doença mental. E, de fato, a sexualidade, paradoxalmente, não tem mais estatuto depois dessa data... Disso tudo se conclui que as estatísticas se referem à cultura americana, às normas e às modas dela, enquanto essas classificações de psicopatologia deveriam ter uma

ambição internacional. A O.M.S., de fato, pensa impôr a aplicação do ICD no mundo inteiro daqui a alguns anos.

No que diz respeito agora ao futuro projeto do DSM V, ele inventa novas categorias de natureza exclusivamente dimensional (quantitativa), baseada na amplitude das manifestações consideradas como patológicas, como por exemplo o “disfuncionamento de hipersexualidade” ou o “disfuncionamento parafilico coercitivo”. Muito mais preocupante ainda é a instauração de valores predicativos, prevendo os disfuncionamentos futuros. Assim, cada um pode ser potencialmente um futuro doente, e com isso ser susceptível de tratamento preventivo. Essa inflação dantesca vai poder atingir alturas vertiginosas com a invenção de “síndromes de risco”, tal como o “síndrome de risco psicótico”, que poderia, passando da prevenção à predição, prescrever sistematicamente psicotropes numa proporção conseqüente a adolescentes julgados atípicos. E isto, enquanto nenhum teste de terreno possa justificar a sua utilidade. Uma tal extensão da patologia poderia, aliás, chegar a ser considerada contrária aos Direitos do Homem.

3. O DSM prejudica a saúde

Com um tal catálogo de critérios assim diversificados, daqui a pouco o psiquiatra não será mais necessário. E também não o serão mais nem o médico, nem o enfermeiro. O fármago poderá diretamente distribuir os psicotropes. E se os Estados fossem todos orientados nessa direção e política de saúde, qual seria o efeito disto ou a sua eficácia?

Um diagnóstico DSM repertoria manifestações comportamentais sem a agudez de nenhuma estrutura psicopatológica de conjunto, e isso à revelia de toda a psiquiatria clínica. Cada comportamento corresponde a um tipo a assinalar (case à cocher) e não é mais que o sinal de uma “desordem” erguida ao estatuto de entidade patológica inata. Acrescem-se noções tais como a de “doente difícil”, ou de “não sujeição ao tratamento”. Enfim, certas categorias DSM (por exemplo, as codificadas de F20 a F31) vão com certeza serem colocadas ao serviço de transferências de competência em direção ao médico-social, esvaziando a psiquiatria pública e privada do seu conteúdo. Já, em determinados serviços da região parisiense, e em nome da objetividade, o recolhimento de check-lists desde a primeira entrevista destruiu a semiologia clínica, julgada subjetiva, assim como a abordagem dinâmica dos sintomas. O DSM suprime toda referência à causalidade psíquica ou histórica, sem deixar lugar aos eventos traumáticos da vida do paciente e de sua anamnese; tudo é programado como se a condição humana podia ser medicalizada. A cura relacional, ou simplesmente a palavra são invalidadas como instrumentos terapêuticos, de tal maneira que os pacientes que podem ter uma necessidade urgente de se confiar arrisquem escolher terapias não-científicas, até sectárias, com a caução involuntária dos Poderes Públicos.

É baseando-se nestes check-lists que a maioria dos pacientes são medicalizados abusivamente ou tempos demasiadamente longos. Como o mesmo sintoma se encontra em estruturas diferentes, que não apelam para a mesma conduta terapêutica, e como esse sintoma é susceptível de ser recalçado por um tratamento farmacológico, a causa principal do sofrimento psíquico se torna irreconhecível e o paciente, incurável, apesar de ser demasiadamente medicalizado. Na medida em que aliviam os efeitos e não as suas causas, essas prescrições se auto-reconduzem com perigo, até a dependência, e mesmo a adição. Quando um protocolo de cura fracassa, em vez de ser questionado, cria-se uma nova categoria. De maneira que as terapias medicalizadas, no princípio bastante úteis, acabam por terem um resultado contra-produtivo. Ainda mais que os efeitos indesejáveis a longo prazo com remédios recentes são ainda desconhecidos e que os estudos previsionais entre benefícios e riscos são frequentemente sujeitos à questionamento.

Esse círculo vicioso, hoje, principia desde a infância. Para uma ação preventiva em psiquiatria da criança e do adolescente, os pedopsiquiatras, em maioria de formação analítica, querem colaborar com os pediatras e os responsáveis escolares, no intento de detectar os signos de sofrimento psíquico. E isso para evitar que um sofrimento latente evolua e se arrime em psicose, em neurose severa ou numa inadaptação irreversível. Ora, o DSM V por vir transforma essa prevenção em antecipação terapêutica: não se cura mais a criança pelo que ele pode sofrer presentemente mas pelo distúrbio que poderia um dia se manifestar nele. Essa “predictabilidade” arrisca

fechar o paciente num diagnóstico à vida, com medicação para psicopatologias que ainda não apareceram. Ao invés, quando o sofrimento psíquico é entendido, o tratamento evita a fixação numa patologia.

4. O DSM orienta os ensinamentos do lado duma prática única

O sucesso do DSM não resulta de uma recepção positiva dele por parte dos profissionais de saúde. Pois, ao contrário, foi imposto de fora. Conheceu primeiro larga expansão graças às companhias de seguro e aos grupos de pressão que exigiram suas referências para os reembolsos, nos Estados Unidos e em certos países da Europa. As empresas farmacêuticas também são à origem de tábuas de adequação entre as categorias do DSM e a administração de remédios. Esses diferentes lobbies foram suficientemente potentes pra levar universidades cada vez mais numerosas a pôr o DSM no primeiro plano do ensino, assim colocado ao serviço de interesses classificatórios, ideológicos ou financeiros.

Os futuros clínicos foram formatados na ignorância da clínica clássica. No ensino, o requisito organicista elimina todos os pontos de vista que o precederam, operando uma ruptura que não gera o surgimento de nenhum novo paradigma. Até o fim dos anos setenta, prevalecia uma relativa unidade da psicopatologia. A psiquiatria clínica européia se era enriquecida graças aos avanços da psicanálise e da psicologia. Esses intercâmbios interdisciplinares foram suprimidos a partir de 1980, e isso de maneira aleatória, já que o objeto da psicopatologia permanece o mesmo. Hoje, o conjunto do ensino da psiquiatria é majoritariamente tributária do DSM e da farmacologia. Apenas as UFR de psicologia ainda ensinam uma diversidade de pontos de vista. Mas ainda pra quanto tempo? No entanto, essa relativa diversidade não tem nada de operacional, pois não são os psicólogos que tomam as decisões terapêuticas. Além do mais, essa clivagem entre psicólogos e psiquiatras alimenta uma “guerra ideológica” inútil cujos pacientes e os orçamentos são tributários.

Não só o ensino médico se faz sob a formatação única DSM, mas, além disso, o essencial do ensino post-universitário é assumido por laboratórios farmacêuticos. De forma que esta formação alimenta a proliferação das prescrições de remédios, já que toda outra orientação de pesquisa é proscrita.

Enfim, um lobbying oculto, jamais discutido democraticamente, obriga os pesquisadores à publicar em revistas ditas qualificantes, muitas vezes anglo-saxonas, de mesma orientação, se pretendem assumir um dia cargos universitários. A CFTMEA francesa já contrariou a carreira de certos universitários impedindo-os de publicar em revistas anglo-saxonas, sob a alegação de “falta de linguagem comum”.

5. A orientação imposta pelo DSM custa caro aos Estados

As escolhas da O.M.S. têm notáveis repercussões sobre os sistemas de saúde dos Estados, e acarretam decisões caríssimas. A todos os níveis da saúde mental, o DSM se tornou o instrumento contável de orçamentos administrados pelos gestores que organizam a saúde a partir de seus objetivos financeiros. Os problemas de saúde ficam não resolvidos e afinal têm um custo mais elevado. Comissões desconhecidas do público tomam decisões nesta base, e como a referência delas é o DSM, elas privilegiam os tratamentos farmacológicos (e até cirúrgicos), apoiando-se no empobrecimento, até mesmo na destruição da organização por setores da psiquiatria que articula o intra e o extra hospitalar. O DSM tornou-se o cavalo de Tróia da indústria farmacêutica na prática médica quotidiana e principalmente a dos médicos generalistas, que prescrevem 80% dos psicotrópicos. Essas orientações terapêuticas geram um custo econômico bastante pesado pra os Estados e os sistemas de solidariedade como a Segurança Social. O custo não é simplesmente a transferência de fundos ao benefício da indústria farmacêutica. Existe também um uso “médico-econômico”. Em função da codagem DSM, “taxas de pacientes” assim como “intensidade de tratamentos” são repertoriados com antecedência, e impõem limitações terapêuticas.

É possível ter uma idéia da importância dos custos gerados pelos diagnósticos DSM examinando as diferenças de prescrição em psiquiatria da criança entre os países que se conformam ao DSM e aqueles em que um outro ponto de vista permaneceu majoritário: na França, quase 20 000 crianças tomam Ritaline, o que é longe das 55 000 crianças inglesas, e sobretudo dos 3 milhões de canadenses e dos 7 milhões nos USA. Não espanta que existem laços de interesses financeiros entre os comitês de expertise do DSM IV e a indústria farmacêutica, já muitas vezes assinalados, se

levamos em conta que os remédios psicotrópicos representam um mercado extremamente lucrativo. Nos USA, em 2004, os anti-depressores geraram 20,3 bilhões de dólares de lucro, os anti-halucinatórios, 14,4 bilhões. Certas categorias clínicas se ajustam de perto às indicações de novas moléculas, prefigurando uma classificação farmacológica “sur mesure”, moldada nas exigências do marketing. Uma tal coincidência entre categoria clínica e efeitos das moléculas só pode favorecer uma quimioterapia de massa.

Ao contrário, se, de um ponto de vista financeiro, os tratamentos que privilegiam a relação intersubjetiva parecem primeiro mais caros em infraestruturas e em pessoal qualificado, demonstram serem mais econômicos, a termo, além de conservar aos tratamentos a sua dimensão humana.

É possível acabar com a hegemonia nefasta desta nomenclatura.

A O.M.S. e a W.P.A (World Psychiatric Association) organizaram em London em 2001 um simpósio sobre as classificações internacionais. A dificuldade dos debates levou a O.M.S. a decretar um moratório sobre as revisões do DSM V e do ICD 10, até esse ano. Na realidade, a valsa das revisões do DSM foi devida à única iniciativa da Associação psiquiátrica americana, e não dos profissionais, como previsto inicialmente. Enquanto isso, o uso do DSM tem consequências diárias, que são visíveis tanto em certos relatórios do INSERM quanto em decisões legislativas que dizem respeito à saúde mental, ou ainda mais nos efeitos segregativos e securitários que dificultam não só o tratamento, como legitimam uma governança política do humano, desde a infância. Desde já, o DSM é usado também diante dos tribunais e a sua aparência objetiva é tanto mais perigosa quanto se esconde atrás do discurso da “ciência”.

A experiência mostrou que os atores da saúde podiam muito bem fazer recuar os efeitos da ideologia DSM. Por exemplo, o sucesso do abaixo-assinado “Pas de Zéro de conduite pour les enfants de trois ans”, (contra a expertise dos comportamentos em crianças de três anos), assinado por mais de 200 000 pessoas, depois da pesquisa do INSERM sobre “distúrbios nos comportamentos”, obrigou o INSERM a relativizar estudos dados até então como científicos. Da mesma forma, o “Appel des Appels” capitalizou críticas relativas às nomenclaturas como também as da saúde, do ensino, ou da pesquisa, abarcando também a iniciativa de “Sauvons la Clinique”. Outras respostas face aos perigos atuais já foram formalizados, ou o são, como “O collectif des 39 contre la nuit sécuritaire” que reuniu, em outubro de 2010, mais de mil pessoas em Villejuif.

Já em 2003, em Montpellier, os Estados gerais da Psiquiatria tinham permitido uma tomada de posição geral, em relação ao DSM IV, de grande parte das associações psiquiátricas, de quase a totalidade das associações psicanalíticas e do SIUERRPP, sindicato que reúne a maioria dos professores-pesquisadores-profissionais em psicopatologia clínica. A maior parte das sociedades psicanalíticas francesas assinaram naquela ocasião uma declaração na qual propunham “trabalhar em comum com os profissionais da psiquiatria para a construção de uma referência psicopatológica mais condizente com a realidade clínica do sujeito”. Como o observa aquela declaração, o DSM confunde o doente com a doença. Uma prática que não leva em conta a subjetividade do inconsciente e do conflito psíquico, conceitos que demonstram que os nossos pacientes têm uma história e um universo relacional que fazem parte integrante da clínica que apresentam.

Queremos promover positivamente uma clínica da subjetividade.

O número de assinantes deste manifesto constitui uma expertise amplamente tão pertinente quanto as estatísticas da A.P.A.. Consideramos que – se é ainda legítimo fazer novas hipóteses, como a do DSM –, esta nomenclatura se é imposta por meios exteriores à pesquisa, e ela dificulta o curso habitual dos intercâmbios científicos.

1. Pensamos que os clínicos atentos ao sofrimento psíquico e a seu tratamento se acham hoje confrontados com um problema suplementar devido ao fato de impôr esse pensamento único, aparentemente consensual, e ao seu uso abusivo e perigoso nas decisões terapêuticas, gestionárias e políticas. Pensamos também que se deve reduzir a inflação perigosa do número em expansão das categorias patológicas. Deve-se retomar o caminho da clínica que se era construída o longo de vários séculos graças aos intercâmbios da psiquiatria, da psicologia, da psicanálise e da antropologia.

2. É preciso mandar parar as pressões administrativas sobre os clínicos, pressões que, sob a alegação de exigências contáveis, os dictam a sua conduta terapêutica. Será que não é tempo, por exemplo, de tomar posição contra a V.A.P. (Valorização da Atividade em Psiquiatria) ou então proceder a recusas de cotação (ou então fazer cotação F99 -)?

3. Deve-se restabelecer no seu direito uma metodologia científica respeitando os pontos de vista contraditórios. Aliás, exigimos um restabelecimento da pluralidade dos pontos de vista doutrinais no ensino, e a libertação com relação ao DSM na pesquisa e nas revistas qualificantes. A obrigação duma “linguagem DSM”, duma linguagem psiquiátrica única, não deve mais servir de critério para publicar em revistas internacionais. Apenas o objeto da pesquisa deve entrar em conta. A pluralidade das referências conceptuais deve ser respeitada e promovida. O DSM não é e não pode ser uma referência obrigatória e exclusiva, servindo de instrumento de normalização das práticas e das condutas das populações. Precisa estabelecer uma transparência sobre a nomeação dos membros de avaliação das comissões deliberativas nessa área.

4. Existe desde já outras classificações que o DSM. A existência delas deve ser validada e ensinada. Entre elas, algumas já foram reconhecidas, tal como a CFTMEA, para as crianças e os adolescentes, que foi várias vezes utilizada em estudos epidemiológicos, e aliás inclui um quadro de equivalência com a CIM 10. Paralelamente, a utilidade duma classificação adaptada à clínica vai ser debatida e também encarados os seus fundamentos.

5. É necessário distinguir as necessidades das problemáticas específicas, que são hoje frequentemente confundidas ou misturadas. Os critérios úteis não são os mesmos conforme se trata:

- das administrações;
- de pesquisas epidemiológicas e de orientações em saúde pública;
- de prática clínica e terapêutica;
- e enfim de pesquisa e de ensino.

A retomada à uma elaboração científica não significa um retrocesso ao passado. Exige pelo contrário de levar em conta, pra melhor integrá-las, as inovações da psicofarmacologia e das neurociências, que permitem diferenciar melhor as mediações orgânicas da causalidade psíquica. Trata-se ainda menos dum retorno à nosografia clássica que se deve levar em consideração uma clínica comparativa integrando dados novos de outras culturas, da mesma forma que se deve proceder à avaliação das modificações nos modos de vida que fazem aparecer manifestações sintomáticas mais evidentes que no passado. Tais estudos hão de permitir que se fundamentam critérios clínicos universalmente válidos.

Obras de referência:

Allen, Frances, "À propos des 19 "propositions" du DSM V", La lettre de Psychiatrie Française, N° 194, sept 2010).

Bazalgette, Gérard, La tentation du biologique et la psychanalyse. Le cerveau et l'appareil à penser, Toulouse, érès, 2006

Besse, A. "L'AFPEP et son action internationale", Bulletin de l'AFPEP, janvier 2011

Cosgrove, L.; Krimsky, S.; Vijayaraghavana, M.; Schneider, L. "Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry", Psychotherapy and Psychosomatics, vol. 3, University of Massachusetts, avril 2006, traduction française: "Liens d'intérêts financiers entre comité d'experts du DSM-IV et industrie pharmaceutique", José Morel Cinq-Mars, Tristan Garcia-Fons et Francis Rousseau). Decorpaliada, Marco, Shizométrie, petit manuel de survie en milieu psychiatrique EPEL 2010, Gori R.; Del Vogo. M.-J. La santé totalitaire, Paris, Denoël, 2005

Gori, R.; Del Vogo, M.-J. Exilés de l'intime, LA médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique, Paris, Denoël, 2005

Gori, R. De quoi la psychanalyse est-elle le nom? Paris, Denoël, 2010

Kirk, S.; Kutchins H. Aimez-vous le DSM?, le triomphe de la psychiatrie américaine, Synthélabo, 1998.

Lussier, Martine, Le travail du deuil, Paris, Puf, Le fil rouge, 2007.

Roudinesco E. Pourquoi la Psychanalyse Paris, Fayard 1999

Kernberg, Otto F. Les troubles graves de la personnalité: stratégies thérapeutiques, Paris, Puf, 1989.

Lane, Christopher, Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, Paris, Flammarion, 2009 sur la "fabrication" des dernières catégories).

Malaval, J.-C. "Limites et dangers des DSM", L'évolution psychiatrique, 68, 2003, p. 39-61

CLASSIFICAÇÕES que não respondem aos critérios DSM:

- Classificação do Pr. Misès: C.F.T.M.E.A. édition CTNERHI 2002

- O P.D.M. americano: Interdisciplinary Council of Developmental & learning disorders 2006

- O.P.D. alemão: Hogrefe & Huber 2000" (STOP-DSM, 2016).

Realizaremos a análise do manifesto do grupo *Stop-DSM* em conjunto com a apresentação dos seus principais pontos de discussão e reflexão, considerando que o coletivo tem apenas uma publicação, a qual é destinada para contextualizar a produção do manifesto e complementá-lo e grande parte é preenchida pelo próprio manifesto, cujo título é o mesmo da publicação. Começamos com a análise do formato desse texto e em seguida abordaremos seu conteúdo.

O "*Pour finir avec le carcan du DSM*"⁷⁵ é um texto de sete páginas. Diferentemente do instrumento de luta dos outros grupos estudados, trata-se de um manifesto longo em formato mais acadêmico, com vocabulário rebuscado e estrutura do francês complexa. No subtítulo encontramos as principais posições do grupo: "A obrigação a uma referência diagnóstica ao DSM prejudica a cientificidade; opera à revelia do tratamento psíquico; tem custo altíssimo para os Estados; e paralisa a pesquisa e o ensino" (STOP-DSM, 2016). O texto é dividido em sete subitens, os quais expressam as críticas e propostas de superação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Os três primeiros subtítulos são os questionadores do seu valor científico, da sua validade clínica e da dominação do DSM na formação dos médicos, a qual é responsável pela formatação do modo de proceder no processo diagnóstico. Nos próximos dois itens o grupo expõe os efeitos desse domínio: os malefícios produzidos pela hegemonia do DSM no campo da saúde, a interferência da dimensão econômica na prática médica e nas decisões políticas dos sistemas de saúde públicos. Por fim, os dois últimos itens propõem o fim da hegemonia do DSM por meio da promoção de uma clínica da subjetividade.

Esse manual é produzido pela *American Psychiatric Association (APA)*, a qual não envolve os profissionais que estão na ponta dos atendimentos na sua construção. O grupo *Stop-DSM*, por ser composto por grande número de psiquiatras renomados, se apresenta como sendo mais pertinente do que as estatísticas utilizadas pela APA para fundamentar seu

⁷⁵ "Manifesto para terminar com a camisa de força do DSM."

manual. O coletivo entende que a hipótese nosográfica do DSM apenas continua sendo considerada legítima porque é imposta de fora do campo da saúde para os médicos, considerando que não tem validade científica ou clínica, e bloqueia a possibilidade de intercâmbios científicos, dificultando a superação dessa classificação.

A iniciativa *Stop-DSM*, desde o princípio, teve dois eixos norteadores: o político e o conceitual, este último consiste no estudo da nosografia. Com o trabalho conceitual, busca “evitar fechar a luta em um movimento puramente contestatório, protestante e de petição” (LANDMAN, 2011, p. 17). Nessa passagem de um dos textos disponíveis na publicação do *Stop-DSM* sobre a construção do manifesto, o autor parece tirar o peso da dimensão política da luta e focar na questão científica. Entendo que esta pode ser uma estratégia de resistência, considerando que no meio médico a dimensão política ganha conotação pejorativa, pois é compreendida como uma tentativa de “enviesar” a ciência. Na apresentação do manual, ele se diz a-teórico e “comprovado cientificamente”. O coletivo apresenta, ao menos, três argumentos que indicam que o DSM não segue os critérios científicos em seu manifesto. O primeiro deles diz respeito à supressão dos aspectos psicológicos do adoecimento, de modo que as causas orgânicas prevalecem sobre as causas psíquicas, lógica que vai na contramão das últimas atualizações científicas. Um dos exemplos dessas atualizações é o conceito de epigenética recentemente formulado.

Essa concepção reducionista do “homem máquina” não encontrou até hoje nenhuma prova que corrobora com a experiência, inclusive nos trabalhos neurocientíficos mais difundidos. Ao contrário do DSM, os avanços científicos mais recentes na área da neuroplasticidade ou da epigênese revelam que não se pode mais opor causalidades psíquica e orgânica, já que a primeira exerce uma influência na construção da segunda. A previsibilidade se encontra subvertida: não utilizamos jamais duas vezes o mesmo cérebro. Mas ao suprimir a causalidade psíquica, o DSM impõe em consequência a causalidade orgânica (AGUERRE et al., 2011, p. 5, tradução nossa).

O segundo argumento utilizado é a impossibilidade de refutar as formulações do DSM, pois ele se coloca acima dessa possibilidade ao desconsiderar outros pontos de vista que não o organicista, o que para Karl Popper indica que este não é um instrumento científico, senão ele seria refutável. Por último, o *Stop-DSM* denuncia que o manual apresenta evidências frágeis para basear a sua classificação, a qual reúne estatísticas que não dizem respeito aos pacientes em si, “mas à opinião de uma parcela de psiquiatras” (AGUERRE et al., 2011, p. 6, tradução nossa). As estatísticas são feitas a partir do ponto de vista de uma amostra de psiquiatras, e não fundadas na observação clínica (AGUERRE et al., 2011). Por esses motivos, a imposição da utilização do DSM como referência vai contra a ética médica, a qual coloca os benefícios do paciente no tratamento como prioridade.

No âmbito clínico, o processo diagnóstico proposto pelo manual DSM se baseia nas manifestações visíveis dos sintomas, na aparência. Esse modo de conduta se baseia na proposta da “*Evidence Based Medicine* que pretende privilegiar a prova com o objetivo de maior eficiência” (AGUERRE et al., 2011, p. 6, tradução nossa) e limita a exploração clínica às evidências visíveis. A iniciativa do *Stop-DSM* observa um movimento atual cientificista, de forma que tudo deve ser determinado por meio de evidências. No entanto, essas provas científicas podem ser enviesadas ao misturar elementos qualitativamente diferentes, como clínicos e morais. Por exemplo, no diagnóstico de transtorno de conduta, a incivilidade se torna uma doença (AGUERRE et al., 2011). A patologização de comportamentos decorre desse modo de investigação. O grupo de psiquiatras denuncia que os estudos nos quais o manual se fundamenta não constituem uma amostra científica limpa, podendo haver a manipulação com inclusão de estudos com falsos-positivos visando a beneficiar a indústria farmacêutica.

A classificação se torna um instrumento importante para a indústria farmacêutica e também para os usuários dos planos de saúde, pois se de um lado ela expande o número de comportamentos compreendidos como patológicos e que, portanto, merecem um tratamento medicamentoso, de outro, a classificação regulamenta o modo como os pacientes serão reembolsados pelos planos de saúde, aumentando as possibilidades de reembolso. Este é o modelo da sociedade norte-americana, em que não há sistema público de saúde. A utilização da classificação diagnóstica como referência da dimensão econômica aumenta seus limites nos cursos de pós-graduação financiados pelos laboratórios, que proíbem certas orientações de pesquisa e incentivam outras, expandindo ainda mais a prescrição medicamentosa (AGUERRE et al., 2011).

O *Stop-DSM* aponta o *lobby* da indústria farmacêutica e de seguros-saúde como responsável pela disseminação desse manual desde a graduação em medicina. Essa é uma manobra importante desses organismos, pois o DSM é apresentado como indispensável para os estudantes antes mesmo da possibilidade e capacidade de escolha destes por referências de manuais diagnósticos. O grupo denuncia a presença de interesses ideológicos e financeiros nessa dinâmica. Os psiquiatras observam que, nas faculdades de psicologia, os alunos entram em contato com diferentes pontos de vista sobre seu tema de estudo, enquanto na formação dos psiquiatras isso não acontece, no entanto, serão estes últimos que tomarão a decisão final sobre o tratamento medicamentoso. Essa “clivagem” entre psicólogos e psiquiatras alimenta uma “guerra ideológica” que beneficia apenas a indústria farmacêutica.

A hegemonia do DSM é produto do exercício de pressão política. Essas pressões acontecem de forma não oficial, fora da dimensão pública, o que faz com que o assunto não possa ser discutido democraticamente. O *Stop-DSM* explicita essa questão, pois muitos professores franceses têm seus trabalhos rejeitados por revistas importantes por utilizarem a linguagem da Classificação Francesa de Transtornos Mentais da Criança e do Adolescente (CFTMEA) e, por isso, são impedidos de assumir alguns cargos universitários, os quais têm como pré-requisito a publicação nessas revistas (AGUERRE et al., 2011). No âmbito das pesquisas, o DSM foi transformado em uma espécie de dicionário. O manual passou a ser considerado a linguagem “universal” para os transtornos mentais, de modo que os profissionais da saúde mental são obrigados a consultá-lo e utilizá-lo como referência em pesquisa. Trabalhos científicos enviados para publicação em revistas importantes apenas são aprovados se utilizam a linguagem do DSM. Caso contrário, não são selecionados para publicação e o pesquisador recebe a seguinte observação: “falta de linguagem comum”.

O principal engendramento da utilização do DSM como referência no processo diagnóstico é que o manual dá respaldo para se fechar um diagnóstico baseado apenas em manifestações comportamentais sem o fundamento de uma psicopatologia consistente. Os comportamentos se tornam possíveis sinais de distúrbios, de modo que são entendidos como inatos, não há a consideração de um processo histórico ou relacional, tornam-se comportamentos objetivos por si mesmos, que são considerados patológicos sem comprovação científica. Tendo a objetividade como meta, os diagnósticos são feitos com base em protocolos, com *check-lists* de sintomas, excluindo a

semiologia clínica, julgada subjetiva, assim como a aproximação dinâmica de sintomas. O DSM suprime toda a referência a uma causalidade psíquica ou histórica, sem deixar seu lugar aos eventos traumáticos da vida do paciente e a sua anamnese, tudo é programado como se a condição humana pudesse ser medicalizada. A cura relacional ou simplesmente a fala são invalidadas como ferramentas terapêuticas (AGUERRE et al., 2011, p. 8, tradução nossa).

Existem estudos (como o de Manuel Vallée) que indicam que, quando são utilizados *check-lists* para se chegar ao diagnóstico, há maior probabilidade de que o tratamento escolhido seja a medicação. Por conta dessa tendência a uma resolução medicamentosa, utilizar o DSM como referência na saúde pública deixa o custo da saúde mais alto (AGUERRE et al., 2011). Como argumento, o grupo compara o consumo de medicamentos em países que têm o DSM como principal referência com o de outros em que ele não é central. Com esses dados, mostra-se que a orientação do DSM é custosa para o Estado. Aponta que a validação do DSM pela OMS deu força para que este pudesse ser considerado um instrumento para o orçamento de serviços em saúde mental administrados por “gestores

que organizam a saúde a partir de restrições financeiras” (AGUERRE et al., 2011, p. 11, tradução nossa). No entanto,

ao contrário, se do ponto de vista financeiro os tratamentos que privilegiam a relação intersubjetiva parecem de início mais caros em infraestrutura e em pessoal qualificado, eles são a longo prazo mais econômicos e além disso mantêm dimensão humana dos tratamentos (AGUERRE et al., 2011, p. 12, tradução nossa).

Outra crítica importante é que no DSM há a instauração de valores preditivos que preveem os “distúrbios” futuros. “Cada um será assim potencialmente um doente e, portanto, suscetível de ser tratado preventivamente” (AGUERRE et al., 2011, p. 7, tradução nossa). O grupo afirma que, ao se propor a existência de síndromes de risco, como a síndrome de risco psicótico⁷⁶, passa-se da prevenção para a predição. A prevenção corre o risco de se tornar um segundo diagnóstico, podendo fechar o paciente em um rótulo que ele poderia nunca chegar a receber. O grupo sugere a promoção da abordagem psicodinâmica, ou seja, “quando o sofrimento psíquico é entendido, este tratamento evita a fixação de uma patologia” (AGUERRE et al., 2011, p. 9). Denunciam que o DSM esteja em função dos interesses da indústria farmacêutica que lucram mais com a orientação clínica objetivista.

Nesse espírito cientificista há a tentativa de controle cada vez maior do objeto de estudo; no caso da psiquiatria, o controle do sofrimento psíquico. Desse modo, desenvolvem-se tecnologias e instrumentos diagnósticos na esperança de maior exatidão e previsão dos resultados. Segundo Golse, um dos assinantes do *Stop-DSM*, na tentativa de objetificação e quantificação do ser humano vem junto “a abertura de uma avenida para o fundamentalismo científico com a confusão entre correlação e causalidade” (LANDMAN, 2011, p. 19).

Com o olhar voltado para o homem orgânico, o DSM engendra uma prática que não leva em conta a subjetividade, a história do paciente e o universo relacional que faz parte da vida deste. Nessa forma de pensar há a inflação de “distúrbios” no manual, o que corrobora com a falta de cientificidade. Partindo dessas críticas, o grupo sugere uma clínica da subjetividade, propondo a construção de uma referência psicopatológica mais fiel à clínica do sujeito e aos benefícios deste no tratamento. Propõe a construção de uma referência psicopatológica mais afinada com “a realidade clínica do sujeito” (AGUERRE et al., 2011). Luta-se para que os profissionais da saúde não sejam obrigados a recorrer ao DSM com o objetivo de diagnóstico e prognóstico, pois essa obrigação vai contra a ética médica (AGUERRE et al., 2011). Acreditam que uma crítica contra o pensamento único do DSM deve ser acompanhada da sugestão de alternativas. Ao escrever a petição o grupo tentou evitar

⁷⁶ Exemplo citado também por um dos entrevistados Roger Teboul a seguir.

uma posição anticientífica, anticlassificatória ou antimédica e buscou não ter a psicanálise como único fundamento (LANDMAN, 2011). O *Stop-DSM* entende que o contexto em que a classificação é utilizada também é um fator importante de ser definido para a sua construção ser adequada e servir aos fins a que se propõe.

Busca-se reestabelecer o fio da clínica que foi construída em muitos séculos graças às trocas entre a psiquiatria, a psicologia, a psicanálise e a antropologia. Assim, defende-se a limitação das categorias patológicas, que são perigosas e custosas e observa-se que é necessário fazer cessar a pressão administrativa sobre os clínicos, pressões que, ao abrigo de exigências contáveis, acabam ditando uma conduta terapêutica específica. O *Stop DSM* defende uma metodologia científica que respeite os pontos de vista contraditórios e a pluralidade de métodos e práticas que devem coexistir.

Uma metodologia científica que respeite os pontos de vista contraditórios deve ser restaurada nos seus direitos. Nós exigimos a esse respeito um restabelecimento da pluralidade dos pontos de vista doutrinários no ensino e a liberação da camisa de força do DSM na pesquisa e nas revistas qualificadas. A obrigação de uma “linguagem DSM”, de uma língua psiquiátrica única, não deve mais servir de critério para publicar nas revistas internacionais. Apenas o objeto de pesquisa deve ser levado em conta. O DSM não pode ser referência obrigatória e exclusiva, servindo de ferramenta de normalização de práticas e de condutas da população. Convém estabelecer uma transparência na nomeação dos experts das comissões julgadoras neste campo (AGUERRE et al., 2011, p. 14, tradução nossa).

O grupo conclui o manifesto afirmando que, a partir de estudos sobre a psicofarmacologia e as neurociências, levando em conta as clínicas culturalmente diversas e as mudanças de modo de vida atuais, seria possível fundar critérios clínicos universalmente válidos.

5.3.5 Relações com o Brasil

Conforme apresentado, o *Stop-DSM* francês tem seu manifesto traduzido para o português do Brasil e conta com a assinatura de brasileiros. No entanto, no Brasil, não encontramos relações diretas de grupos de resistência com a organização francesa. Existem outros movimentos independentes também denominados *Stop-DSM* pelo mundo. Um deles mantém relação com o Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, por meio do fórum *Infancias*, grupo argentino que discute a medicalização, e pelo *Espai Freud*, de Barcelona. Essa iniciativa coordenada por esses dois organismos é independente do *Stop-DSM* francês, assim existe outro manifesto, mas são parceiros de luta. Esse *Stop-DSM* hispânico escreveu seu manifesto em 2011. No site com o manifesto produzido pelos

argentinos e espanhóis existe uma página que congrega assinaturas para a reunião dos manifestos produzidos no Porto, Portugal, *Por uma abordagem não medicalizante nem patologizante da educação*, de julho de 2012; em São João Del-Rei, Brasil, *Em Prol de uma Psicopatologia Clínica*, de julho de 2011; o *Manifiesto por un Abordaje Subjetivante del Sufrimiento Psíquico en Niños y Adolescentes, no al DSM*, de Buenos Aires, produzido em 17 de maio de 2011; a italiana de Ravena, *Manifiesto per la difesa della psicanalisi*, e a francesa. Todas essas iniciativas convergem quanto ao questionamento da lógica classificatória do DSM e defendem uma abordagem singular do sofrimento psíquico.

5.4 RETOMANDO AS RESISTÊNCIAS

Sozinho, é difícil de lutar em todas estas frentes, e tudo é feito para que cada um fique isolado na massa anônima. A única resposta é construir o “coletivo” e desenvolver todas as formas possíveis de resistência às normas no momento em que elas pervertem as finalidades das profissões e as transformam em instrumentos de controle social ou em moléculas de propaganda, e que elas modificam suas significações antropológicas. É em um coletivo, qualquer que seja ele, que se deve insistir em construir essas formas de resistência (L'APPEL DES APPELS, 2011, p. 61, tradução nossa).

Os três grupos apresentados parecem afirmar os sentidos que encontramos no capítulo anterior para a palavra resistência. Eles se posicionam contra ou fazem movimento de oposição a certos acontecimentos concretos ou reflexões e pensamentos que restringem a liberdade do ser humano em diversos âmbitos da vida. O *Pas de Zéro de Conduite* surge como coletivo que vai contra um projeto de lei, diferente do *L'Appel des Appels* e do *Stop-DSM*, que surgem para reivindicar condições de trabalho éticas na saúde e em outras áreas. Os três grupos apresentam manifestos que marcam de um lado um posicionamento contrário a uma causa e de outro afirmando um posicionamento positivo. Trata-se da força que mantém uma porção constituída e outra constituinte, sendo esta última as proposições dos coletivos que não deixam o movimento ser capturado e cristalizar (ROQUE, 2001).

O *Pas de Zéro de Conduite* escreveu um manifesto voltado para a população em geral e transformou a sua luta contra o projeto de lei da prevenção da delinquência em uma luta mais ampla contra certas concepções de infância e de saúde. Dessa forma, atingiu um grande número de pessoas, conseguindo 200.000 assinaturas. O *L'Appel des Appels* se dirigiu, principalmente, aos trabalhadores em seu manifesto e se posiciona incisivamente no campo político, atingindo 90.000 assinaturas. Por fim, o *Stop-DSM* foca um grupo ainda mais específico, os psiquiatras, de modo que seu manifesto tem uma linguagem mais acadêmica e rebuscada, não sendo acessível a toda população, com 3.111 assinaturas.

Ao trazerem propostas, fundamentos e reflexões que respeitam o múltiplo, eles se afirmam também como criadores do novo, da “possibilidade de encontrar o novo”, uma força que pela existência já é resistência. Os coletivos produzem e reproduzem conhecimento, cada um em seu âmbito. O *Pas de Zéro de Conduite* propõe o conceito de prevenção preveniente e em suas publicações discorre sobre os temas ligados à resistência ao projeto de lei: a infância, a educação e a metodologia de pesquisa, principalmente em saúde pública. O *L’Appel des Appels* apresenta reflexões sobre o campo político atual, modelo econômico e as possibilidades de resistência à mercantilização das relações humanas. O *Stop-DSM* propõe a clínica da subjetividade como alternativa à utilização do DSM no processo diagnóstico. A proposta de novos conceitos abre uma resistência no âmbito da clínica e também da linguagem. Esse modo de enfrentamento é destacado pelo *Stop-DSM* e pela produção brasileira “Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs: etapa brasileira do Movimento Internacional Stop-DSM”.

Portanto, é lícito defender que a principal batalha do embate político com o DSM vem se dando no campo da linguagem. Penso que o objetivo dos grupos críticos ao manual deve se focar não na “eliminação” do DSM – o que parece ser tarefa impossível – mas na garantia de que ao lado dele habite o maior número possível de descrições sobre os mal-estares subjetivos atuais, sem que nenhuma delas reclame, como “direito natural”, a hegemonia sobre as demais, por corresponder à verdade última dos fatos (LIMA, 2012, p. 107).

A busca pela linguagem objetiva do campo da saúde mental simplifica a possibilidade de comunicação do sofrimento, empobrecendo as descrições (LIMA, 2012). Trata-se de uma linguagem que padroniza. O conceito de prevenção preveniente disputa campo com o conceito de prevenção que pode ser preditiva. O sentido advindo da origem latina de resistência como reconsolidar, restabelecer, re-manter, re-fortalecer pode indicar a busca desses grupos pela pluralidade, pelo que é minoritário, almejando o retorno do que já deixou de ser prioritário, ou dominante. Trata-se de uma luta contra o que seria totalizador e uno que afirma a liberdade do que desvia do hegemônico, abrindo brechas no que é considerado absoluto e único. Os três coletivos podem ser compreendidos como “Organizações contra-hegemônicas” que buscam a concretização de projetos políticos por meio de sua organização (ZILIO et al., 2012). Eles escancaram as forças minoritárias que apoiam dentro de um campo em que a força hegemônica é aquela que padroniza, controla, mensura e assegura os resultados.

A possibilidade de questionar o modo como as políticas são propostas e se viabilizam indica a compreensão desses grupos de que tais propostas são construídas histórica, política e socialmente. A contestação dos coletivos pressupõe a liberdade de pensar na possibilidade de

variação no modo como os acontecimentos são postos. Conforme relatamos no capítulo teórico, a liberdade (AGAMBEN, 2014) e a compreensão de que a realidade é polissêmica (CHAUI, 2014) estão presentes na ação de resistência dos coletivos.

O modo de compreender os fenômenos humanos de forma medicalizante tem sido dominante na atualidade. Este é também uma expressão do âmbito político, do modo como os homens estão vivendo, retratado e caracterizado pelo *L'Appel des Appels*. Um dos objetivos de trazer as experiências desses três grupos de resistência à medicalização na França é, justamente, a preocupação em manter a coletividade da luta, fortalecendo-a ao não deixar os profissionais isolados em seus setores particulares ou também em seus países. Ao apresentar as críticas e reivindicações para o coletivo, os indivíduos ocupam o espaço político, da palavra e da responsabilidade, como afirma o *L'Appel des Appels*. A individualização das problemáticas é uma característica da medicalização e tem como consequência o isolamento dos indivíduos, enfraquecendo os movimentos de resistência e dando margem para a captura da resistência pela lógica medicalizante, que patologiza gestos de questionamento ao que está vigente (LEMOS, 2014). No Brasil, o Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade desempenha esse papel, ocupando um lugar de congregação das pessoas e dispositivos em torno da reflexão sobre o processo gradativo de medicalização e abrindo questionamentos. Como foi dito no manifesto do *Stop-DSM* quando cita os outros dois grupos aqui tratados, é possível conseguir efeitos, sim, no recuo da lógica medicalizante, por isso é importante a dimensão coletiva e política dessa luta.

6. A RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRANCESES

Nesta seção, as constelações, às quais chegamos a partir da análise das entrevistas realizadas com profissionais franceses, serão apresentadas. Das nove entrevistas, cinco foram consideradas principais pelas contribuições dos entrevistados, duração e profundidade dos relatos. Conforme dito no capítulo do método, pedimos para três destes entrevistados uma posterior autorização para divulgar seus nomes, os quais consentiram e dos outros dois consentiram desde o momento da conversa. Estas entrevistas principais foram realizadas com Roger Teboul, que falou principalmente sobre a história de mobilização dos psiquiatras infantis franceses; Marie Laure Cadart, que enfatizou a busca pela pluralidade de práticas e pesquisas que visam a um cuidado global do sujeito; Christian Hoffmann, que apresenta a psicanálise como resistência ao reducionismo biológico; Marie Christine Davoudian, que apresentou o reconhecimento da indeterminação do futuro como impulsionador para o novo; e, por último, com Manuel Vallée, que analisou o conteúdo do todo de entrevistas francês. Para o consentimento posterior de divulgação essas entrevistas foram transcritas e enviadas para os entrevistados, que editaram o texto para uma maior precisão das ideias expressas. Todas as informações e análises que constam neste capítulo foram apresentadas pelos entrevistados e compreendidas pela pesquisadora, exceto nas frases com referência bibliográfica indicada. As entrevistas estão transcritas na íntegra no CD que está na contracapa deste trabalho, assim as páginas indicadas na citação direta se referem a este documento.

As constelações são compostas pelos entrecruzamentos das entrevistas, as quais foram mapeadas conforme o procedimento de agrupamento das unidades de sentido (vide capítulo 4). A única entrevista que não foi contemplada nesta sistematização foi a do professor Manuel Vallée, a qual foi sistematizada sozinha por ter o caráter de analítico. O modo de chegar a esses agrupamentos está explicitado mais detalhadamente no Apêndice C, no qual é possível observar um exemplo de como unidades de sentido foram reunidas em cada constelação. Ao realizar esse procedimento chegamos a três agrupamentos de constelações. No primeiro agrupamento encontram-se três constelações que dizem respeito ao contexto histórico, social e político da resistência à medicalização:

1. A dimensão histórico-política da resistência;
2. O contexto atual;
3. A dimensão da prática da resistência.

O segundo agrupamento de constelações apresenta movimentos de crítica e caminhos de resistência em direção à superação da crítica. Nessas constelações os fundamentos do fenômeno da medicalização se mostram juntamente com a resistência correspondente a cada um desses fundamentos, de modo que chegamos aos principais pilares de sustentação da resistência à medicalização na França:

1. Redes e Coletivos;
2. Concepção de homem enquanto ser em construção, aberto para novas possibilidades;
3. Pluralidade nas pesquisas e práticas em saúde e saúde mental;
4. Intervenções multifocais e cuidado multidisciplinar considerando o contexto social, cultural e político dos usuários do sistema de saúde.

Por último, há a ampliação do debate com a entrevista do professor Manuel Vallée, que tem uma visão sobre o tema exterior à França. Conforme citado acima, esta entrevista foi analisada individualmente, ela não foi sistematizada em constelações junto com as entrevistas francesas, pois trata-se de uma entrevista de reflexão sobre a fala dos profissionais franceses, considerando que sua estrutura de perguntas é baseada na análise das entrevistas realizadas anteriormente. Dessa forma, buscamos tecer uma malha conjunta trazendo elementos de todas as entrevistas para construir nossa análise. As constelações encontradas desvelam a compreensão da resistência à medicalização que foi possibilitada por meio desse processo de pesquisa. Nas constelações, elucidaremos os elementos que constituem a essência da resistência à medicalização.

6.1 CONTEXTO HISTÓRICO, SOCIAL E POLÍTICO

6.1.1 A dimensão histórico-política da resistência

O processo de medicalização – que se expressa na padronização dos serviços e pesquisas em saúde, na redução ao biológico de determinações do humano complexas, na patologização e objetivação dos fenômenos humanos – foi situado na história pelos entrevistados. A contextualização das problemáticas dentro do movimento histórico pode ser entendida como uma resistência à medicalização, pois, ao colocarmos em perspectiva o modo como os fenômenos foram sendo compreendidos e o modo como o conhecimento foi edificado ao longo da história, escancaramos que os fenômenos humanos não são naturais, e sim multideterminados, estando imersos no campo sócio político cultural.

Eu penso que é necessário re-situar as coisas no tempo. Eu penso que nós poderíamos também contar a história dessa redução do ser humano ao biológico e aos seus comportamentos. Podemos nos dar conta facilmente que historicamente a Segunda Guerra Mundial foi uma catástrofe humana que justamente reduziu o ser humano ao biológico. Essa biologização do ser humano contribuiu com a barbárie humana (HOFFMANN, p. 27).

Os entrevistados apresentam o fenômeno da medicalização como inserido no movimento pendular próprio da história da humanidade: ora o paradigma vigente vai em direção a uma concepção de homem comportamental, ora a linguagem é apresentada como protagonista da compreensão da humanidade do homem.

Assim, a história das ideias é atravessada por um movimento de pêndulo: uma vez isso vai em direção ao pior reducionismo biológico e comportamental e aí isso volta. Isto porque, em suma, tudo o que observamos epistemologicamente é que o paradigma das ciências cognitivistas mostra também seus limites. E aí este pequeno retorno através do viés da filosofia, também em direção à fenomenologia, que supõe um sujeito aos fenômenos, e aí nós podemos esperar um pequeno espaço para a psicanálise nisso que se desenha dentro da evolução científica (HOFFMANN, p. 29).

Para ilustrar esse movimento pendular, os entrevistados retomaram algumas correntes de pensamento que foram centrais no mundo do conhecimento e que caíram por terra quando encontraram seus limites, dando espaço, então, para surgir uma nova corrente de pensamento hegemônica. Ao longo da história, a noção de homem variou de acordo com as novas descobertas científicas e com os posicionamentos políticos hegemônicos de cada período histórico. As inovações científicas influenciam diretamente na política e esta mantém igual influência na produção científica de cada época. Dessa forma, a redução da compreensão do ser humano à sua dimensão orgânica pode ser explicada historicamente.

Ao mencionar as transformações da sociedade ao longo da história, os entrevistados apontam para a via de mão dupla entre a política (o modo como os homens vivem, na atualidade no regime capitalista) e a ciência. O campo científico sempre influencia e é em parte determinado, pelo campo político.

As carreiras de professor hoje são feitas muitas vezes graças aos laboratórios farmacêuticos. Existe um tipo de confrontação mortífera entre de um lado a psiquiatria universitária muito neurobiológica, científica, bastante tendenciosa e do outro lado a psiquiatria geral de setor que continua atrelada a outros modelos. Os dois mundos conversam muito pouco e quando se confrontam, esta confrontação não produz nada (TEBOUL, p. 48).

Na atualidade, há a busca por livrar a ciência da influência de qualquer outro campo, de modo que ela possa ser considerada neutra. Os entrevistados demonstram que há uma oscilação também entre os dois polos de compreensão do fazer médico: um que compreende que a ciência está imersa no campo sócio-político-cultural, sendo o homem um ser

determinado pela linguagem, e no outro polo está a compreensão de que a ciência é exterior a essa determinação, sendo neutra e com uma visão de homem organicista.

A Segunda Guerra Mundial foi apontada como um marco importante que representa uma virada de pensamento nas ciências humanas. Trata-se de “uma catástrofe humana” que tem como característica fundante a redução do ser humano ao biológico, discriminando homens por meio de suas “raças” e de seu sangue (HOFFMANN). Tal biologização do ser humano contribuiu com a barbárie e, como no movimento do pêndulo,

depois da queda do nazismo não é surpreendente que tenha aparecido esse movimento que é o do estruturalismo, que recolocou o ser humano no centro das ciências humanas, e não só nas ciências humanas. Ao reumanizar o humano por meio da sua relação com a linguagem permitiu, efetivamente, tirar o humano da biologia. Eu penso que o estruturalismo é datado historicamente nesse pós-Segunda Guerra Mundial (HOFFMANN, p. 27).

Com o estruturalismo, a humanidade é situada no âmbito da linguagem e a psicanálise passa a ocupar lugar central na construção de conhecimento. O período pós-Segunda Guerra Mundial na França foi de extrema fecundidade para o trabalho no campo social. Muitas pesquisas foram realizadas e colocadas em prática e bons instrumentos foram criados para trabalhar e com bons resultados:

Na França, nós tínhamos verdadeiramente sistemas construídos no pós-Segunda Guerra Mundial. Em 1945, grandes instituições foram criadas, embora a França fosse um campo de ruínas. Eu vi imagens de arquivos da época, era apavorante, tudo estava quebrado, tudo estava para ser reconstruído. Houve este movimento de reconstrução: a criação da *Allocation Familiale*⁷⁷ em dificuldade, a PMI, a *Securité Sociale*⁷⁸, lei sobre a “proteção da infância”... Nós viemos disso. E tínhamos, além disso, esses pesquisadores, essas pesquisas no âmbito da infância que foram elaboradas muito rápido, já que não havia nada que tivesse sido feito. Eles descobriram coisas fabulosas sobre a criança, coisas que foram colocadas em prática (CADART, p. 15).

Nos anos 60, há outra virada na concepção de homem hegemônica,

quando o paradigma estruturalista mostrou seus limites e é neste momento que reapareceu um novo paradigma do humano ligado à evolução da informática e dos computadores, é necessário bem dizer. Neste momento apareceram as ciências cognitivas nos anos 60. Essas ciências cognitivistas propuseram, efetivamente, o paradigma do “homem computador”, isto é diferente do ser da linguagem filosófica e psicanalítica e outros (HOFFMANN, 28).

⁷⁷ A *Allocation Familiale* é uma bolsa que tem como missão ajudar as famílias na sua vida cotidiana e desenvolver a solidariedade para as pessoas vulneráveis. A ajuda para as famílias acontece sob a forma de remuneração para ajudar com as despesas, ajuda com equipamentos e/ou com acompanhamento e aconselhamento. Atualmente 50% da população francesa recebe algum tipo de ajuda (30,6 milhões). São candidatos a este tipo de bolsa famílias que tenham ao menos duas crianças menores de vinte anos, ou uma com menos de três anos (ALLOCATIONS FAMILIALES, 2016).

⁷⁸ A *Securité Sociale* atua em alguns campos: saúde, família, acidente de trabalho/doenças profissionais, aposentadoria e contribuições e recuperação de impostos. Entre suas missões estão: garantir o acesso à saúde, às despesas médicas, atenuar as desigualdades entre famílias, gerir riscos profissionais aos quais os profissionais possam ter que enfrentar entre muitas outras missões (SECURITÉ SOCIALE, 2016).

Nessa mesma década, a política de psiquiatria de setor⁷⁹ foi fundada na França. Tal política foi originada a partir de uma corrente de pensamento do pós-guerra que denunciava o “horror dos campos de concentração” e mostrava que estavam “organizando os hospitais psiquiátricos da mesma forma (que os campos), eles tinham se tornado grandes universos de concentração” (TEBOUL, p. 42). A proposta da psiquiatria de setor responde a essa denúncia. Originariamente, os serviços de psiquiatria infantil públicos, na França, estão estruturados de acordo com o modelo da psiquiatria de setor.

Existe verdadeiramente uma conjunção e uma confluência de diversas correntes para dar a luz à psiquiatria infantil pública, entre elas: a psicanálise, o interesse pela criança, a questão da pedagogia e da psicologia também com Henri Wallon, por exemplo. Tudo isso contribuiu verdadeiramente para o nascimento de uma disciplina que é estruturada no modelo da psiquiatria de setor, ou seja, uma equipe de profissionais para uma população em um dado território (TEBOUL, p. 40).

No modelo assistencial de setor, a equipe responsável pelo território é multidisciplinar, “composta por enfermeiras, por psiquiatras ou psiquiatras infantis, psicólogos, educadores, terapeutas ocupacionais e, dentro do serviço de psiquiatria infanto-juvenil, estão os fonoaudiólogos e os psicomotricistas” (TEBOUL, p. 41). Além de a equipe ser multiprofissional, os atendimentos sempre consideram o contexto do paciente. Trata-se de uma política que favorece a compreensão de que o meio é determinante no modo de se chegar a um diagnóstico e de conceber um tratamento.

Este é um modelo que eu considero extremamente eficaz e que não é assim tão caro, porém ele não é muito apoiado hoje em dia pelo poder público, que tem uma outra visão da organização da saúde. Isso acontece mesmo existindo a recente lei de 2009 “*Hôpital Patients Santé Territoire*”⁸⁰ (HPST), que obriga o hospital a repensar as suas missões de acordo com a lógica de território (TEBOUL, p. 40).

⁷⁹ A psiquiatria de setor designa a organização administrativa da rede de serviços públicos em saúde mental do qual fazem parte: o Centro de Acolhimento Terapêutico em Tempo Parcial (CATTP), o Centro Médico Psicológico (CMP) e os Hospitais Dia. A partir a lei de 1970 ocorreu uma reforma que dividiu cada departamento da França em setores geo-demográficos para se responsabilizarem pela rede de serviços públicos de saúde mental em cada território. Teboul conta em sua entrevista que, em 1972, o Ministério da Saúde formalizou uma circular que inaugurava os Setores de Psiquiatria Infanto-Juvenil que inicialmente eram considerados um inter-setor. “No começo os serviços de psiquiatria infanto-juvenil eram chamados de inter-setores porque na organização imaginada na circular considerava-se que para cada três setores de psiquiatria geral era necessário criar um setor infantil, por isso o nome de inter-setor. No início de sua existência, a API se chamava de fato Associação de Psiquiatras Infantis de inter-setores, estes que depois se tornaram os setores de psiquiatria infanto-juvenil e que podiam ser comparados aos setores de psiquiatria geral. Nessa época um setor contava com aproximadamente 70.000 habitantes em um dado território e um inter-setor com aproximadamente 200.000 habitantes” (TEBOUL, p. 40). A psiquiatria infantil ganha o mesmo reconhecimento que a psiquiatria adulta ao se tornar um setor. Atualmente, cada setor conta com um número médio de 75.000 habitantes, mas este número pode variar, de modo que um setor grande como o de Seine Saint Denis Mais conta com 350.000 habitantes (ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA MARNE, 2016) (COUTY, Edouard, 2009) (HOPITAL MAISON BLANCHE, 2016).

⁸⁰ Lei de 21 de julho de 2009, que busca reorganizar e modernizar o sistema de saúde no que diz respeito aos hospitais, às repartições de médicos e o acesso à saúde na cidade, às medidas de saúde pública e à prevenção. Além disso, esta lei cria as Agências Regionais de Saúde encarregadas de coordenar no âmbito de um território o

As práticas atuais da Associação de Psiquiatras de Setor Infanto-juvenil (API)⁸¹ foram fundadas nas ideias da psiquiatria de setor.

Após o ápice dessa concepção de homem que possibilitou o surgimento da psiquiatria de setor, há a perda de espaço para outra ideia: do homem como organismo. Assim, voltando ao movimento pendular da história, alguns entrevistados analisam que na atualidade chegamos a um esgotamento da noção de homem como “comportamental” e estamos na virada para retomar as outras dimensões do humano além da biológica.

Depois disso, nós viemos a conhecer todo o movimento das neurociências com as imagens cerebrais, que levou a uma discussão (briga) no interior das ciências cognitivas, como nós sabemos, por uma abordagem do homem não mais como computador, mas do cérebro como biológico. Assim, este é um outro modo de ver o humano, que traz a questão biológica dentro de um reducionismo mais ou menos forte, mas que de qualquer maneira, está em processo de se afrouxar com a revolução que a genética conhece atualmente no nível do que chamamos de “epigenética” (HOFFMANN, p. 28).

Os entrevistados encontram no conceito de epigenética uma brecha para a expressão da importância do conhecimento da psicanálise, em um momento em que a abordagem hegemônica é a comportamental. Por serem na sua maioria psicanalistas, eles buscam a inauguração de um novo lugar no campo científico para a psicanálise por meio de uma brecha como esta que possibilita pensar o homem como centrado na linguagem. Entendo que essa é uma fresta também adequada para pensarmos as abordagens de pesquisa qualitativa:

E hoje em dia, eu não sou completamente pessimista: hoje de um lado a ciência não está congelada (paralisada), a ciência está em constante evolução e nós vemos isso justamente na biologia, esta nova subversão da genética, pela “epigenética” que mostra que o cérebro evolui, não somente durante toda uma vida, mas, além disso, em interação com o ambiente. Ou seja, em interação com a linguagem e com a cultura. Neste momento, efetivamente nós reencontramos, dentro dessa epigenética, com a psicanálise, um lugar, de debate científico possível partindo do fato de que na epigenética consideramos que o stress ou qualquer outro acidente subjetivo na história de um sujeito pode perturbar até o seu código genético. Dessa forma, nós podemos ver bem o quanto a psicanálise pôde de novo encontrar um lugar e um interesse renovados (HOFFMANN, p. 29).

Apesar de essa fresta abrir um novo diálogo no campo científico, os entrevistados observam a perda de espaço de reflexão e debate sofrida pelas abordagens psicodinâmicas.

[Na sociedade atual] eu penso que efetivamente, existe verdadeiramente um desaparecimento do sujeito no sentido amplo e em todos os âmbitos... e que isso está nesse movimento, [...] que isso acontece por ondas. [...] Eu penso que isso vai e isso vem, e que efetivamente existe atualmente um desaparecimento do sujeito e uma sociedade muito mais rápida, na qual nós pensamos menos e onde nós temos menos prazer em pensar, em elaborar. Nós estamos muito mais dentro da imediatez, mas bom vamos lidar com isso (ANNE, p. 64).

conjunto das políticas públicas de saúde nos dispositivos citados acima (VIE PUBLIC AU COEUR DU DÉBAT PUBLIC, 2009).

⁸¹ Apresentaremos essa associação na constelação 3 deste bloco: Grupos de resistência na França.

Os estudantes de psiquiatria não são, de forma alguma, formados em psicanálise. Então existiu uma verdadeira mudança à americana... nós estamos atrasados, nós nos submetemos aos americanos... eu não sei 10-15 anos depois deles, nós estamos nessa situação, com efetivamente toda uma corrente biológica, toda uma corrente cognitivo-comportamental (ANNE, p. 58).

O modo de pensar os casos dos pacientes, a forma como o governo se posiciona, as disputas que acontecem no campo da saúde mental e o modo do funcionamento dos serviços de saúde refletem as ideias dominantes do momento histórico vigente, ao mesmo tempo em que são determinados por ele. Dessa forma, o modo de pensamento majoritário de um período histórico influencia no olhar clínico do profissional da saúde. No entanto, conforme vimos no capítulo teórico, a busca da medicina no campo científico é pela neutralidade, que é entendida como o isolamento da medicina em relação a tudo o que não é estritamente biológico. A neutralidade buscada seria alcançada quando isolamos o campo médico do campo cultural, político, social, econômico etc. Os entrevistados apontam que a psiquiatria, para se afirmar cientificamente, nos parâmetros da ciência natural vigente, acaba por se inclinar sobre a neurologia, enquanto a psicologia, nesse mesmo movimento, recai sobre as neurociências. Parece haver a necessidade de uma afirmação na objetividade. Assim, essas disciplinas buscam fora delas mesmas um fundamento científico considerado sólido que justifique seu lugar, revelando nesse movimento de busca por objetividade, sua fragilidade científica.

O problema é que os nossos parceiros naturais são a psiquiatria e a psicologia e estas são claramente duas disciplinas que elas mesmas têm dificuldade de se posicionar epistemologicamente no campo científico. São duas disciplinas em dificuldade no campo científico (HOFFMANN, p. 31).

Os profissionais da saúde mental deixam de ter uma relação com a ciência e se focam na aplicabilidade do conhecimento, o que resulta em uma aplicação ideológica da ciência, um certo intervencionismo. Para Hoffmann, é a fragilidade científica que leva a essa postura dogmática e pragmática.

Assim, ele está necessariamente em uma posição cientificamente mais frágil, e eu penso que essa posição leva algumas vezes a uma rigidez mental e a um dogmatismo tanto em psicologia como em psiquiatria. Infelizmente. E dessa forma, nós não lidamos mais com a ciência, lidamos, neste momento, com uma aplicação mais ideológica da ciência, que não é mais a ciência de laboratório estimulada por um desejo de pesquisa que necessita de uma abertura como eu disse antes. E é aí que temos um problema: com o dogmatismo, portanto com a ideologia científica em psiquiatria e em psicologia (HOFFMANN, p. 32).

Ao compreender a medicina como um campo não influenciável pela cultura e política, a medicalização indiscriminada é produzida. Na França, tradicionalmente, a psiquiatria não nega sua dimensão política, o que começa com o movimento da antipsiquiatria. Desde esse movimento, compreendeu-se que as políticas vigentes e o funcionamento das instituições

psiquiátricas implicam efeitos no âmbito do tratamento. O movimento antipsiquiátrico que nasce na França foi diferente do que aconteceu na Itália, onde houve a desinstitucionalização. Segundo Teboul, a “desalienação à francesa”⁸² fez com que a psiquiatria francesa perdesse credibilidade no mundo anglo-saxão por conta da ênfase dada à dimensão política.

A organização de tratamentos em psiquiatria na França era bem diferente dos outros países da Europa e dos Estados Unidos. Mesmo se efetivamente houve na Itália, com Basaglia, a desinstitucionalização, esse movimento não teve nada a ver com a “desalienação” à francesa. Na França refletimos sobre isso de forma muito diferente. Tentamos modificar do interior o funcionamento das instituições psiquiátricas, e com a ajuda da corrente da psiquiatria institucional levamos em conta a instituição no que ela produzia no âmbito de tratamento e também no que ela produzia de patologia induzida por seu funcionamento. A psicoterapia institucional trata tanto o paciente quanto a instituição dentro do que ela propõe como intervenção terapêutica (TEBOUL, p. 42).

A psiquiatria francesa, no pós-Segunda Guerra Mundial, apresenta a loucura como problemática que diz respeito à própria instituição de saúde e à sociedade. Entendo que essa tomada de responsabilidade da psiquiatria em relação ao seu tema de trabalho fez com que a psiquiatria deixasse de combater a loucura e passasse a buscar a sua compreensão, havendo uma possibilidade de aproximação com ela. Tal postura implica a afirmação da dimensão política da psiquiatria, a qual é compreendida, nessa perspectiva, como uma disciplina imersa no campo sócio-político. Com essa concepção, a psiquiatria se torna menos tecnicista e objetiva, pois estão em jogo diversas forças. Ao retirar a psiquiatria do contexto político (e também sócio-econômico-cultural), ficamos apenas com as ditas evidências, de “*evidence based medicine*”⁸³ na psiquiatria, consideradas como estando acima das bases políticas sociais

⁸² Durante a Segunda Guerra Mundial, teve-se a experiência na Europa dos efeitos do confinamento e do desastre humanitário que aconteceu nesse período. Com base nessa experiência e na resistência francesa durante a guerra organizou-se o movimento antipsiquiátrico na França (LECOURT, 2004). Duas grandes correntes de reformas estruturam as práticas propostas pela antipsiquiatria: a psiquiatria de setor e a psicoterapia institucional, que tem origem na psicanálise e no marxismo. “Notaremos para esta primeira corrente francesa de contestação (que iria permitir alguns anos mais tarde a instalação da política de setor) um horizonte social muito marcado, com ancoragem nítida no pensamento marxista, na resistência e no partido comunista, uma desconfiança em relação à psicanálise, e a defesa de uma psiquiatria não autoritária, como sendo um serviço público a serviço do usuário” (LECOURT, 2004, p. 73, tradução nossa). As três principais obras que descrevem os referenciais do movimento são: Asilo de Goffmann, *The myth of the mental illness*, de T. Szasz, e *A História da Loucura na idade Clássica*, de Foucault (LECOURT, 2004). Trata-se de obras de diferentes correntes que convergem em direção a uma crítica radical da condição dos asilos e do negócio psiquiátrico (LECOURT, 2004).

⁸³ “*Evidence based medicine*” ou EBM é traduzida em francês por medicina fatural ou medicina fundada em provas. Prova é uma tradução imperfeita que não dá conta das múltiplas significações da expressão inglesa, que pode designar enunciação (*statement*) quando esta é expressa, testemunho (*testimony*) quando esta é colhida, e fato (*fact*) quando esta não é contestada” (tradução livre de LECOURT, 2004, p. 462). A finalidade da busca pelo alto nível de provas é encontrar melhores tratamentos para os doentes, o que implica uma mudança no modo de fazer pesquisa: apenas pesquisas randomizadas, duplo cego, com grande número de pacientes e multicêntricas são consideradas como fonte de conhecimento após serem avaliadas de acordo com os critérios de morbidade e mortalidade do paciente. “Esse princípio coloca em questão a totalidade das conquistas, pois ele elimina da análise todos os estudos passados, inadequados porque realizados com métodos inapropriados. O estudo randomizado se torna assim detentor da prova absoluta” (LECOURT, 2004, p. 462, tradução nossa). Segundo o

e econômicas, ou seja, seriam neutras. Essas evidências geram modos de intervenção objetivos e previdentes quanto aos resultados que produz. Dessa forma, as intervenções e tratamentos psiquiátricos tornam-se mais rentáveis para um sistema político socioeconômico que quer se manter vigente. O processo de medicalização se revela historicamente e politicamente.

6.1.2 O contexto atual

Algumas cenas ilustram a percepção dos entrevistados do contexto atual em que o processo de medicalização se mostra. No cotidiano dos entrevistados, o funcionamento hegemônico das instituições aponta para a intensificação da padronização do olhar clínico, que se torna cada vez mais objetivo, podendo mensurar os sintomas. “A prática (psiquiátrica) não está fora do mundo, ela está em um momento dado, dentro de um contexto social dado” (VERONIQUE, p. 94). Dessa forma, o fazer clínico está imerso na rede de compreensão do momento histórico vigente. Como veremos nessa constelação e, mais especificamente, nas constelações subsequentes, o processo de medicalização se mostra: no aplainamento das diferenças dos serviços, considerando que a abordagem comportamental torna-se predominante nas instituições de saúde oferecidas para o público e em pesquisas; no aumento das categorias diagnósticas, o qual garante maior objetividade e possibilidade de mensuração do processo diagnóstico; e na possibilidade de precificação das intervenções, que, para serem comercializadas, devem garantir seus resultados. Cenas atuais.

A busca por tratamentos e resoluções de conflitos em um menor espaço de tempo com o mínimo de gasto possível é ilustrada na pesquisa realizada pelo INSERM – *Institut National de la santé et de la recherche médicale*⁸⁴ – sobre o Transtorno de Conduta⁸⁵ na primeira

Dicionário do Pensamento Médico (2004), apenas 10% dos estudos publicados em toda literatura médica satisfazem os critérios da medicina fatural.

⁸⁴ O Instituto Nacional de saúde e de pesquisa médica é um estabelecimento público de pesquisa de caráter científico e tecnológico que está sob a corresponsabilidade do Ministério da Saúde e do Ministério da pesquisa. “O INSERM, único organismo público de pesquisa francês inteiramente dedicado à saúde humana ganhou em 2008 a responsabilidade de assegurar a coordenação estratégica, científica e operacional da pesquisa biomédica. Este papel central de coordenador é atribuído para ele naturalmente pela sua qualidade científica e de suas equipes, mas igualmente pela sua capacidade de assegurar uma pesquisa transacional (translationnelle), do laboratório ao leito do paciente” (INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, 2016). Na origem do INSERM, estão duas instituições criadas para pesquisa. Na véspera da segunda guerra mundial, criou-se o Centro Nacional da pesquisa Científica, que tinha o objetivo de instalar uma comissão de medicina experimental para cobrir o vácuo científico que pairava na medicina francesa. No final de 1941 houve a criação do Instituto Nacional de Higiene. Ambos deram origem ao INSERM (LECOURT, 2004). “Na origem do INSERM, encontramos então a preocupação de harmonizar as iniciativas suscitadas pelo Instituto Nacional de Higiene no que diz respeito à epidemiologia e da Associação Claude Bernard para a pesquisa clínica” (LECOURT, 2004, p. 654, tradução nossa) Em 1984 o número de unidades de pesquisa foi

infância, a qual foi utilizada como base para o projeto de lei de prevenção à delinquência, que deu origem ao coletivo *Pas de Zéro de Conduite pour les Enfants de Trois Ans*. Os entrevistados não concordam com o modo como foi realizada a pesquisa do INSERM, que embasava o projeto de lei de prevenção da delinquência, e o avaliam como um ataque à psicanálise, pois a produção de conhecimento psicanalítico e de outras abordagens não comportamentalistas não foi incluída (discorreremos sobre essa crítica na constelação: *Pluralidade nas pesquisas e práticas em saúde e saúde mental*). Junto com essa exclusão, há a percepção de que a literatura nacional francesa sobre esse tema é rica e reflete um modo de compreender os fenômenos humanos que busca a complexidade e a multideterminação destes. Os entrevistados citam diversas iniciativas no âmbito da primeira infância que acontecem atualmente, de forma bastante original, e são baseadas em pesquisas da psicologia francesa dos anos 50. A injustiça de esses trabalhos não terem sido selecionados como material na metanálise corresponde ao cenário da época.

E depois para a pequena história também, nós estávamos em um período marcado pelo aumento da obsessão securitária. Existia, inclusive, um sindicato de comissário de polícia que, em seu relatório, propunha a detecção, nas creches, dos transtornos de comportamento (CADART, p. 3).

Desse modo, a detecção precoce de um transtorno, que é um tema ligado à saúde, estava sendo atrelada à segurança pública.

Outra faceta do processo de medicalização da sociedade escancarada pelo projeto de lei é o esforço pela aplicabilidade do conhecimento de forma rápida e pragmática. Os tratamentos propostos para o transtorno de conduta detectado nas crianças pequenas eram voltados para a remissão dos comportamentos considerados patológicos. Além dessa percepção em relação ao projeto de lei, os entrevistados observaram que o número de serviços “super” especializados e técnicos, como o *coaching* direcionado para crianças em idade escolar, aumentou. Assim, além da hiperextensão das categorias diagnósticas, há a hiperespecialização dos serviços em cada um dos sintomas das categorias diagnósticas

quadruplicado tendo mais de 4000 agentes e aproximadamente 200 unidades e seu orçamento triplicou (INSTITUT NATIONAL DE A SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, 2016).

⁸⁵“Entre a delinquência e o transtorno de conduta, qual relação podemos estabelecer? O transtorno de conduta que se manifesta por meio das agressões, roubos, fraudes, violações de regras na criança e no adolescente, seria um fator de risco de delinquência? Um grupo de especialistas, reunidos no Inserm no âmbito dos procedimentos de “competências coletivas” (*expertise collective*) analisou e sintetizou os conhecimentos científicos e médicos internacionais em epidemiologia, neurociências, genética, psicologia e psiquiatria para melhor compreender as diferentes dimensões deste transtorno. Estudo realizado a pedido da Canam (Caixa de Seguro Doença dos Trabalhadores Independentes), esta sistematização da literatura sobre o Transtorno de Conduta vem completar o panorama dos transtornos mentais publicados em 2002 nas edições Inserm “Transtornos mentais, detecção e prevenção na criança e adolescente” (INSTITUT NATIONAL DE A SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE, 2016, tradução nossa).

destinados a crianças. Esses dois movimentos contribuem para a patologização da vida e para a fixação da personalidade da criança em um diagnóstico, a partir de um comportamento. Os entrevistados compreendem que esta é uma tendência que segue as leis do mercado.

se uma criança morde na escola, não aplicarei o tratamento especializado para mordedores, vou me perguntar “Por que essa criança morde?”, faria então hipóteses como o início de uma psicose, ou porque esta criança gosta demais do colega, entre outras. De todo modo deve haver uma intervenção para que ele não morda mais e cuidar da criança que foi mordida. Não diremos mordedor, BLIN, tratamento (CADART, p. 14).

Os serviços de saúde e educação são cada vez mais voltados para uma especialidade com um mínimo espectro de abertura: o profissional especializado cuidará de uma pequena parte da problemática da criança e olhará apenas para aquele sintoma, tendo por objetivo eliminar o comportamento ou sintoma considerado patológico. Trata-se de trazer os comportamentos para dentro da normalidade, a qual é entendida como padrão. Esses tratamentos especializados estão disponíveis nos serviços privados e permitem a restituição dos impostos, ou seja, “é realmente uma sociedade de serviços que se instala” (CADART, p. 14). Houve uma diminuição efetiva do apoio escolar nas escolas maternas por dificuldades financeiras do governo.

A abordagem que nós defendemos existe na escola maternal: para uma criança que não está bem, existe um médico da PMI, que efetivamente pode ver a criança, tem psicólogos, tem reeducadores escolares especializados para os pequenos, mas que tem uma abordagem global, que leva em conta o inconsciente. Porém eles não são psicanalistas nem psicoterapeutas; eles estão presentes no cotidiano, na ação e eles vão ter esta dimensão global, tudo isto é atacado valorizando a prestação de serviço (CADART, p. 14).

Os entrevistados compreendem que este é um fenômeno resultante do sistema econômico atual – o capitalismo – e do modo de organizar a política baseada no mercado – o neoliberalismo. Os laboratórios farmacêuticos têm um papel importante nessa mercantilização da saúde. “Tudo deve estar no nível da concorrência, incluindo a primeira infância, incluindo a escola, sem entraves para o mercado” (CADART, p. 15).

O controle social é exercido tendo como referência que a normalidade estatística é o ideal. Os entrevistados observam um movimento de padronização do que é considerado ideal para as crianças. Elas são colocadas em um molde para que sejam produtivas desde pequenas. Sobre essa busca pela produtividade, há relatos de que em uma escola do ensino médio renomada em Paris, muitas crianças com bom rendimento tomam *Ritalina* sem prescrição. O medicamento passa a alargar as possibilidades de produtividade da criança, garantindo uma produção maior do que a de uma criança saudável. Os entrevistados apresentam a ideia de que

no modelo capitalista que vivemos “o objeto rouba a cena do sujeito” (ANNE, p. 64), de modo que o que é consumido torna-se um atributo do consumidor.

Na busca por garantias sobre a objetividade, eficácia e previsibilidade do serviço prestado em saúde mental, as “Recomendações de Boas Práticas”⁸⁶ (RBP) são produzidas pela Alta Autoridade de Saúde⁸⁷ (*Haute Autorité de Santé* – HAS). Esse documento se propõe a indicar, para o paciente e para o cuidador, as melhores práticas clínicas da atualidade para determinada patologia (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2014). Para chegar a essa recomendação, a HAS se propõe a fazer uma revisão bibliográfica sobre os tratamentos mais atuais e conta com a experiência de profissionais que sejam especializados naquela patologia (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2014). O documento de “Recomendação de Boas Práticas” responde a uma demanda dos pais de busca por garantias de que os tratamentos pelos quais seus filhos passarão sejam eficazes e obtenham os resultados esperados.

No momento das entrevistas na França, a Recomendação de Boas Práticas (RBP) sobre os “Transtornos de atenção e/ou problemas de agitação” (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2014 e 2015) havia acabado de ser divulgada. A API redigiu um comunicado em oposição a essa “RBP”. Os entrevistados membros da API apresentaram esta como “mais uma” das situações complicadas que têm acontecido na França no campo da saúde. Além de não concordarem com o conteúdo da “RBP”, não estavam de acordo com a forma como ela foi elaborada, pois os psiquiatras infantis de setor⁸⁸ não tiveram participação em sua elaboração, embora sejam eles que estejam presentes no cotidiano dos serviços públicos.

No que diz respeito às dificuldades das crianças “agitadas”, as compreensões das Associações de Pais e da API divergem. Os primeiros consideraram que os problemas de seus filhos são decorrentes exclusivamente de seu desenvolvimento neurológico. Já os psiquiatras da API compreendem as dificuldades como decorrentes de fatores constituintes da

⁸⁶ “As recomendações de boas práticas” (RBP) são definidas no campo da saúde como “propostas sistematicamente desenvolvidas para auxiliar o profissional e o paciente a procurar o atendimento mais adequado em uma determinada situação clínica. Elas fazem parte de uma meta de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Elas não se destinam a descrever o conjunto de cuidados de uma condição médica ou doença. Elas devem se limitar a indicar os pontos de aperfeiçoamento ou avanços nos cuidados, que são identificados através de estudos práticos ou, da ausência de tais estudos e através da experiência dos profissionais de saúde que tenham relação com o tema” (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2015, tradução nossa).

⁸⁷ “A HAS é uma autoridade pública independente que contribui com a regulação do sistema de saúde pela qualidade. Ela exerce suas missões no campo da avaliação dos produtos de saúde, das práticas profissionais, da organização dos tratamentos e da saúde pública” (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, 2015, tradução livre)

⁸⁸ Os psiquiatras infantis de setor são os psiquiatras infantis que trabalham no sistema público de saúde francês de acordo com a política de setor (vide nota de rodapé n. 3), isto é, a assistência à população é dividida “por áreas geográficas delimitadas pela população que ali mora. Cada setor tem um médico psiquiatra responsável por uma equipe multidisciplinar. O setor assegura a detecção precoce, a profilaxia, a cura e a pós-cura da doença mental, o alcoolismo e a toxicomania” (SOIN INFIRMIER, 2014).

personalidade. Para Teboul, a RBP parece estar a serviço de interesses financeiros, ele afirma que as Associações de Pais são financiadas “subterraneamente” pelas companhias farmacêuticas. Para essas companhias é mais interessante que a agitação das crianças seja atribuída à ordem do biológico, pois assim o tratamento correspondente seria químico, farmacêutico, em oposição a um tratamento psicoterapêutico.

Aqui há ainda um intenso trabalho de *lobby* da parte das Associações de Pais de crianças autistas associadas a alguns psiquiatras infantis professores universitários para afastar os psiquiatras infantis de “campo”⁸⁹ (clínicos) das conclusões deste trabalho, enquanto que é dentro dos serviços de psiquiatria infantil que a maioria das crianças é tratada (TEBOUL, p. 36).

Além da dimensão financeira, os entrevistados identificam uma outra motivação para que as dificuldades de seus filhos sejam reconhecidas como patologia. As Associações de Pais “Hiper/Super” pressionam os órgãos responsáveis para que seus filhos sejam reconhecidos como “deficientes”, rótulo que, pela lei francesa de 2005⁹⁰ sobre deficiência, garante uma série de direitos para esses cidadãos.

Deficiência que deveria ser compensada de acordo com o previsto na lei de 2005 sobre deficiência, lei que mudou um pouco o modo como tratamos esta questão na França. A *Maison Départementale des Personnes Handicapées*⁹¹ (MDPH), depois de examinar um dossiê, reconhece à pessoa deficiente o direito de ter a sua deficiência compensada pela sociedade (TEBOUL, p. 36).

Entre esses direitos está a possibilidade de ter uma escola que se adapte à deficiência da criança.

Do mesmo modo as Associações Hiper/Super (para hiperatividade ou “dis” para discalculia, dislexia, disortografia, dispraxia etc.) exercem um lobby potente para que seus filhos sejam também reconhecidos como deficientes e possam frequentar uma escola adaptada às suas necessidades (TEBOUL, p. 36).

Com essa compensação da deficiência que é prevista na lei de 2005, muitas vezes se perde de vista a singularidade da criança, pois as suas necessidades serão avaliadas de acordo com uma categoria de “deficiência” em que ela foi enquadrada.

⁸⁹ Quando utiliza a expressão “profissionais de campo”, refere-se aos profissionais que atuam clinicamente no sistema público de saúde francês.

⁹⁰ Trata-se da “Lei n 2005-102 de 11 de fevereiro de 2005 pela igualdade de direitos e de oportunidades, a participação e cidadania das pessoas deficientes” (LEGIFRANCE, 2005). Essa lei é composta por 101 artigos e tem o desdobramento de 80 textos de aplicação. Ela traz muitas mudanças para a aplicação dos direitos das pessoas com deficiência e apresenta a seguinte definição de deficiência: “Constitui uma deficiência, no sentido da lei atual, toda limitação de atividade ou restrição de participação na vida em sociedade a que uma pessoa seja submetida em seu ambiente, em razão de uma alteração substancial, durável ou definitiva de uma ou diversas funções físicas, sensoriais, mentais, cognitivas ou psíquicas, de uma múltipla deficiência ou de um transtorno de saúde invalidante” (HANDICAP, 2005, tradução livre). O resumo da lei pode ser encontrado no endereço: <<https://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>>.

⁹¹ O *Maison Départementale des Personnes Handicapées* foi criado pela lei de 2005 para pessoas com deficiência e é responsável pelo acompanhamento e acolhimento de pessoas portadoras de deficiências e das pessoas próximas a ela. Existe uma MDPH em cada departamento (LE PORTAIL DÉDIÉ AUX MAISON DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES, 2016).

Além de os psiquiatras infantis clínicos não terem tido voz ativa na elaboração da “Recomendação de Boas Práticas”, a HAS se baseou apenas em pesquisas rotuladas como “*evidence based medicine*”⁹², justificando esse escopo pelo “alto grau de prova” que essas pesquisas garantem, diferentemente de grande parte da bibliografia francesa produzida sobre o tema. Assim, a RBP, do mesmo modo que a metanálise sobre o transtorno de conduta apresentada acima, é fundamentada em pesquisas de países principalmente anglo-saxões. “A redação dessa recomendação que, como todas as recomendações da HAS, utiliza as publicações referenciadas pela ‘*evidence based medicine*’, é um exemplo interessante sobre como utilizam-se as publicações científicas” (TEBOUL, p. 37).

Nesse contexto, há um clima atual de desconfiança em relação às políticas públicas de saúde. Os entrevistados afirmam que se mantêm atentos às movimentações dos organismos públicos que lidam com saúde mental e às Associações de Pais. Há a sensação de uma armadilha iminente, que ameaça a ética da profissão dos psiquiatras. O modo como são feitas as RBP configura uma situação de armadilha, pois os responsáveis por esses documentos não comunicam abertamente sobre o momento de sua realização. Os profissionais que trabalham no campo da saúde pública tomaram conhecimento dos resultados da RBP sobre a “agitação” ou sobre o “autismo” apenas quando foram divulgadas para o público geral, momento em que o documento tinha seu efeito de recomendação produzido na população. O modo de construção das duas cartas de recomendação percorre “exatamente o mesmo processo”, observou Teboul. Trata-se de um procedimento técnico que visa ao direcionamento e estabilidade no processo de tratamento, pois indica a segurança do tratamento no que diz respeito ao controle de seus resultados. Apesar do clima de desconfiança em relação às decisões do governo, os entrevistados mantêm espaços de interlocução com o governo por meio dos coletivos como a API e o PDC.

No caso da “Recomendação de Boas Práticas” (RBP) sobre o autismo⁹³ (LANGLOYS, 2012), divulgada um ano antes da entrevista, as práticas fundamentadas na psicanálise e na psicoterapia institucional foram consideradas não recomendadas. A API também se posicionou contra o documento da HAS e escreveu uma carta pública de repúdio à essa instituição. Com essa reação, conseguiu que os tratamentos psicanalítico e da psicoterapia institucional deixassem de ser “não-recomendados” e passassem a ser considerados apenas “não consensuais”.

⁹² Vide nota 88 sobre *Evidence Based Medicine*.

⁹³ Vide recomendação completa em: <http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Brochure+recommandations+der.pdf>, acessado em 23 out. de 2016.

Nós lutamos para que a formulação inicial mudasse e que as práticas fundamentadas na psicanálise e na psicoterapia institucional fossem somente reconhecidas como “não consensuais”, o que não pôde ser o caso para o *packing*⁹⁴ que continuou sendo “não recomendado” (TEBOUL, p. 37).

Caso não conseguissem mudar o *status* desses tratamentos como “não-recomendados”, os autistas teriam que sair dos cuidados dos setores e passariam para as instituições financiadas por algumas Associações de Pais, pois, na psiquiatria pública de setor, a psicanálise e a psicoterapia institucional são referências para o tratamento. Isso, mais uma vez, indica que a questão financeira também influencia fortemente a RBP, pois quando se recomenda um tipo de tratamento imediatamente vem junto um maior investimento do público nele.

Os serviços com ênfase psicanalítica ou de psicoterapia institucional não foram recomendados, apesar de os psiquiatras infantis assegurarem às autoridades quanto à qualidade do serviço prestado em saúde mental, afirmando que as famílias atendidas estão “extremamente satisfeitas” com os cuidados que recebem nos serviços já oferecidos na psiquiatria de setor.

Além disso, as Associações de Pais finalmente ocuparam as mídias com uma comunicação muito eficiente, sem deixar espaço um outro discurso, como o de outras associações de pais menos influentes ou dos profissionais, considerando que a grande maioria das famílias de crianças das quais nos ocupamos está, a priori extremamente satisfeita com os serviços prestados, sobretudo nos hospitais dia e nos *Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel* (CATTP) (TEBOUL, p. 37).

Esses médicos denunciam a incompatibilidade entre o que acontece na prática e as críticas apresentadas aos serviços psiquiátricos infantis e levadas em conta na RBP da HAS. A prática defendida pelos psiquiatras infantis de setor é: um tratamento institucional com equipe multidimensional e integrada com o meio familiar e escolar – prática que acontece nos serviços que têm como referência a política da psiquiatria de setor, atualmente, na França.

Os entrevistados apresentaram parte de sua experiência que ilustra as diversas iniciativas que abordam o sofrimento de forma plural. Todos eles se consideram como fazendo resistência à unicidade de uma abordagem teórica na compreensão dos fenômenos humanos, seja pela pesquisa, pelo ensino, nas instituições que trabalham, ou na clínica. “Eu considero que eu sou uma resistência por exemplo. Eu me defino um pouco assim” (ANNE, p. 59). Trata-se de uma resistência à padronização dos comportamentos, embasada por uma rede de práticas e pensadores na França. Alguns pensadores franceses foram apontados pelos entrevistados como marcantes para a resistência francesa à medicalização na psiquiatria, tais

⁹⁴ O *packing* é uma técnica de tratamento que consiste em envolver o paciente em tecidos úmidos, visando a restabelecer a imagem corporal. Essa técnica foi introduzida na França pelo psiquiatra americano Woodbury nos anos 60 e é utilizada em casos de autismo infantil e psicose (JULGNET, 2012).

como Goffmann, Foucault, Canguilhem, Lacan e Merleau-Ponty. Esses são pensadores que sugerem um questionamento da própria sociedade para pensar nos indivíduos que desviam da norma e criticam a existência de manicômios. Além da resistência na França, os profissionais franceses citaram resistências por todo o mundo e enfatizaram as nuances da resistência, expondo que mesmo um país como os Estados Unidos, que é considerado como mais propenso à patologização da vida, apresenta resistência ao DSM-V e, da mesma forma, a pluralidade de posicionamentos acontece na França e na América Latina.

A medicalização se revela nessas cenas. Na falta de tempo e espaço para lidar com conflitos e sofrimento, de modo que lançamos mão de soluções que agem diretamente no sintoma para eliminá-lo, por meio de intervenções objetivas, pontuais e de efeito imediato cada vez mais especializadas. Dessa forma, quando algo desvia da normalidade, a busca por um diagnóstico é imediata, pois essa definição garante uma indicação terapêutica adequada para a patologia. Os conflitos humanos são compreendidos como desvios da normalidade estatística. A ampliação das categorias diagnósticas nos manuais de transtornos mentais orienta os médicos na conclusão de diagnósticos, favorecendo a transformação de conflitos da vida em patologias. Os tratamentos propostos são justificados de acordo com a sua efetividade, o que corresponde ao máximo de resultado objetivo e mensurável no mínimo período de tempo. Trata-se de intervenções comercializáveis e rentáveis, pois com tais características há um preço a ser pago por um produto (a eliminação do sintoma) conhecido e assegurado a priori. Esse ambiente favorece a intensificação da medicalização da sociedade.

6.1.3 A dimensão da prática da resistência

Ao longo das entrevistas cinco dispositivos que consideramos de resistência à medicalização foram apresentados. Entre esses dispositivos três são serviços de saúde gratuitos para a população francesa: o Proteção Maternal Infantil⁹⁵ (PMI) apresentado por Davoudian, o Centro de Acolhimento Terapêutico em Tempo Parcial⁹⁶ (CATTP), apresentado

⁹⁵ “Proteção Maternal Infantil foi criada por um decreto em 2 de novembro de 1945 para lutar contra a mortalidade infantil e materna. Ela evoluiu em direção a um atendimento global da saúde da mãe, da criança de menos de 6 anos e o apoio aos futuros pais ” (PARIS 2024, 2016). O serviço é apresentado no livro de Davoudian da seguinte forma: “Nós desejamos dar conta da gravidez aqui de um outro lugar: aquele de uma pequena estrutura de proximidade, multiprofissional, comprometida com o âmbito da prevenção e no coração das questões de parentalidade com o acolhimento das famílias e de suas crianças por vários anos. Vocês a devem ter reconhecido: esta é a PMI” (DAVOUDIAN, 2012, p. 11).

⁹⁶ O Centro de Acolhimento Terapêutico em Tempo Parcial visa a manter ou a favorecer uma existência autônoma para as ações de apoio e terapêuticas de grupo. Sua missão é definida pelo decreto legislativo de 14 de março de 1986 do código de Saúde pública (INIAL, 2016).

por Anne, e o Serviço de Acolhimento para Bebês⁹⁷ (SAB), apresentado por Adrien. Os outros dois dispositivos de resistência são o coletivo *Pas de Zéro de Conduite pour les Enfants de Trois Ans*⁹⁸ (PDC), apresentado por uma de suas fundadoras, Marie Laure Cadart, e a Associação de Psiquiatras Infantis do Setor Infanto-juvenil⁹⁹ (API), apresentada pelo seu presidente, Roger Teboul. Nessa constelação destacaremos o modo como a resistência à medicalização se mostra nesses equipamentos.

Todos os serviços apresentados têm como público-alvo as crianças e buscam garantir a prevenção preveniente, não preditiva, assegurando um atendimento singularizado para seus usuários, de modo que a história de cada pessoa cuidada seja levada em conta. Os dois grupos de articulação política – PDC e a API – afirmam que sua principal função é manter-se vigilantes a situações que ameacem a qualidade do atendimento às crianças no campo da saúde.

Proteção Maternal Infantil

O mais antigo dos serviços apresentados é a PMI, que surge após a Segunda Guerra Mundial, voltada para um trabalho de prevenção, por meio do acompanhamento de gestantes, de crianças de zero a seis anos e para a detecção de atrasos no desenvolvimento infantil que poderiam ser decorrentes do contexto do pós-guerra, como a desnutrição, entre outros fatores.

O país estava muito destruído, tinha crianças carentes com desigualdade na área da saúde, muito problema. A PMI estava voltada para retomar uma prevenção para criança: tomar vacina, cuidar da alimentação, do crescimento da criança, porque tinha muito caso de desnutrição. O propósito era de acolher a criança e a gestante também. [...] No início não tinha muitos médicos, eram mais enfermeiras. Mas tinha muito esse lado do social. Como tinha muita criança abandonada, tinha muito problema. Tinha a assistência social para também ajudar as famílias para quem não tinha mais casa, que vivia numa situação de desemprego. Aquela confusão depois da guerra. [...] Um lado até que seria de vigilância social porque diziam “as mulheres devem ir aí para acompanhar a gravidez”, e a gente vai dar um dinheiro para alocação familiar, uma bolsa família para incentivar as pessoas a acompanhar a gestação e a saúde da criança (DAVOUDIAN, p. 95).

⁹⁷ SAB – Nome fictício para garantir o sigilo do profissional.

⁹⁸ O coletivo *Pas de Zéro de Conduite pour les Enfants de Trois Ans* apresentado no capítulo anterior sobre os coletivos de resistência à medicalização na França.

⁹⁹ A Associação de Psiquiatras Infantis do Setor Infanto-juvenil se apresenta em seu site como um dispositivo que reúne os psiquiatras infantis que exercem a profissão no serviço público de saúde. “Desde a sua criação, ela permite intercâmbios e uma reflexão entre profissionais da psiquiatria para crianças e adolescentes, na prática clínica de prevenção e de tratamento” (ASSOCIATION DES PSYCHISTRES DE SECTEUR INFANTO-JUVÉNILE, 2016, tradução nossa). Mais de 400.000 crianças e adolescentes recorrem ao serviço público de saúde mental por ano e os profissionais buscam se apoiar em dados científicos, nas ciências humanas e nas neurociências para responder a esta demanda com atividades terapêuticas (API, 2016). Mais informações em <http://www.api.asso.fr/> <<http://www.api.asso.fr/>>.

A obrigatoriedade de passar pelo acompanhamento no início dessa instituição, era uma forma de vigilância social. “E até agora ainda permanece essa ambiguidade que está sempre na prevenção: acompanhar, apoiar, mas também vigiar” (DAVOUDIAN, p. 96). Atualmente, o público atendido continua o mesmo.

Davoudian conta que o fluxo na PMI é iniciado com a marcação de consulta no início da gestação; a gestante é atendida lá até o sexto mês da gestação, momento em que é encaminhada para o hospital em que terá o bebê. No pós-parto, a criança passa a ser acompanhada por um pediatra da PMI, até a criança completar seus seis anos. O objetivo dessa instituição, no pós-Segunda Guerra Mundial, era proteger e acompanhar a população vulnerável.

A PMI, a API, o CATTP e o PDC defendem o trabalho em equipe multiprofissional como uma condição para abordar as problemáticas humanas. A PMI está em toda a França, busca atingir todas as classes sociais sendo gratuita e está inserida na política de psiquiatria de setor, que preconiza a territorialização dos serviços públicos de saúde, modelo no qual o CATTP se insere e é defendido pela API, que surge em um momento em que a política pública de setor em saúde mental encontra-se ameaçada.

Desde o início, o serviço da PMI é constituído por equipe multidisciplinar. Conta com médico pediatra, enfermeira pediátrica, parteira, psicólogo e passou a ter ginecologistas após a instauração do serviço de planejamento familiar. Os pediatras cuidam das crianças dando vacinas e realizando exames corporais. As enfermeiras pediátricas se encarregam das questões do laço mãe-bebê e ensinam os cuidados com de higiene com o bebê, amamentação, como carregar o bebê etc. A parteira cuida dos assuntos relacionados ao parto e o ginecologista se detém no acompanhamento pré-parto e no planejamento familiar (prevenção sexual). Davoudian trabalha em mais de uma PMI e tem duas consultas agendadas por semana em cada uma das instituições. Entre as atividades de médica na PMI, estão as consultas ginecológicas, as entrevistas de quarto mês de gestação e os grupos de conversa. A entrevista de quarto mês de gestação consiste em uma consulta destinada exclusivamente para a escuta da história da gestação. Para a entrevistada o coração da equipe é a enfermeira pediátrica, que com sua formação pode acolher o bebê e observar o laço mãe-bebê. No início, havia assistentes sociais na equipe que tinham como função principal pensar em soluções para as crianças abandonadas na guerra e ajudar as famílias que não tinham casa ou estavam em situação de desemprego. Esse profissional não faz mais parte da equipe multidisciplinar da PMI, o que mostra a perda do caráter social dessa instituição.

Centro de Acolhimento Terapêutico em Tempo Parcial

O *Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel* (CATTP)¹⁰⁰ também conta com equipe multidisciplinar. O serviço recebe crianças encaminhadas por médicos por conta de dificuldade de aprendizagem, comportamentos agitados, agressivos e uma “certa destrutividade”. Anne relata que nesse serviço os profissionais compreendem que “elas (as crianças encaminhadas) têm uma falta de segurança interna. Existe uma falta da introjeção do objeto interno e, então, elas são sempre muito rapidamente ameaçadas pela descontinuidade” (Anne, p. 3). Os profissionais observam que, quando as crianças chegam ao serviço, elas ainda não estão preparadas para entrar em um processo de psicoterapia. Muitas das crianças sentem-se ameaçadas pela relação dual própria da psicoterapia, elas têm dificuldade de ficar em um grupo terapêutico por uma hora. A instituição respeita o tempo das crianças.

As crianças que frequentam o CATTP estão no ensino fundamental I. Quando passam para o fundamental II, já não podem participar. Lá trabalham com pequenos grupos, nunca mais do que seis crianças, durante meio período, de uma a duas vezes por semana no horário da escola. Tal frequência favorece a experiência de viver o intervalo entre os encontros durante a semana e isso ser suportável, pois contam com a previsibilidade de que o próximo encontro ocorrerá em breve. Eles recebem de 16 a 18 crianças por ano. Cada grupo participa de ateliers e de grupos terapêuticos, promovidos por uma equipe multidisciplinar: psicólogos, educadores, psicomotricistas e fonoaudiólogos, o que possibilita diversos modos de mediações. É realizado um planejamento individualizado para cada criança. O acompanhamento terapêutico acontece em parceria com a escola, com a família e o médico.

Então o trabalho com essas crianças é o trabalho de “envelope” (continência) institucional. Existe um grupo terapêutico de 45 minutos, por exemplo, o grupo do tipo marionete, e tem a continência externa que é o CATTP, que pode acolher as crianças se elas não podem suportar ou se elas são obrigadas a sair. Assim, este é um dispositivo que ajuda muito essas crianças. E o fato também de que eles estejam em grupo – isto é muito importante – porque tem todo um trabalho com os pequenos outros. Elas se apoiam principalmente nos outros. Assim, algumas vezes no registro da imitação e em seguida da identificação (ANNE, p. 52).

O CATTP conta com a rede da criança para dar a continência necessária. São realizadas aproximadamente duas ou três reuniões por ano entre o CATTP, a escola e o médico responsável pelo caso. A rede externa também é importante para garantir que aconteça um acompanhamento anterior e posterior ao serviço, considerando que em algum momento essa criança parará de frequentar o CATTP e, assim, estará amparada.

¹⁰⁰ Existem 10 Centros no departamento da Ile de France onde fica a cidade de Paris (FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, 2011) onde vivem todos os entrevistados.

Serviço de Acolhimento de Bebês

O terceiro equipamento apresentado nas entrevistas é o Serviço de Acolhimento de Bebês (SAB): um espaço para brincar gratuito destinado a crianças de até três anos, que devem estar acompanhadas de um adulto para participar do espaço. As duplas de criança e adulto são recebidas por psicólogos dentro do horário determinado de acolhimento. Os adultos levam os bebês para brincar nesse espaço de modo anônimo. Não há necessidade de se identificar e nem de haver uma demanda de cuidado, ou uma demanda formulada para frequentar o espaço. Os adultos responsáveis não sabem necessariamente que os acolhedores são psicólogos. Por ser uma espécie de brinquedoteca de bebês e um local onde as pessoas escolhem ir sem horário marcado, o enquadre favorece a percepção de que este não é um lugar de avaliação de saúde, diagnóstico ou tratamento. Trata-se de um espaço onde não é necessário justificar o porquê de vir. “Provavelmente eles vêm buscar algo, mas eles não precisam necessariamente expressar isso. Eles podem se desejarem mas é um lugar de acolhimento convivial, anônimo e gratuito” (ADRIEN, p. 81). Alguns cuidados são tomados para garantir a qualidade do trabalho, tais como o estabelecimento de um número máximo de participantes por horário e um espaço de supervisão com os profissionais logo após cada acolhimento, de modo que seja possível construir um saber em grupo e compreender quais os novos desafios e demandas para o serviço.

Os três serviços apresentados têm como característica fundamental o olhar para o singular e a não padronização dos procedimentos a serem realizados com cada um dos pacientes. Além disso, eles consideram o contexto da criança para pensar na sua saúde e trabalham na perspectiva da prevenção preveniente. Tais características são pontos centrais defendidos pela API e pelo *Pas de Zéro de Conduite*, ambos constituem-se como movimentos que congregam a luta por garantir essa qualidade nos serviços.

Associação de Psiquiatras Infantis do Setor Infanto-juvenil

A Associação de Psiquiatras Infantis do Setor Infanto-juvenil (API) foi fundada em 1984 com o objetivo de defender a política da psiquiatria de setor e as ideias dos psiquiatras infantis dentro da especialidade geral da psiquiatria. Para o presidente da Associação, a psiquiatria infantil é a especialidade que parece se posicionar mais afirmativamente, no que diz respeito à resistência ao processo de patologização da vida e ao aumento de categorias

diagnósticas. Os psiquiatras infantis buscaram uma diferenciação dos psiquiatras gerais, visando a garantir que as vozes de ambos os grupos fossem ouvidas, considerando que eles tinham posicionamentos políticos divergentes. A API é fruto dessa busca pela distinção dos dois grupos.

Entre as missões da API está a especificação das funções e valores da psiquiatria infantil de setor infanto-juvenil.

A API está na defesa do setor da psiquiatria infantil pública, da forma como ela é exercida no país com os seus fundamentos que são a psicanálise, a psicoterapia institucional, a defesa do setor como uma organização sanitária e com uma certa visão da infância (TEBOUL, p. 43).

Atualmente, na França, existem, aproximadamente, 1.600 psiquiatras infantis, dos quais 250 são membros da API. Trata-se de uma associação profissional exclusiva dos psiquiatras infantis de setor e que, portanto, se debruça sobre a organização e a clínica da psiquiatria infantil pública. Esse grupo de profissionais trabalha principalmente nas abordagens de psicoterapia institucional e psicanálise. A API promove alguns espaços de formação para seus associados ao longo de toda a França, focando, sobretudo, em espaços de discussão clínica sobre o fazer da psiquiatria infantil no sistema público de saúde. A anuidade é de 50 euros, que dá direito a receber as revistas “*Lettre*”, produzidas semestralmente pela Associação. Teboul é o quarto presidente da API. Ele está nesse posto há três anos e busca identificar estratégias que garantiriam maior poder de ação para defender as causas da Associação na sociedade. O psiquiatra acredita que é necessário fazer com que as pessoas conheçam a API e sua luta pela qualidade de tratamento em saúde mental. A transmissão de conhecimento entre gerações é uma preocupação central do presidente da Associação, que tem como maior valor a psiquiatria de setor.

Então não contamos com psiquiatras cognitivo-comportamentalistas na API. Mas pensamos bastante na questão da transmissão de nossas práticas à jovem geração de psiquiatras, que não cederam ao chamado¹⁰¹ do cognitivo-comportamentalismo. Nós estamos tentando nos abrir porque pensamos que estamos ficando velhos e vamos morrer e tudo estará terminado se não pensarmos no prosseguimento do trabalho. Se queremos pensar no futuro, é preciso abrir-se e dialogar (TEBOUL, p. 43).

Os modelos de sistema de saúde defendido tanto pela API quanto pelo *Pas de Zéro de Conduite* e a PMI são modelos de descentralização do poder tanto no serviço como na rede de serviços, tal como a psiquiatria de setor. As PMIs de toda França têm a mesma missão¹⁰², a

¹⁰¹ A expressão “Aux sirenes- às sirenes” foi traduzida por chamado.

¹⁰² A missão da PMI segundo o artigo L2111-1 que foi modificado pela Lei 2005-706 2005-06-27 art. 13 1º JORF 28 junho 2005 é: “1- medidas de prevenção médicas, psicológicas, sociais e de educação para a saúde a favor dos futuros pais e crianças; 2 -Ações de acompanhamento psicológico e social das mulheres gestantes e de mães jovens de famílias, particularmente as mais pobres (démunies); 3- Ações de prevenção e de detecção de

qual está prevista na lei, mas cada PMI define as suas prioridades, enfatizando a ação que considerar mais importante para o seu território. A descentralização permite perceber as necessidades de um contexto e corresponder a ela dentro do serviço. Esta é uma das bases do modelo de psiquiatria de setor. No momento em que a API foi criada, acontecia a reorganização dos hospitais, que visava à descentralização do poder na instituição.

Nós tentávamos imaginar uma nova forma de governar o hospital (algo diferente do que acontece hoje, que todos os poderes estão nas mãos de um só diretor que é um gestor administrativo). Nesta época refletíamos para chegar a um modo democrático de pensar a governança hospitalar criando assim departamentos que reuniram diversos serviços e onde o chefe do departamento deveria ser eleito. Os psiquiatras infantis criaram a API para fazer um grupo de pressão que os representasse, a fim de que nos departamentos, a psiquiatria infantil, bem minoritária, não fosse inteiramente absorvida pela psiquiatria geral. Portanto, a ideia era simplesmente fazer escutar a voz dos psiquiatras infantis que não têm as mesmas preocupações que os psiquiatras de adultos (TEBOUL, p. 39).

Pas de Zéro de Conduite pour les enfants de trois ans

O segundo grupo de profissionais apresentado nas entrevistas francesas é o coletivo *Pas de Zéro de Conduite*, o qual foi analisado no capítulo anterior, assim neste espaço mencionaremos apenas o que foi exposto pela entrevistada. Marie Laure Cadart apresenta o coletivo como uma resistência à medicalização que é distinta da resistência brasileira. Ela teve contato com o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, na ocasião do congresso internacional do Fórum, no qual ela foi palestrante. A entrevistada relata que o coletivo *Pas de Zéro de Conduite* teve sua origem no sindicato nacional da PMI. Ela destaca a singularidade desse equipamento: um sindicato que defende ideias e valores presentes no trabalho realizado na PMI. Trata-se de uma defesa global do trabalho da instituição, não se restringindo a defender os direitos dos profissionais que o sindicato representa.

Quando eu deixei a PMI em 2004, Nicolas Sarkozy era o Ministro da Casa Civil (ele se tornaria em seguida Presidente da República) e ele tinha feito um projeto de lei de prevenção da delinquência, no qual estava incluído um protocolo de saúde para a escola maternal feito pelos médicos da PMI. Tratava-se de pedir aos médicos da PMI para detectar os transtornos de comportamento preditores da delinquência nas criancinhas de 3 anos. (Ação que estava inscrita) em um projeto de lei de prevenção da delinquência que se apoiava em um estudo do INSERM (Instituto Nacional de Saúde e de Pesquisa Médica) intitulado “O transtorno de conduta”, em que estava estabelecida uma relação entre o transtorno de conduta nos pequenos (ainda seria

deficiências das crianças de menos de seis anos assim como de orientações para as famílias sobre como dar suporte para crianças com necessidades especiais. 4- A vigilância e o controle dos estabelecimentos e serviços de acolhimento das crianças de menos de seis anos, assim como o controle, a vigilância e o acompanhamento dos assistentes maternos mencionados no artigo L. 421-1 do código da ação social e das famílias” (CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2005, tradução nossa).

necessário estar de acordo com a definição) e os problemas de delinquência mais tarde (CADART, p. 2).

Essa relação entre os âmbitos da saúde e da segurança incomodou os médicos do sindicato da PMI, do qual Cadart fazia parte, porque seriam eles os executores desse entrelaçamento entre segurança e saúde. Segundo o projeto de lei, cabia aos médicos da PMI elaborar o protocolo que seria utilizado para a detecção precoce da delinquência. No entanto, eles se recusaram a fazê-lo, pois se o fizessem estariam concordando com o fato de os médicos serem utilizados como instrumento pela polícia. O coletivo *Pas de Zéro de Conduite* nasceu por meio desse ato, que marcava um posicionamento dos profissionais que não concordavam com o conceito de transtorno de comportamento que estava sendo utilizado e tampouco com os tratamentos e soluções indicados nesse projeto.

Para formalizar a posição de resistência, o grupo de médicos elaborou uma petição e percebeu que deveria se unir com outros profissionais como psicólogos, psiquiatras e psicanalistas para que o movimento tivesse mais força. Esses profissionais também estariam envolvidos na execução da lei, considerando que eles seriam os responsáveis pelo tratamento que deveria se dar de acordo com o que era previsto no projeto da mesma. Para Cadart, o movimento tomou grandes proporções em um espaço tão curto de tempo porque a problemática era dirigida a toda a população. Tratava-se de uma ação profissional e também cidadã. As creches, a educação nacional e as escolas infantis se uniram, contribuindo com reflexões que giram em torno dessa luta. O número de assinaturas atingido pressionou o governo a retirar o projeto de lei e este foi transformado. O PDC está inserido em outros campos, que dizem respeito à primeira infância, como educação.

A principal função do *Pas de Zéro de Conduite* é a observação atenta ao que se passa na sociedade, para reagir defendendo a qualidade dos serviços para as crianças. Essa reação acontece de duas formas: no âmbito do pensamento e por meio da promoção de encontros presenciais, fóruns que permitam a articulação dos profissionais em redes. De modo que cada serviço poderia individualmente constituir uma pressão para as políticas do governo.

Para resumir, nós nos tornamos uma força de oposição no nível do pensamento, especificamente de vigilância, ou seja, nós somos vigilantes a cada vez que acontece um ataque no nível dos cuidados das crianças no sentido amplo (CADART, p. 5).

E bem, é de estar no lugar de vigilância em relação às crianças, à prevenção precoce, ou seja de identificar um pouco o que acontece na sociedade e de reagir, principalmente: 1) difundindo pensamento com os textos etc. 2) o fórum foi um lugar para que as pessoas se encontrassem, isso é muito importante; trocar e se encontrar. E portanto que eles pudessem individualmente ser, eles mesmos, um meio de pressão lá onde eles estão, um pouco por toda a França (CADART, p. 13).

Enquanto movimento de articulação políticas, a API mantém uma estrutura hierárquica de gestão, o que não acontece no PDC. “O *Pas de Zéro de Conduite* ficou um coletivo, ou seja, que não é uma associação, não fomos constituídos como associação com presidente etc. Para ficar de uma forma mais leve como funcionamento” (CADART, 20). Trata-se de um grupo de pessoas que se reúnem em ocasiões pontuais: “somos pequenos em relação a esses lobbies, mas temos um saber e somos numerosos” (CADART). O coletivo não tem subsídios privados ou do governo, é autônomo e busca ter uma organização móvel, sem hierarquia ou sede física. Cada membro do coletivo atua a favor dos ideais do coletivo à sua maneira, podendo estar no âmbito da formação de profissionais ou na prática clínica. Tal mobilidade favorece a penetração dessa luta na sociedade.

O PDC é parceiro da API na defesa da pluralidade de práticas em saúde mental. Na mesma direção, os serviços mencionados lutam cada um a seu modo para continuarem garantindo um serviço de qualidade para seus usuários, o que não significa estar de acordo com o que está sendo estipulado como de qualidade pelos órgãos governamentais. Um dos pontos principais de resistência dos serviços é a garantia de espaços de reflexão dentro da instituição, o que não é considerado essencial na avaliação dos financiadores dos projetos. O espaço de supervisão não traz maior rentabilidade para o serviço. API, PMI, PDC buscam garantir espaços de pensamento sobre a prática para os profissionais da saúde. Os três serviços apresentados PMI, SAB e CATTP, têm espaços de supervisão em grupo da equipe assistencial e os três entrevistados consideram este um momento essencial para sustentar o trabalho desenvolvido nessas instituições.

A possibilidade de reflexão sobre a prática é um dos pré-requisitos para a prevenção preveniente (conceito sugerido pelo *Pas de Zéro de Conduite*), que não prediz e não fixa as crianças em características fixas, sempre considerando na avaliação do profissional o horizonte do tempo em que o futuro está indeterminado. Conforme apresentado acima, os três serviços têm como característica a prevenção preveniente e se posicionam radicalmente contra a prevenção preditiva, assim como o PDC e a API. O trabalho da PMI e do CATTP corresponde à missão da API de aliar prevenção e tratamento, além de garantir a educação sobre a saúde, e tem suas intervenções centradas tanto no paciente, quanto na família e no contexto em que vivem. A API tem como missão “aliar de modo estrutural prevenção e tratamento” (TEBOUL, p. 41).

É interessante ter essa missão (educação da população) em mente mas no serviço em que eu trabalho estou mais comprometido com a prevenção centrada na pessoa e não com um programa de prevenção que deveria concernir toda população. Quando fazemos psiquiatria infanto-juvenil efetivamente concordamos entre nós que, se nós

tratamos precocemente, evitamos que os sintomas se instalem permanentemente ou que os distúrbios que constatamos se agravem. Então, os nossos tratamentos se tornam também ações de prevenção secundária. E isso é completamente constitutivo de nossas intervenções, que são centradas tanto na pessoa doente e na sua família quanto na periferia. Isso porque a psiquiatria de setor é também levar em conta o contexto em que vive o paciente, em primeiro lugar sua família e não mais excluí-lo, hospitalizando em asilos (TEBOUL, p. 42).

O trabalho centrado na pessoa é característica de todos os dispositivos. Davoudian compara o trabalho da PMI com o trabalho dos artesãos, destacando a ênfase dada para a história singular de cada paciente atendido e o esforço de garantir um cuidado sob medida, não padronizado. No CATTP e no SAB há essa mesma preocupação, que é defendida pelo PDC e pela API. A proximidade com a história dos pacientes é o que permite o trabalho de artesão, o olhar do um a um possibilita pensar em intervenções para cada uma dessas pessoas na medida da vida delas, dentro do horizonte de sentido de cada um.

Portanto os dois grupos de profissionais articulados politicamente tanto na API quanto no *Pas de Zéro de Conduite*, lutam pela permanência de algumas características dos serviços apresentados que estão perdendo espaço para outras ideias dominantes. Defender a existência dessas características é defender a pluralidade e resistir a um movimento dominante. Os valores que encontramos nos serviços também estão de acordo com a ideia de prevenção preveniente, o atendimento singularizado e o trabalho em equipe multiprofissional.

6.2 PRINCIPAIS PILARES DE SUSTENTAÇÃO DA RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO NA FRANÇA

Encontramos quatro constelações que expressam o movimento de crítica e de superação ao fenômeno da medicalização. Denominamos tais constelações como: pilares de sustentação da resistência que enfrentam os principais fundamentos do processo de medicalização apreendidos nesta pesquisa: 1) a concepção de homem como possibilidade de ser, entendendo que ele está sempre aberto para as possibilidades que se apresentam no futuro indeterminado, resiste à cristalização de um diagnóstico; 2) a pluralidade de múltiplas práticas e métodos de pesquisa coexistindo de forma a contrapor o monismo metodológico; 3) a construção de redes enquanto estratégia de enfrentamento à individualização/biologização das problemáticas humanas; e 4) as intervenções multifocais, com cuidado multidisciplinar, considerando o contexto social, cultural e político dos usuários como enfrentamento à hiperprescrição de medicamentos pautada por interesses financeiros na área da saúde.

6.2.1 Concepção de homem enquanto ser em construção, aberto para novas possibilidades

O processo de medicalização se revela no modo determinista, preditivo, cristalizante de conceber diagnósticos, que aprisiona o sujeito ao rótulo destes. O acontecimento de receber um diagnóstico tem efeitos importantes, tanto de libertação para escolher qual tratamento será realizado, quanto de aprisionamento quando o nome da doença determina um certo prognóstico e com isso a previsão do futuro daquele sujeito. A busca pela classificação dos sintomas em um diagnóstico é uma das principais demandas dos pais para o profissional da saúde. Os entrevistados observam que os pais, em meio à angústia do adoecimento de um filho, buscam uma resposta fechada, que os guie para um tratamento preciso assegurando que o filho seja tratado.

Mas eu nunca dou um diagnóstico sem uma perspectiva terapêutica. Portanto geralmente há um grande alívio por parte das crianças e das famílias quando eu consigo explicar o que têm. (LOUISE, p. 69).

Outro efeito importante de se ter um diagnóstico está no âmbito político, dos direitos.

Se somos reconhecidos como um “dis”, se estamos inscritos na MDPH, teremos assim mais tempo para fazer uma prova, já que, por exemplo, se uma criança por conta da sua deficiência tem dificuldades de escrita, a MDPH poderá financiar um computador, com o qual é mais fácil de escrever sem cometer erros e será também demandado que o professor seja indulgente na correção da ortografia dessas crianças. Isso também é decorrente da deficiência, e assim é entendido que a criança não é responsável por essas dificuldades e não faria sentido julgar sua performance nesse âmbito. Portanto, é um modo bastante particular de enxergar a criança, em que a questão do sujeito em sua integralidade se coloca (TEBOUL, p. 36).

Os entrevistados comentaram, principalmente, sobre o diagnóstico de TDAH, dado que este foi citado como exemplo do processo de medicalização na presente pesquisa. Eles questionaram a própria definição do diagnóstico de TDAH, afirmando que, antes de discutir o modo como se chega a ele e os tratamentos disponíveis, seria necessário concordar com a definição da patologia. “Sim, o TDAH não é uma doença, é uma construção para o DSM” (CADART, p. 22). A hiperagitação das crianças pode ser relacionada apenas ao modo como elas reagem ao modelo que recebem da sociedade atual, que é, ela mesma, agitada e violenta sem ser, por isso, considerada uma patologia.

Eu penso que nossas sociedades são violentas, e agitadas, então, enfim, as crianças também são, podem ser mais agitadas e mais violentas porque elas estão dentro da nossa sociedade, que é muito violenta e agitada. Mas nós não pensamos jamais em agir sobre a causa... em refletir por que a sociedade é mais violenta e agitada. E eles fazem as crianças se acalmarem sem refletir sobre o contexto da sociedade (VERONIQUE, p. 93).

Caso houvesse um acordo sobre a definição do TDAH como uma patologia a ser diagnosticada, outro desafio se apresentaria: como detectar seus sinais e sintomas para fechar esse diagnóstico? Os manuais de classificação de doenças mentais sugerem modos objetivos de se chegar ao diagnóstico destas, de forma que os comportamentos a serem percebidos são precisamente definidos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM) é apresentado pelos entrevistados como sendo mais determinista nas suas concepções diagnósticas e prognósticas do que a *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*¹⁰³ (CFTMEA), que é a classificação produzida por um grupo de psiquiatras infantis franceses.

A CFTMEA é uma classificação fundada nos conceitos psicodinâmicos e que leva em conta o contexto no qual os sintomas estão inscritos. Existem dois eixos: o eixo dos distúrbios e o eixo de contexto; e esses dois se cruzam numa perspectiva desenvolvimental do indivíduo (criança ou adolescente) que é um ser em formação. Nós reencontramos esses dois eixos na Classificação Internacional de Doenças (CID) e no DSM, em menor proporção. E tem realmente uma questão a ser resolvida sobre a qual ninguém chega a um acordo – e eu a considero interessante como zona de resistência – que é a classificação para crianças de 0-3 anos (a psicopatologia para a pequena infância) (TEBOUL, p. 48).

A psiquiatria infantil foi apresentada como tradicionalmente mais resistente à medicalização do que outras especialidades e um dos motivos para ter essa característica é a dificuldade de categorizar uma criança dentro de um diagnóstico em saúde mental fechado.

De fato, o que salva a psiquiatria infantil é a dificuldade que temos de considerar uma criança como “ferrada”¹⁰⁴. Não podemos falar de cronicidade da mesma forma que os psiquiatras adultos. Quanto à questão do tratamento, uma coisa é evidente: os pais na França não querem que seus filhos absorvam psicotrópicos porque eles consideram que os medicamentos não são insignificantes (neutros) e podem ser perigosos (TEBOUL, p. 49).

No entanto, mesmo essa especialidade médica tendo fundamentos para não ser determinista, algumas práticas consideradas objetivantes e aprisionantes do sujeito, como a aplicação de escalas de comportamento, são observadas com frequência pelos entrevistados. No Centro Médico Psicológico, onde trabalha Veronique, muitos profissionais enviam um questionário chamado *Conners* para as escolas, para os professores preencherem, e o utilizam como principal instrumento diagnóstico. “(O questionário) é puramente comportamental. Enfim, unicamente sobre os comportamentos, um questionário que os médicos pedem para os professores preencherem, professores que não conhecem nada de psicopatologia” (VERONIQUE, p. 88). Ela se posiciona no serviço dizendo que essa escala é completamente

¹⁰³ Ver nota de rodapé 4 na Introdução

¹⁰⁴ “*Foutu*” podemos traduzir também por “sem futuro”.

inapropriada e não a utiliza, pois entende que isso reduz a complexidade do sintoma, que vai além dos comportamentos, fatores que devem ser considerados para fechar um diagnóstico.

Podemos ter as escalas para avaliar certas coisas, mas a primeira coisa a fazer é escutar o que a criança tem a nos dizer. Se desconsideramos a dimensão biológica, deixamos algo escapar, e se não escutamos o psiquismo e o que a criança e os pais têm a nos dizer, e pedimos que preencham escalas de avaliação, isso também não funciona (LOUISE, p. 71).

A objetivação dos sintomas traz a compreensão de que todos os fenômenos humanos são entendidos como encerrados no que é observável deles, no comportamento.

Não se trata de uma questão de esquerda/ direita, é uma questão de sociedade, de evolução da sociedade que quer normalizar todo o mundo e que não leva em conta o “inconsciente”, que nega o “inconsciente”. É evidentemente algo grave. Para mim, essa é minha interpretação, eu não sou a única (CADART, p. 12).

Com a compreensão objetiva buscam-se tratamentos objetivos: a intervenção a ser realizada corresponde à compreensão que se tem do que consiste a patologia. A escolha por abordagens com resultados rápidos e visíveis favorece que a criança seja “reduzida” ao seu comportamento, isto é, que as problemáticas da criança sejam compreendidas como puramente comportamentais.

O movimento de resistência se construiu em cima disso, sobre o fato de que era necessário ter resultados quantificáveis e rápidos quando as crianças apresentavam alguns transtornos, reduzindo a criança unicamente a seus comportamentos para que ela não incomode e, além disso, predizendo o que faz ela correr o risco de tornar-se delinquente. Isso queria dizer que se reduzia totalmente a criança ao seu sintoma, ao seu comportamento, e que não se tentava decifrar¹⁰⁵ qual era a significação desse comportamento. Existia aí algo de muito redutor (CADART, p. 6).

No caso do projeto de lei que visava a prevenir a delinquência juvenil, ao predizer que a criança corre o risco de ser delinquente, por exemplo, estamos reduzindo a infância ao sintoma observado, o comportamento em si esgotaria a compreensão.

Nessa perspectiva de compreensão, os tratamentos sugeridos para os sintomas comportamentais das crianças vão se tornando cada vez mais especializados e têm como princípio a eliminação do comportamento indesejado, que é entendido como a fonte do sofrimento.

“Ele morde? Não tem problema, nós vamos ter um site mordedor.com e ainda dedutível dos impostos”. Isso quer dizer que você emprega alguém para te ajudar, por exemplo, um reforço escolar em casa e, além disso, você vai poder deduzir esses custos do imposto de renda. É realmente uma sociedade de serviços que se instala (CADART, p. 14).

¹⁰⁵ Traduzimos “*decrypter derrière*” por decifrar.

Os entrevistados criticam essa compreensão objetivista do sofrimento e alguns deles sugerem que sempre devemos partir da ideia de que há a codeterminação entre fatores biológicos e afetivos. “O que eu acredito é que devemos, antes de dizer “é biológico”, ter a exigência de ir buscar o que aconteceu durante o holding, e isso de maneira muito precisa” (ADRIEN, p. 83).

Sou uma partidária fervorosa da importância da dimensão biológica, ou seja, que existem crianças que têm dificuldades no que diz respeito a sua instrumentação, que têm dificuldades genéticas, seu cérebro tem dificuldades de desenvolvimento. E se não levarmos isso em consideração desconhecemos uma parte do problema [...] Se desconhecemos a dimensão biológica deixamos passar algumas coisas e se não escutamos o psiquismo e o que a criança tem para nos dizer assim como os pais, também não funciona. Portanto, eu me encontro em uma posição bem minoritária na França... onde as duas coisas têm uma importância ao mesmo tempo (LOUISE, p. 70).

O modo de chegar a um diagnóstico é apresentado como um fazer que carece de grande cuidado por parte do profissional da saúde, sendo essa postura de cuidado uma resistência ao processo medicalizante do diagnóstico. Os entrevistados compreendem que na busca por um diagnóstico a ponderação e a consideração das diversas dimensões do ser humano são essenciais para não haver uma predição aprisionante.

Então em geral o que eu faço é que eu escuto a história da criança: quando eu vejo uma criança sozinha eu olho o que ela me diz dos seus sintomas, depois eu a recebo com os pais e escuto a história dos pais; eu retomo o desenvolvimento com mais precisão desde a concepção até a idade atual, em seguida eu pergunto quais foram os protocolos realizados; vejo quais são as minhas hipóteses e testo esta hipótese, se necessário peço protocolos suplementares (LOUISE, p. 67).

Alguns entrevistados não se sentem representados pelos coletivos estudados, pois entendem que não há ponderação entre a dimensão biológica e psicológica. Consideram que o *Pas de Zéro de Conduite* nega o lado biológico e isso os faz não assinar sua petição. Apesar de observar que há excesso na maneira como medicamentos são indicados para as crianças, há o entendimento de que esses movimentos se tornam radicais tendendo para o outro lado, valorizando a dimensão subjetiva em excesso e se posicionando de maneira tendenciosa. Junto com isso, compreendem que a nova geração de profissionais psicólogos e psiquiatras consegue unir os conhecimentos da neurociência e da psicodinâmica com mais facilidade.

eu tenho muita esperança nesta nova geração que tem uma... que não conheceu os mesmos balanços entre o “tudo-biológico” e o “tudo psiquiátrico” depois o novo “tudo biológico”, e que está curiosa para ter as ferramentas mais precisas possíveis para compreender sua clínica. Então eu vejo muitos jovens psiquiatras, ao menos os que vêm ao meu seminário, que são interessados por isso, e eu acho que, se os formamos corretamente, eles terão uma curiosidade recíproca entre as disciplinas, nós conseguiremos conceber algo que não seja nem “tudo biológico” nem “tudo psicodinâmico”, que não são suficientes sozinhos. Então eu tenho bastante esperança e sou naturalmente otimista com relação à nova geração (LOUISE, p. 73).

Além da demanda dos pais para o profissional da saúde por um diagnóstico que aponte para um tratamento e prognóstico, há a demanda de escuta do sofrimento, das condições para uma possível elaboração psíquica de situações difíceis. Neste caso, a busca pelo profissional da saúde é também para alívio do sofrimento, mas não opera na lógica da sua eliminação. Esse tipo de demanda de escuta sem uma ação imediata é observado, principalmente, na gestação. Dessa forma, quando se trata das próprias angústias frente ao indeterminado do futuro e da capacidade de dar conta dos cuidados com o filho, a busca é por um espaço aberto em que essas inquietações caibam e possam trazer reflexões, sem terem que ser consideradas patológicas. Tal abertura é própria de uma relação horizontal, em que não é necessária uma hierarquia de ensinamento, sendo um detentor do saber e o outro, o que deve aprender. A seguir apresentaremos algumas práticas dos entrevistados que funcionam na dinâmica de aproximação em relação ao sofrimento e possibilidade de abertura para novas possibilidades, compreendendo que estas são formas de resistência para a fixação de um diagnóstico e cristalização do sujeito nesse rótulo.

Na PMI, a história da família é acompanhada desde a gravidez até os seis anos de idade da criança. Assim, trata-se de um serviço que acompanha o processo da família no período de nascimento de um filho. “Somos arquivistas da história de uma família, isto é muito importante” (DAVOUDIAN, p. 117). Algumas práticas dentro da PMI favorecem a proximidade, que garante a não cristalização da condição de dificuldade, social ou biológica, apresentada pelas pacientes nos atendimentos. A visita domiciliar realizada pelas enfermeiras pediátricas, psicólogos e parteiras em casos que se enquadrem nos critérios de vulnerabilidade (ficar muito tempo sozinha, isolada, ter muitos filhos, serem mães jovens, mulheres que não tenham laços próximos que garantam continência, ruptura cultural etc.¹⁰⁶) garante o pensamento da equipe em ações coletivas. “Pensamos que essa proximidade, que não é só geográfica, oferece uma qualidade e segurança emocional também” (DAVOUDIAN, p. 98). Essa ação favorece a compreensão de que o sofrimento está enraizado em uma certa configuração momentânea que pode ser pensada.

Outro dispositivo utilizado na PMI que favorece a não fixação em rótulos diagnósticos são os grupos de conversas. Esses grupos são realizados com gestantes, com mães de recém-nascidos e sobre o tema do planejamento familiar, que se foca na informação sobre contracepção. Eles são abertos, mensais e constituem um espaço de aproximação do

¹⁰⁶ “Uma mulher sozinha isolada, uma mulher que tem muita criança ela pode ter um problema, ela pode se sentir um pouco ultrapassada, então alguns critérios, como menores, as jovens. Então elas propõem uma visita para acompanhar para ver como está conhecer a casa, se tem perguntas para ela” (DAVOUDIAN, p.112).

sofrimento. No departamento de Davoudian compreendeu-se que, nesse momento, a prioridade de atendimento nos grupos são as mulheres imigrantes, assim eles são destinados, principalmente, para essa população. Na prática observou-se que há uma diferença importante de demanda entre as mulheres do pré-parto e do pós-parto. As participantes são encaminhadas para os grupos pelos ginecologistas e pelos enfermeiros pediátricos. Esse encaminhamento segue o mesmo critério de vulnerabilidade das visitas domiciliares. O grupo de gestantes é coordenado pela médica e pela parteira e o grupo de mães de recém-nascidos é coordenado pela médica e pela enfermeira pediátrica. Nesse serviço compreende-se que a ausência do psicólogo e do psiquiatra coordenando os grupos tem o efeito de as mulheres sentirem-se mais à vontade para compartilhar suas estranhezas com a maternidade sem correr o risco de serem julgadas como anormais, ou que tenham uma patologia que feche seu projeto de futuro. O modo de os coordenadores conduzirem o grupo de palavra também contribui para a não patologização do sofrimento. Esse engendramento percebido nos grupos oferecidos na PMI nos traz questões importantes sobre o modo como os profissionais psis têm se apresentado no campo da saúde e diz também sobre quais demandas eles estão respondendo quando são identificados pelo público atendido como formatadores.

Acho que a gente deve ser menos intrusivo num grupo, porque não é um grupo de aprendizagem, não é um grupo de educação e saúde. Tem que ser um grupo bem aberto deixar falar, a fala chegar, saber fazer algumas perguntas pouco intrusivas, mas perguntas que vão abrir alguma coisa. O que eu acho interessante é que cada uma das profissionais presentes já tem um laço que podemos chamar de transferencial e conhecemos pedaços da história. Isso ajuda a fazer laços entre elas. É dessa forma que fazemos nossas intervenções dentro do grupo porque sabemos que o pedaço da história de uma tem eco com a outra (DAVOUDIAN, p.104).

Os grupos são atravessados pela demanda de preparação para o parto e para ser mãe, demandas que mostram preocupações concretas com o dia-a-dia, com a saúde e os cuidados com o bebê. “A “enfermeira pediátrica” fica mais simbolicamente do lado do bebê, eu (ginecologista) mais simbolicamente do lado da mãe, da mulher que está vendo alguma coisa acontecer no seu corpo no parto e depois do parto” (DAVOUDIAN, p. 102). Ter o foco nas questões concretas do cotidiano contribui para a “não psicologização ‘a priori’” (DAVOUDIAN, p. 104) das questões trazidas pelas participantes. Davoudian observa que, quando as pacientes desabafavam sobre assuntos delicados nas consultas com os médicos, parteira ou enfermeiros e estes, ao invés de darem um espaço de escuta, encaminhavam rapidamente as pacientes para o psicólogo, havia um fechamento para a possibilidade de fala. As pacientes compreendiam que seu sofrimento era tomado como patológico e, por isso, se afastavam sem seguir o encaminhamento. Existe uma preocupação da equipe de não delegar

para o psicólogo, rapidamente, o sofrimento que a paciente expressa em uma consulta médica. Davoudian constata que há um efeito potente ao não deslocar a escuta do sofrimento imediatamente para o psicólogo ou psiquiatra e deixá-lo aparecer com os outros profissionais.

Eu estou defendendo o acompanhamento global. Claro que a gente está preocupado, uma mulher que perde um bebê por má formação que está ainda traumatizada você acha que não, que não tem a ver com um ginecologista? Claro que ele tem a ver com isso. [...] Porque às vezes, em primeira instância, apesar do trauma, as pessoas pensam ainda que têm que fazer uma reparação do que aconteceu lá onde aconteceu, Se tratou de um evento médico, é nesse lugar que tem que ter uma reparação psíquica. Pelo menos em um primeiro instante, mas o problema é encontrar médicos que vão querer ouvir um sofrimento sem dizer logo “É muito grave então não está ao meu alcance, então vai ver um psicólogo”. Eu falo “ah vamos falar disso! Claramente aconteceu alguma coisa” (DAVOUDIAN, p. 114).

Na PMI, o encaminhamento para um psicólogo é bem sucedido após um primeiro momento de escuta nas consultas e nos grupos. “O grupo vai revirar tanta coisa interessante para ela, que ela vai experimentar como poder falar é um caminho que poderia aliviar. Então, depois do grupo a proposta de ir ver um psicólogo começa a ter um certo sentido” (DAVOUDIAN, p. 103). Assim, o psicólogo é inserido no plano de cuidado em um segundo momento, cuida dos efeitos da gestação e da chegada de um novo membro da família. Dessa forma, o serviço garante espaços direcionados para acolher o novo que brota do singular.

Nos grupos com gestantes e com mães de recém-nascidos, a situação pela qual as mulheres estão passando escancara a relação de abertura com o futuro, pois não sabemos quem será a criança que nascerá e não conhecemos o bebê que acabou de chegar ao mundo: o futuro está aberto (o que também pode ser bastante angustiante). A prevenção, dita preveniente, é um ponto forte desse trabalho na PMI: “Acho que a primeira (característica da PMI) é justamente esta ‘atenção preventiva’ que não seria nem intrusiva ou preditiva. A propósito, você sabe que temos uma expressão que diz ‘o inferno está cheio de boas intenções’, poderemos aqui dizer *boas prevenções*” (DAVOUDIAN, p. 117). Tanto nas consultas, quanto nos grupos, o espaço aberto para a fala abrange as angústias com o passado e as preocupações com os planos futuros. O modo de olhar para o sofrimento é voltado para o presente, sendo este considerado uma condição temporária que faz parte da história daquela família e pode trazer bons recursos para a vida.

Poderia dizer porque não está fechado, a gente não diz “esse grupo está feito para isso”, “esse grupo seria outro lugar”, claramente não. Falamos “vamos nos conhecer o que que está te preocupando agora? O que você quer falar?” E você vê que as pessoas começam a falar da vida dela do sofrimento, do passado, do sofrimento agora, dos questionamentos que ela tem em relação ao futuro. Ela fala da família que deixou lá no país, todas as pessoas que fazem faltam. Então nada que vem é do universo médico, não (DAVOUDIAN, p. 107).

As mulheres se veem menos impossibilitadas de se mover em direção aos próprios

sonhos. Ao falar sobre os planos futuros e responder às interpelações feitas pelo grupo, acontece um impulso, um primeiro passo para a realização deles. Davoudian compreende essa potencialização como fruto de um suporte narcísico do grupo:

acho que é mais um suporte narcísico, mais dizer “porque você não teria capacidade de mobilizar alguma coisa para que isso pudesse acontecer?” O que que eu encontrei nessas mulheres, são essas feridas narcísicas que o nosso discurso impõe. A predição também é uma ferida narcísica porque já está predizendo. Mesmo se você prediz uma coisa boa você já está tomando o lugar do sujeito. Ou fechando as possibilidades, os recursos, não reconhece os recursos. [...] Então é muito importante poder dizer que ela tem essa capacidade, que não está nada escrito (DAVOUDIAN, p. 108).

A possibilidade de questionar essas mulheres sobre como poderão mobilizar recursos para dar conta de seus objetivos se sustenta na experiência que as coordenadoras do grupo têm: elas acompanharam muitas mulheres por um longo período da vida delas que conseguiram enfrentar os desafios que se apresentaram. A ênfase na indeterminação do futuro dá sustentação para o cuidado com essas “feridas narcísicas”. Há a revelação de que o futuro está aberto para novas possibilidades.

No meu livro coloquei uma frase de Kierkegaard que eu não sei de cor mas que diz que o ser humano sem esperança se mata. Então acho que realmente é importante deixar abertas as possibilidades, as aberturas particularmente pra essas mulheres que são sem documentos (papéis). Essas enfrentam uma reação negativa da parte dos assistentes sociais, porque sem documento não têm onde trabalhar, não têm futuro. Além de tudo uma mulher que vai dar luz a um bebê está escrevendo um futuro, já está colocando uma pedra, assim para continuar, uma transmissão. Então você fala com palavra “é impossível, é impossível”, como um ser humano não vai se melancolizar se você diz que tudo é impossível. Então é muito importante acho que deixar aberto porque a vida é assim, quem sabe o que vai acontecer? Acho muito perigoso fechar o futuro com palavras... quem poderia dizer que o Lula vai ser presidente da república quando ele nasceu lá no nordeste? Ninguém (DAVOUDIAN, p. 107).

Na PMI a mulher está mais protegida do discurso médico que atropela a subjetividade da gestante com as suas previsões e precauções. O espaço do grupo de palavra se configura como um espaço de resistência à imposição de uma previsão determinante.

E até como uma mulher me disse depois “ah o médico me disse que eu vou ter um bebê prematuro, porque meu colo estava aberto e que acho que foi porque fui no grupo de palavra que não tive esse bebê prematuro”. O grupo de palavra nunca falou nada de medicina, é interessante. Para ela era óbvio que poder ficar nesse grupo de palavra fez alguma coisa boa contra a prematuridade, claramente não vou poder comprovar isso cientificamente (DAVOUDIAN, p. 106).

Da mesma forma, no SAB não é possível dar provas da eficácia do principal trabalho preventivo preveniente. O objetivo inicial e atual do SAB é que ele seja

um meio preventivo, de forma alguma um lugar de tratamento. Lá se pode tratar, mas é, principalmente, um lugar preventivo e o modo de fazer das acolhedoras é justamente como um ficar no enquadre de uma intervenção preventiva, respeitando o

que é, mas ajudando o que está disfuncional; é bastante sutil. Necessita de uma grande formação e uma percepção do real (ADRIEN, p. 5).

A questão da prevenção é central no serviço de acolhimento de bebês (SAB). em que a ênfase do trabalho está na possibilidade de cuidado sem a

conotação terapêutica porque não há necessidade de colocar algo terapêutico, porque quem diz terapêutico, diz diagnóstico e quem diz diagnóstico diz blablabla, e é aí precisamente, o limite para as patologias leves, é aí que agravamos tomando isto como uma patologia. O que eu estou buscando definir é a prevenção. Não se trata de qualquer prevenção; uma prevenção ativa... eventualmente terapêutica mas que não se dirá terapêutica. Sobretudo não! (ADRIEN, p. 79).

Adrien conta que seu interesse pelo trabalho com bebês se deu após muitos anos do trabalho com adultos em saúde mental, no qual percebia que havia chegado tarde demais para ajudar o paciente a mudar a evolução de sua doença. Seu trabalho foi destinado a pessoas cada vez mais jovens até chegar aos bebês. O SAB foi concebido a partir dessa trajetória. Ele enfatiza que a prevenção que o SAB busca não é a que determina o modo como aquele bebê deve ser no futuro e, sim, a que garante condições de desenvolvimento sem assegurar os resultados desse desenvolvimento. “Quando oferecemos escuta não estamos de forma alguma na ordem de um marcador antecipador, estamos somente em uma presença acompanhante: isso muda tudo” (ADRIEN, p. 85).

No CATTP, também há o olhar para as condições que podem garantir uma melhor evolução, ao invés de um apego ao prognóstico que vem junto com o rótulo do diagnóstico.

Eu penso que sim (o trabalho previne algo), no momento em que essas crianças chegam a nós, elas já têm muitas dificuldades: dificuldades de inscrição social, dificuldades de inscrição escolar... Um dos sintomas que nós encontramos, regularmente, nessas crianças é uma dificuldade de deixar uma marca escrita. Então, mesmo se elas são muito astuciosas, muito inteligentes, ou muito aculturadas, elas não conseguem passar para a escrita. É isso, por exemplo. Então, existe já toda uma problemática, e evidentemente que nós preparamos... nós levamos essas crianças a entrar na adolescência em melhores condições (ANNE, p. 56).

A fixação em um diagnóstico implica a restrição de possibilidades de modos de ser de um sujeito, que ao se identificar com este rótulo o tem como parte de sua personalidade e condição. A classificação diagnóstica apresenta categorias objetivas para o enquadre ou não do sujeito naquela categoria que se torna sua identidade, de forma que seu modo de estar no mundo passa por esse filtro tradutor que indica junto com o diagnóstico as possibilidades prognósticas daquela patologia, que, por sua vez, acaba se tornando as possibilidades do sujeito. Tais possibilidades de vir a ser são, então, definidas por terceiros, objetivas e não no estar no mundo, afastam o ser-no-mundo de suas possibilidades próprias. Esta situação é expressa no modo de se fazer um diagnóstico, atualmente. A aproximação ao sofrimento, a abertura na escuta, o não enquadramento a priori em um diagnóstico e cuidados que

acompanham o processo dos pacientes são modos de cuidado que favorecem a abertura para as possibilidades do futuro de um modo mais livre, garantindo a proximidade da pessoa com seu sofrimento. A prevenção preveniente não prediz e garante o cuidado com a liberdade de um vir a ser do ser-no-mundo, sendo essa uma resistência à cristalização do diagnóstico e ao olhar clínico fixador da pessoa em um rótulo.

6.2.2 Pluralidade nas pesquisas e práticas em saúde e saúde mental

O apagamento da diversidade é uma das principais características da medicalização. Assim, uma forma de resistência a esse modo de compreensão dos fenômenos humanos é a defesa de discursos minoritários ou de um ambiente em que a pluralidade de compreensões possa ser exercida. Essa atitude busca garantir a multiplicidade de teorias, práticas e pesquisas na área da saúde mental e aparece em todas as entrevistas realizadas. Há a compreensão de que, em um país democrático, diferentes tipos de pesquisa devem ser considerados e realizados. Dessa forma, os entrevistados posicionam-se contra o monopólio de apenas um método de pesquisa (comportamental, medicamentoso ou apenas psicanalítico). Eles avaliam que, atualmente, as pesquisas realizadas com o referencial da abordagem comportamental são consideradas por financiadores como mais eficazes nos seus resultados, pois correspondem às demandas do mercado, considerando que apresentam resultados mensuráveis em período mais curto de tempo. No panorama atual, o monismo metodológico se mostra na padronização dos equipamentos de saúde e nas pesquisas que dão subsídios às políticas públicas tendo como molde para a uniformização métodos que garantam a mensuralidade e objetividade da eficácia do tratamento e dos resultados das pesquisas.

No âmbito das pesquisas acadêmicas, os entrevistados ilustram a valorização de apenas um método científico, no documento de Recomendação de Boas Práticas para o tratamento do autismo e hiperatividade, que se baseia em pesquisas científicas e na pesquisa do INSERM sobre o Transtorno de Conduta, que deu fundamentos para o projeto de lei de prevenção da delinquência. As duas situações mostram também a perda de espaço da psicanálise para as abordagens comportamentais na França.

As Recomendações de Boas Práticas¹⁰⁷ produzidas pela Alta Autoridade de Saúde¹⁰⁸ (apresentadas na constelação sobre o contexto atual) têm o papel de orientar o público na sua

¹⁰⁷ Vide nota 91 sobre recomendação de boas práticas.

¹⁰⁸ Vide nota de rodapé 92 sobre HAS.

escolha pelo tratamento considerado mais adequado e reconhecido cientificamente para a patologia em questão. Esse documento considerou a prática de *packing*, a psicanálise e a psicoterapia institucional como não recomendadas para o tratamento do autismo e limitou a sua recomendação às práticas da abordagem comportamental. Com tal recomendação, deixa de ser possível que alguns pacientes escolham essas práticas “não recomendadas” e com isso elas vão sendo extintas do que é formalizado. A não recomendação tem o efeito de enfraquecer os serviços, que passam a não ter mais lugar formal para serem desenvolvidos e utilizados. Com a perda de intensidade conectiva dessas práticas, fortaleceu-se o movimento em direção a uma uniformidade. A Associação de Psiquiatras Infantis (API) se posicionou contra as recomendações e o modo como se chegou a elas por meio de cartas públicas de repúdio.

Esta é a razão pela qual os psiquiatras infantis de exercício público se opuseram vivamente à HAS quando no ano passado saiu uma recomendação sobre “as intervenções educativas e terapêuticas frente às crianças ou adolescentes com autismo e outros transtornos evasivos do desenvolvimento”, formulação esta também interessante no modo de colocar o problema (TEBOUL, p. 36).

Nós lutamos para que a formulação inicial mudasse e que as práticas fundamentadas na psicanálise e na psicoterapia institucional fossem somente reconhecidas como “não consensuais”, o que não pôde ser o caso para o *packing*, que continuou sendo “não recomendado” (TEBOUL, p. 37).

No documento de Recomendação de Boas Práticas para o autismo e para o TDAH, as recomendações seguem os critérios da rentabilidade e favorecem o aumento da prescrição de medicamentos, prática que traz maior retorno financeiro para a indústria farmacêutica. Além disso, esses documentos indicam um pequeno espectro de práticas a serem recomendadas, não favorecendo a multiplicidade.

[...] já que, nesta eventualidade (da não recomendação da psicanálise e psicoterapia institucional), teria sido necessário retirar os autistas dos cuidados dos setores da psiquiatria infantil para financiar as Associações de pais que são muito influentes e que têm claramente conflitos de interesses na medida em que são essas associações que dirigem os estabelecimentos que se ocupam dessas crianças. [...] É sinistro, não se trata de ciência, é tudo menos ciência, é outra coisa, é ideológico, é mercantil. (TEBOUL, p. 37).

No caso da pesquisa realizada pelo INSERM sobre o transtorno de conduta, o monismo metodológico foi escancarado na seleção de estudos que fariam parte da metanálise e nos resultados dessa pesquisa. O critério de seleção das pesquisas elencadas na metanálise foi ter fundamentos da “*evidence based medicine*”¹⁰⁹. Com tal parâmetro, a prática francesa no campo da saúde mental infantil foi desconsiderada. Além de serem baseadas em evidências, as pesquisas utilizadas para revisão bibliográfica eram, principalmente, de língua

¹⁰⁹ Vide nota de rodapé n 88 sobre *evidence based medicine*.

inglesa, outra crítica a essa pesquisa. O critério de mensuralidade e objetividade na escolha das pesquisas que fazem parte do escopo da metanálise é evidente.

Apenas a literatura científica internacional “alto nível de prova” é reconhecida. Seria realmente interessante de trabalhar hoje sobre o modo como nós produzimos este “alto nível de prova” em psiquiatria infantil. Nós tentamos denunciar esse sistema demandando que a literatura científica produzida na França também fosse levada em conta, mesmo se as referências possam ser consideradas como “*grises*”¹¹⁰ – este é o termo consagrado para as literaturas sem alto nível de prova (TEBOUL, p. 37).

Este estudo era bem controverso, porque se apresentava sob a forma de uma metanálise fazendo unicamente uma revisão de literatura internacional que, a partir de alguns estudos, vai tirar as conclusões e propor tratamentos unicamente comportamentais e medicamentosos [...] Principalmente anglo-fônicos... porque era necessário que isso estivesse inscrito no prazo (*deadline*) dessas pesquisas anglo-fônicas. As pesquisas francesas não eram realmente etiquetadas como “pesquisa”, e toda a literatura francesa – na França dizemos *litterature grise* – não era levada em conta. Isso significava que todo o trabalho de qualidade que era progressivamente realizado na França desde os anos 1950 desaparecia (CADART, p. 3).

Os entrevistados criticam a incoerência do pequeno espectro de seleção de pesquisas a serem utilizadas como dado nessa “metanálise”, considerando que esse tipo de pesquisa produzida por um órgão público se propõe a realizar a revisão sistemática de literatura, capaz de apontar os achados científicos mais atuais e confiáveis para o campo de pesquisa em questão.

Nós pedimos para que o INSERM levasse isso em conta, já que o INSERM, é um Instituto Nacional de Pesquisa médica. É portanto com os nossos impostos que ele é pago! É um organismo público. Assim, nós pedimos que a metodologia seja modificada quando as pesquisas forem feitas sobre essas problemáticas. O INSERM aprovou mas isso não mudou verdadeiramente nos fatos: ele publicou outros estudos tendo seguido o mesmo método (CADART, p. 7).

Além disso, por se tratar de uma metanálise sobre o Transtorno de Conduta, esse trabalho produz parâmetros de avaliação para os serviços no campo da saúde mental. Ou seja, caso uma prática seja considerada menos eficaz do que outra nessa sistematização da literatura, tal constatação terá efeitos no modo como os serviços públicos serão avaliados.

Desse modo, o conhecimento produzido na França que tinha critérios diferentes de fidedignidade do que ser mensurável e objetivo não foi considerado. Entre as reivindicações propostas pelo *Pas de Zéro de Conduite* estava a de que os estudos promovidos pelo Instituto Nacional de Saúde e da Pesquisa Médica (INSERM) deveriam ser realizados de forma mais completa, sem a prevalência de apenas uma abordagem teórico-metodológica.

¹¹⁰ O conceito de *Littérature Grise* designa o documento datilografado ou impresso, frequentemente com caráter provisório, reproduzido e difundido em um número de exemplares inferior a milhares, fora do circuito comercial de edição e de difusão (L'ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE L'INFORMATION ET DE LA DOCUMENTATION, 2017).

Vamos ser contra alguns tipos de pesquisa e sobretudo contra o monopólio de alguns tipos de pesquisa. As pesquisas atuais, em geral, vão sempre ser orientadas pelo “comportamentalismo”, ou pelo “medicamento” [...] Essas pesquisas vão ser financiadas e, além disso, seus resultados vão ser colocados em prática imediatamente e impostos como um modo de fazer que é melhor que os outros (CADART, p. 15).

As pesquisas que propõem tratamentos imediatamente aplicáveis e que, além disso, tenham resultados mais rápidos conseguem maiores subsídios, pois são mais rentáveis economicamente. Em um colóquio do INSERM que ocorreu depois da realização da petição contra o projeto de lei da prevenção da delinquência, os profissionais, assinantes do manifesto, se pronunciaram afirmando o modo como trabalham e diferenciando o objetivo de seu trabalho da proposta feita no projeto.

Nós também pedimos que os relatórios de pesquisa, inclusive no nível do INSERM, fossem feitos dentro de um outro contexto e incluíssem outras abordagens, com clínicos. Um colóquio aconteceu no INSERM em seguida desse movimento, com promessas de trabalhar diferentemente, mas, de fato nada mudou verdadeiramente (CADART, p. 4).

A garantia da diversidade de metodologias e pesquisas no campo acadêmico também depende da produção científica das abordagens minoritárias. Apesar da situação da metanálise do INSERM, os entrevistados consideram que há espaço para as pesquisas qualitativas no campo científico e este deve ser constantemente defendido, considerando que há o movimento de domínio das evidências quantitativas e estatísticas. Os entrevistados enfatizam a importância de os psiquiatras que trabalham nos serviços de saúde enquanto clínicos também produzirem pesquisas para ocupar esse espaço no campo científico, que vem sendo dominado por pesquisas de “alto nível de prova”. Tal presença no campo científico é importante, dado que o direcionamento das políticas públicas é definido pela produção científica considerada relevante. O método qualitativo e psicanalítico não se propõe ao selo de “alto nível de prova”. Para alguns entrevistados, para produzir pesquisas e defender a prática psicanalítica, não seria necessário usar os mesmos instrumentos que as outras abordagens.

Portanto, para mim, a minha maneira de transmitir, de defender uma prática, é a apresentação de casos – isso que Freud fazia – e de teorizar e de transmitir a evolução de nossos pacientes e... eu trabalho também em um hospital-dia, onde eu tento intervir com artigos ou em colóquios para mostrar que as crianças que são diagnosticadas autistas e que encontramos com 4-5 anos, aos 16 anos eles têm absolutamente uma apresentação neurótica, o que é devido a um trabalho institucional extremamente sustentado por anos. E de expandir o trabalho institucional (ANNE, p. 61).

Os entrevistados indicam que pesquisa e experiência clínica se alimentam mutuamente. Assim, a produção científica é determinada, ao mesmo tempo em que determina a prática clínica e as políticas públicas. Portanto, com a tendência do domínio de uma

abordagem teórica no campo científico que condiz e reafirma o sistema político econômico, há a consequente padronização dos serviços de saúde oferecidos para o público francês. Os dois serviços expostos nas entrevistas, CATTP e PMI, estão sofrendo pressões para apresentar resultados rápidos e quantificáveis.

Dessa forma, a predominância da lógica da rentabilidade nas políticas públicas de saúde contribui para a padronização dos serviços, pois as pesquisas e os serviços são valorizados e financiados de acordo com o seu retorno financeiro. Nessa mesma direção, Cadart conta que os serviços ofertados pouco a pouco estão sendo privatizados, deixando de ser oferecidos pelo Estado e abrindo espaço para os mesmos tipos de serviço no setor privado. “Na escola, existe o apoio escolar feito por psicólogos, educadores especializados: todo um sistema que foi atacado com a diminuição de efetivo. Ao mesmo tempo o setor privado oferece cada vez mais serviços como apoio escolar, *coaching* etc. tudo privado” (CADART, p. 13).

O desafio da API, do PDC e da PMI é de influenciar o governo para o reconhecimento das múltiplas práticas em saúde mental. A API e o PDC nasceram em resposta a situações em que se configurava um ataque à pluralidade de práticas e pensamentos e são constituídos por uma maioria de psicanalistas, tendo poucos membros de abordagem cognitivo-comportamental. O presidente da associação atribui essa baixa frequência de outras abordagens ao fato de que a API se fundamenta na psicanálise e na psicoterapia institucional. Os membros dessa associação entendem que a abertura para o diálogo com outras abordagens e com os jovens psiquiatras é de extrema importância para a transmissão do valor da psiquiatria de setor.

Adoramos dialogar com todo mundo: geneticistas, neurobiólogos, neuropediatras... O problema é que hoje a situação está extremamente conflituosa. É verdade que por muito tempo a psicanálise foi hegemônica e seria então normal que em algum momento ela perdesse sua hegemonia. Era uma época também. Eu acredito que devemos ficar abertos e ter uma conduta científica, e que é necessário conversar com todo mundo (TEBOUL, p. 44).

A postura científica a que Teboul se refere parece ser uma postura que vai além da clínica proposta por cada abordagem: uma postura aberta à construção de conhecimento. O PDC também busca ter membros de diversas abordagens se assegurando de que não haja o monopólio de apenas algumas orientações teóricas e a maioria de seus membros é psicanalista.

Além dessa postura aberta aos outros referenciais, a descentralização do poder para as políticas de saúde pública é apontada como uma forma de resistência à padronização. As políticas pensadas de acordo com um entorno determinado enfatizam a importância do

contexto nas decisões de tratamento. Podemos considerar a política de psiquiatria de setor como um modelo de resistência à tendência de padronização. Conforme apresentado anteriormente, a filosofia do setor busca atender às demandas do território e ter uma prática que considera e inclui o contexto do entorno nos cuidados recebidos no equipamento de saúde e, assim, cada contexto demanda funcionamentos de serviços diferentes, o que vai na direção da pluralidade de práticas. O modelo de descentralização do poder acontece nas PMIs, que estão por toda a França, e cada departamento define suas prioridades de conduta, garantindo apenas o cumprimento de uma missão geral comum a todas. A influência das particularidades do meio no funcionamento dos serviços de saúde se configura como uma forma de resistência ao esfacelamento das diferenças; a variação está em pauta. A construção de grandes centros dificulta o cuidado com o contexto de cada paciente, ambiente em que o adoecimento é vivido.

as dificuldades, eu as vejo provindas das grandes reformas ministeriais, que querem fazer mudanças nos grandes polos. Portanto, destruir um pouco tudo aquilo que é a “psiquiatria de proximidade”: eles querem nos reagrupar nos grandes serviços, fazer muitos serviços. Um imenso polo que vai ser muito menos próximo das pessoas, do bairro, o que não está nenhum pouco dentro do espírito da psiquiatria comunitária. É isto que eu vejo... portanto estamos indo nesta direção, mas não só a gente, acontece o mesmo nas PMI, nos serviços jurídicos... É algo geral para que nós sejamos mais eficazes, para fazer economias de gestão, mas em nenhum caso refletir sobre o que é o tratamento em saúde mental para uma população (VERONIQUE p. 94).

A uniformização da abordagem clínica utilizada nos equipamentos de saúde mental também é favorecida pela imposição da utilização de apenas uma classificação de doenças (CID 10) pelo poder público para esses serviços. Anne e Veronique relatam que nos serviços nos quais trabalham, CATTP e Centro Médico Psicológico, foi imposta pelo Ministério da Saúde a utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) como referência para o diagnóstico. Nos dois serviços, os profissionais tiveram de deixar de utilizar a Classificação Francesa de Transtornos Mentais para Crianças e Adolescentes (CFTMEA) no prontuário.

Então justamente, nós dentro do serviço não utilizávamos nunca a CID 10, nem o DSM, mas nós utilizávamos só a CFTMEA para classificar as crianças. Nós achávamos que era aquela a melhor das classificações. Lembrando que nós não temos uma paixão por classificações. Em todo caso, esta foi a que melhor refletia a clínica infantil. Então nós a utilizamos durante muito tempo e agora, então nós tivemos sucesso em fazer isso durante alguns anos e agora nós somos obrigados a avaliar com as classificações internacionais. (CID)... e é recente, isso faz alguns anos 2, 3 anos eu acho (ANNE, p. 60).

A CFTMEA é fundada em conceitos da psicodinâmica, tendo dois eixos para o estabelecimento do diagnóstico: o do contexto e o do distúrbio. Os dois eixos estão presentes no DSM e na Classificação Internacional de Doenças, no entanto o eixo do contexto parece ser levado menos em conta nessas classificações.

E agora nós fomos proibidos, então temos que avaliar com a CID 10, e não com a CFTMEA. O que coloca a questão... não é de forma alguma o mesmo espírito psicodinâmico e aí é muito complicado de avaliar as crianças de 0 a 3 anos, já que isso não corresponde em nada com o que vemos (VERONIQUE, p. 91)

Essa imposição aconteceu por meio de uma mudança no sistema de informática utilizado nessas instituições para o registro no prontuário. Passou a ser necessário registrar o diagnóstico do paciente de acordo com CID 10, havendo apenas as opções das categorias diagnósticas dessa classificação de doenças mentais no sistema. Os entrevistados relatam que, desde essa mudança, os profissionais do CATTP e do CMP passaram a utilizar uma cartilha que faz a conversão do CFTMEA para o CID 10. Por outro lado, a uniformização da linguagem utilizada nos serviços públicos de saúde cumpre o objetivo de manter uma comunicação efetiva entre os pesquisadores e clínicos. Por esse motivo, Louise considera a CFTMEA obsoleta. Ela avalia a CID 10 como uma boa classificação, mais aberta do que o DSM.

Então para mim os sistemas de classificação não são nem bíblias nem verdades absolutas, mas simplesmente instrumentos... instrumentos imperfeitos, seguramente, mas importantes... eles servem para que possamos nos comunicar uns com os outros. Então se queremos nos comunicar com pesquisadores anglo-saxões e mundiais, nós temos que ter as mesmas ferramentas. É por isso que para mim ela é obsoleta. Ela é obsoleta em uma concepção francesa que para mim tem um sentido, mas não tem... uma operabilidade em uma classificação a parte não tem muito interesse. Para mim não tem interesse. Eu utilizo muito bem a classificação internacional de doenças, muito mais que o DSM, porque eu acho que ela é mais aberta, mas não é uma bíblia para mim, é somente uma maneira de saber de que falam uns e outros (LOUISE, p. 72).

Os gestores ao tomar a mensuralidade, a objetividade e a eficácia observável das práticas profissionais e pesquisas em saúde mental como um valor, a psicanálise e outras correntes psicodinâmicas perdem espaço de trabalho para as abordagens comportamentais. Os entrevistados relatam que até esse momento a psicanálise era a abordagem predominante na maioria dos serviços. Com a perda de território, os psicanalistas foram obrigados a refletir sobre o lugar de hegemonia da psicanálise. Houve um reposicionamento da psicanálise frente aos novos paradigmas científicos. Tal movimentação contribui para a reflexão sobre o lugar ocupado por essa abordagem no campo científico. Os profissionais passam a ser provocados por defender um modo de olhar para o fenômeno humano que antes não demandava tantas justificativas. Para que essa situação contribua para a conquista de novos conhecimentos e questionamentos é necessário que haja espaço para o diálogo sem que uma nova abordagem seja imposta e negue todo o conhecimento pré-existente, apagando as diferenças de compreensão no campo da saúde mental. Todos os entrevistados comentaram sobre a oposição acirrada entre psicanálise e a abordagem comportamental. Adrien aponta que a

simplificação dessa disputa engendra um olhar reducionista para os fenômenos humanos. “Trata-se de uma clivagem precoce contagiosa, é como o psiquismo do autista. Não há razão para excluir” (ADRIEN, p. 8). Na concepção de alguns entrevistados é possível compor um tratamento com práticas que visam à mudança de comportamento e práticas que visam a uma mudança de posição do sujeito (as psicanalíticas), não seria necessário que essas práticas se excluam. Todos concordam que deve haver pluralidade de práticas, mesmo que não seja possível utilizá-las concomitantemente.

A produção de pesquisas em psicanálise é uma das formas de reposicionamento no campo científico apontadas pelos entrevistados. Para o diretor da pós-graduação da Paris VII em 2013, Christian Hoffmann, há uma renovação da relação da psicanálise com a ciência, o que demanda esforço do psicanalista para se manter no campo científico e em diálogo contínuo com outras disciplinas.

Se nós seguirmos os trabalhos científicos de muito perto, como nós podemos fazer na universidade, especialmente quando a universidade é multidisciplinar e trabalha com os cientistas, nós nos damos conta de que efetivamente a ciência é animada por um desejo de conhecimento, um desejo de conhecimento que vai em direção ao desconhecido e que vai aos limites do conhecível. E assim esse desejo de ciência, nós podemos compartilhar com a psicanálise, que vai também em direção a esse real desconhecido. Nós já temos isso em comum no nível científico e aí cabe aos psicanalistas também serem menos dogmáticos nas suas concepções científicas, que são muitas vezes concepções científicas antigas. E se eles se mantiverem atualizados sobre a evolução científica, eles verão muito bem que podem renovar sua relação com a ciência (HOFFMANN, p. 30).

O diálogo deve ser preservado e o psicanalista deve cuidar para não ser dogmático nas suas concepções científicas, mantendo-se atualizado sobre novas descobertas e aberto para debates. A formação acadêmica deve contribuir para manter os intercâmbios interdisciplinares, trazendo atualizações em neurociências e em outras disciplinas.

Já no nível da formação universitária, um clínico não pode pecar pela ignorância. O clínico de hoje tem que estar atualizado quanto às práticas que existem em seu campo, em saúde mental por exemplo. Assim, é necessário que ele (psicanalista) tenha alguns conhecimentos em neurociências, em ciência cognitiva e em biologia, por exemplo, senão ele está completamente perdido. Se ele quer ter um lugar, é necessário que esteja atualizado do que está acontecendo no seu campo. Portanto, isso demanda uma formação universitária (HOFFMANN, p. 31).

Nesse contexto, a formação dos psicólogos sofreu mudanças na sua estrutura curricular, as quais refletem essa perda de inserção do pensamento psicanalítico nas novas gerações de psicólogos.

Os estudantes de psiquiatria não são, de forma alguma, formados em psicanálise. Então, existiu uma verdadeira mudança à americana... nós estamos atrasados, nós nos submetemos aos americanos... eu não sei 10-15 anos depois deles, nós estamos nessa situação, com efetivamente toda uma corrente biológica, toda uma corrente cognitivo-comportamental (ANNE, p. 58).

Cadart critica a imposição, recentemente feita aos cursos universitários de psicologia, de incluir em seu currículo todas as abordagens teóricas, o que antes não acontecia, de modo que era possível ensinar apenas algumas abordagens, como a psicanálise, em um curso de psicologia. Os entrevistados avaliam que, concomitantemente a esse movimento de um crescente domínio do comportamentalismo na formação dos profissionais mais jovens, há grande interesse pela psicanálise francesa, inclusive por psiquiatras que buscam essa formação.

Além disso, nós podemos constatar que na França a psiquiatria, por exemplo, começa de novo a se interessar um pouco pela psicanálise. Eu faço cursos com o Vanier, por exemplo, para psiquiatras que estão em uma escola de medicina bastante neurocientífica, mas que se interessam e que abrem de novo suas portas à psicanálise (HOFFMANN, p. 29).

Podemos pensar que nesse momento de transição de abordagem hegemônica, em que há a obrigatoriedade de diversas abordagens serem ministradas na universidade, correntes teóricas minoritárias ganham a possibilidade de ter espaço de afirmação na formação dos novos profissionais.

A defesa da psicanálise no campo científico aparece nos relatos como uma forma de resistência à abordagem cognitivista. A resistência, nesse caso, acontece pela insistência de uma abordagem não mais majoritária, seria uma resistência “positiva”. Assim, demonstrar que a psicanálise pode ser referência de trabalho no campo da saúde mental e esse trabalho ser bem sucedido, apesar de não quantificável, é um modo de resistência à padronização das práticas em saúde mental.

E os principais desafios (para o curso de psicologia da Paris VII) são de internacionalidade e a interdisciplinariedade e com isso chegar a mostrar que o paradigma psicanalítico continua um paradigma produtivo no nível de conhecimento. O desafio é este: que nós possamos mostrar que o nosso paradigma não secou, que ele ainda é produtivo (HOFFMANN, p. 34).

A interdisciplinaridade se configura como modo de enfrentamento para a defesa da psicanálise no campo científico. A inserção de psicanalistas em equipes de diversas abordagens oferece a oportunidade de trocas de conhecimento e a transmissão do conhecimento psicanalítico para outros profissionais.

E depois é necessário que ele (psicanalista) possa mostrar efetivamente a complexidade do ser humano e do sofrimento humano e ele pode fazer valer essa complexidade que a psicanálise permite questionar. E ele pode mostrar essa complexidade do funcionamento psíquico do ser humano em relação às posições mais reducionistas. E se os parceiros têm um espírito científico um pouco aberto, eles serão sempre interessados por aquilo que nós podemos trazer para eles. Então, isso depende dos parceiros com os quais nós trabalhamos, claro (HOFFMANN, p. 31).

O monismo metodológico também é incentivado pelo modo de avaliação a que os serviços e pesquisas são submetidos pelos financiadores dos projetos. Isto é, a avaliação dos serviços e das pesquisas a serem financiadas corrobora com a padronização metodológica que acontece na atualidade. Os entrevistados apontam que houve uma mudança no entendimento do poder público sobre os efeitos dos tratamentos e dos projetos sociais. Os projetos que eram compreendidos como benéficos para a população passaram a ter que comprovar sua eficácia de acordo com parâmetros externos de avaliação. Os serviços e universidades são avaliados de acordo com sua produtividade quantitativa.

Na Universidade Paris VII, onde se produzem pesquisas no âmbito da saúde mental, há a luta para manter o programa de mestrado e doutorado bem avaliado pelo Ministério da Educação, sem ter que, para isso, abandonar o método de pesquisa qualitativo e/ou psicanalítico. Hoffmann enfatiza que a atratividade internacional é um fator que contribui para a boa avaliação da universidade. As pesquisas feitas em psicanálise no centro de pesquisas, do qual Hoffmann faz parte, “Psicanálise, Medicina e Sociedade”, têm boas avaliações, apesar de este não ser um resultado fácil de ser atingido. Ele descreve esse momento de avaliação como um combate. Para a faculdade é um desafio conseguir validar as pesquisas analíticas do mesmo modo que as pesquisas clínicas e experimentais.

Agora, você me fala de avaliação: nossa equipe, o CRPMS (Centro de Pesquisas Psicanálise, Medicina e Sociedade), foi bem avaliada recentemente. Nós teremos com certeza uma nota muito boa depois do que foi visto e a *école doctorale* de pesquisa em psicanálise vai ser avaliada na semana que vem. É necessário trabalhar muito para apresentar um bom dossiê, apresentar os números efetivamente, mostrar que temos uma política (HOFFMANN, p. 33).

A fim de ter uma boa avaliação, a faculdade corresponde ao que é demandado pelos órgãos avaliadores e prepara um relatório completo sobre as atividades da faculdade, apresentando, efetivamente, os números do que foi feito, demonstrando que há uma política planejada. A presença de tantos estudantes estrangeiros (aproximadamente 150 entre 300 alunos) no programa de pós-graduação, por exemplo, é muito bem avaliada, pois mostra que as pessoas vêm procurar na França esse tipo de estudo. Considera-se, assim, que a faculdade oferece um estudo de ponta, garantindo atratividade internacional.

Portanto, nós podemos mostrar que temos uma bela atratividade internacional, enquanto os cientistas têm dificuldade de recrutar doutorandos e têm grande concorrência internacional. Os melhores preferem ir para os Estados Unidos ou para fora a vir para a França, enquanto nós temos uma atratividade e se nós mantivermos essa atratividade ninguém pode dizer: “Vocês são uma velha ciência, ninguém se interessa em vocês. Nós vamos mostrar que nós temos 300 jovens que se interessam pelo que fazemos, isso não pode ser apagado. Isso é um poder político (HOFFMANN, p. 34).

A busca pela demonstração de que outros métodos diversos, não necessariamente positivistas, objetivos e mensuráveis, de trabalho e pesquisa contribuem estruturalmente com o campo da saúde é um desafio para todos os entrevistados. Os projetos que não encaixam nesses parâmetros vêm apresentando dificuldade de conseguir financiamento. Essa dificuldade é ainda mais forte para os serviços que têm como ênfase a prevenção preventiva, considerando que é impossível comprovar o que foi prevenido para aquela pessoa, mesmo que pesquisas sejam realizadas. O serviço em que Adrien trabalha é financiado e até aquele momento nunca teve que dar provas da eficácia do trabalho. Ele avalia que, caso evidências objetivas fossem demandadas, ele teria dificuldade para apresentá-las e se o fizesse poderia estar se submetendo aos valores da mensuralidade, objetividade e previsibilidade.

Você percebe que quanto mais fazemos escalas/marcadores/coisas/ sei lá o quê, mais vamos provocar uma patologia, ou antecipar uma patologia. Então isso é difícil. O difícil seria estar junto, mas sem antecipar uma evolução negativa, mas para ter esse tipo de conforto, que estou dizendo, não devemos principalmente começar a objetivar as coisas (ADRIEN, p. 84).

Efetivamente, o grande problema, atualmente, é o dinheiro porque, se os fundos públicos não são distribuídos para isso, as pessoas não podem trabalhar. Se ninguém paga por essa prevenção precoce, por exemplo na França, onde existem muitos lugares de acolhimento pais/crianças do tipo Maison vert, eles são colocados em dificuldade. Porque eles tiveram financiamento e agora, em todos os novos textos, eles não aparecem mais; eles aparecem como ateliers. [...] Não tratam mais como lugares de acolhimento, o princípio da Maison Verte¹¹¹... Lá a situação é que realmente os pais vêm com seus filhos “para nada”. Estamos lá naquele momento e há uma escuta psicanalítica “flutuante”. E é isso que vai fazer o efeito, que vai reassegurar. E isso é complicado de compreender, é muito complicado de fazer entender (CADART, p. 12).

Alguns recursos das abordagens psicodinâmicas não correspondem à máxima da produtividade: mais pessoas atendidas em um menor espaço de tempo. A transferência, conceito psicanalítico, é uma característica do trabalho nessa abordagem, difícil de ser demonstrado como essencial para os financiadores dos serviços e projetos. Anne relata que no CATTP há a dificuldade de fazer os administradores compreenderem os efeitos do trabalho sob transferência, considerando que isso acarreta em um custo, pois o trabalho sob transferência baseia-se no vínculo pessoal, que não é substituível, de modo que, quando um profissional é substituído, o trabalho é prejudicado.

As supervisões em equipe são outro recurso de trabalho também questionado pelos financiadores. Nos serviços apresentados, é uma luta garantir a remuneração do tempo de supervisão em equipe após os acolhimentos, mesmo que esta seja parte estrutural do trabalho. “Isso (supervisão) é uma primeira dificuldade porque faz inteiramente parte do trabalho. E

¹¹¹ A maison verte, que podemos traduzir por casa verde, é um lugar de acolhimento para crianças de até 3 anos de idade e seus cuidadores idealizada por François Dolto em 1979 (MAISON VERTE, 2017)

sem esse trabalho de elaboração no ‘*après coup*’ (logo depois) no fundo não existe trabalho institucional, então isso é algo difícil de defender” (ANNE, p. 63). O tempo dos profissionais com as crianças é diferente do tempo em supervisão, sendo ambos estruturais para o trabalho. Os administradores questionam esse tempo remunerado sem aumento de produtividade no número dos atendimentos. Até o momento da entrevista nos CATTPs e no SAB, a supervisão, assim como as condições entendidas como imprescindíveis para um bom serviço pela entrevistada, estava garantida.

O espaço de reflexão entre os profissionais também acontece na PMI, no formato de reuniões multidisciplinares formais e informais consideradas fundamentais para que o trabalho aconteça. Em seu livro, Davoudian (2012) explicita a necessidade de espaços de escuta para a própria equipe, considerando que todos são interlocutores que acolhem as dúvidas e angústias que transbordam do trabalho. No entanto, observa-se uma confusão entre treinamentos técnicos e oferta de espaços de escuta: “Mas nesses tempos de penúria, parece menos oneroso nos oferecer as formações em formato de *kit* que nos propor espaços de elaboração” (DAVOUDIAN, 2012, p. 16). A abertura de espaços de escuta com toda a equipe multidisciplinar é um foco das PMIs de Seine Saint Denis.

Além das reuniões de equipe, há dificuldade de garantir uma remuneração e avaliação condizentes com o atendimento multidisciplinar preventivo preventivo. Cada vez mais os profissionais estão sendo pressionados pelo Ministério da Saúde e pelo Departamento administrativo a que pertencem para conseguir “provas científicas” capazes de medir e contabilizar os resultados atingidos com os grupos de mulheres (gestantes ou mães).

Você não pode colocar esse trabalho num esquema, não pode fazer, por exemplo: “ah vou pegar um grupo que não foi no grupo de palavra e o grupo que foi no grupo de palavra e vou ver 6 meses depois o que que acontece”. Muito difícil e só a experiência que conta, o retorno das pessoas também, as pessoas dizem. Alguém que diz “graças ao grupo de palavra não tive um bebê prematuro”, ela está dizendo alguma coisa. Está dizendo alguma coisa que foi benéfico pra ela. É por isso que a gente tem que se apoiar para continuar. Mas agora você sabe que eles querem prova científica, medir, contar etc. Então o que eu falo pra eles, a única coisa que eu posso dizer é a palavra das pessoas que eu vou registrar e o número de pessoas que vêm no grupo. Se o grupo está muito frequentado e as pessoas voltam, é que tem algum efeito, senão não teriam voltado (DAVOUDIAN, p. 109).

O pedido de avaliação quantitativa do serviço está diretamente relacionado com a necessidade de dar um valor monetário para as intervenções realizadas na PMI. Neste equipamento de saúde, foi instituído um modo de pagamento para o serviço que se chama

“*paiement à l’acte*”¹¹², assim só será paga a intervenção previamente discriminada e que tenha a sua utilidade já provada. Dessa forma, as intervenções invasivas, com procedimentos objetivos, são mais valorizadas do que intervenções preventivas. Caso a intervenção não esteja prevista como procedimento técnico, como o tempo de conversa com uma mãe, esta passa a não ser remunerada. Está prevista apenas a entrevista do quarto mês de gestação, como procedimento remunerado. As ações realizadas na PMI têm que ser enquadradas nessa medição para que possam ser remuneradas. Os trabalhadores da PMI resistiram a esse modo de pagamento mostrando que nos hospitais esse sistema não deu certo.

Justamente com Pierre Suesser, denunciaram que com esse pacote a segurança social não queria mais dar um pacote pago, já foi denunciado no hospital, isso chama TDA “*tarification à l’activité*”¹¹³, que foi destruindo o trabalho do hospital, destruindo porque tudo tem que ter uma cotação. Então o ato de uma alta cirurgia é mais interessante para o hospital do que um atendimento básico (DAVOUDIAN, p. 111).

Esse modo de remuneração – “pagamento por intervenção” – estimula a medicalização.

Por exemplo, as visitas domiciliares das parteiras por enquanto não têm uma cotação. Então, estão querendo que as parteiras façam cada vez mais as consultas medicalizadas porque têm uma cotação e com isso estão dizendo ‘ah mas não é tão útil a visita a domicílio. O que você faz lá? Bato um papo com a mulher? Isso nem interessa. Por que você foi lá?’ etc. (DAVOUDIAN, p. 111).

Ou seja, quando a parteira pode dizer que foi preciso o uso de um medicamento ou um procedimento mais invasivo na visita domiciliar, ela consegue justificar a visita para a paciente e o pagamento pela intervenção. Desse modo, tudo o que não é medicamentoso e invasivo deixa de ser valorizado como intervenção profissional. Com a pressão exercida pelo “pagamento por intervenção”, a equipe passou a buscar nomes que descreveriam tecnicamente as intervenções não medicamentosas. Por exemplo, deram o nome de “animação” para a coordenação de grupos. Essa necessidade de nomeação técnica engendra uma simplificação das intervenções que são complexas e passam a ter que ser enquadradas para se encaixar na “cotação dos serviços de segurança social que cota só os atos medicalizados [...], se reduz aos atos técnicos” (DAVOUDIAN, p. 112). Para continuar um trabalho de artesanato, voltado para a singularidade e para que não haja medicalização com a exacerbação de prescrição de medicamentos ou de procedimentos invasivos, tornou-se necessário resistir burlando as novas formas de remuneração do serviço, na PMI. Uma estratégia encontrada foi utilizar a entrevista de quarto mês de gestação, que permaneceu

¹¹² A remuneração por ato é um pagamento em função do número de consultas ou procedimentos do médico. O governo francês apresenta pesquisas que indicam o modo como cada tipo de remuneração influencia na assistência ao usuário do sistema de saúde (BOUYOUX, 2008).

¹¹³ Traduzimos “*tarification à l’activité*” por “Tarifação por atividade”.

como uma intervenção remunerada, para requerer a remuneração de outras conversas ao longo da gestação e, além disso, “abrimos mais tempo durante cada consulta e isso durante toda gestação” (DAVOUDIAN, p. 100).

Com essa pressão pela objetivação do trabalho, Davoudian avalia que a PMI, como conhecemos hoje, corre o risco de desaparecer do sistema público francês. “Tem muita gente que acha a PMI ultrapassada e cara. Estou muito preocupada com o futuro dela, o governo está desenvolvendo propostas alternativas e da rede particular” (DAVOUDIAN, p. 116). O não reconhecimento da eficácia do trabalho atual é um dos aspectos que apontam para esse perigo. Há a tendência de esta se tornar uma instituição que tem como única função a detecção de riscos do desenvolvimento. O “pagamento por intervenção” engendra um modo de funcionamento de empresa que está mais relacionado com o âmbito econômico do que com o plano do cuidado com a saúde. Davoudian observa essa tendência à mercantilização.

Penso também que ocorre uma hipermedicalização da gravidez que pode dar a pensar que nosso atendimento em PMI é demasiado “light”. [...] No contexto de privatização e poupança de dinheiro o futuro da PMI é bem problemático. Outra preocupação é de perder esse trabalho que chamo de artesanato. Trabalhando com cada uma e em pequeno grupo frente as propostas massivas e indiferenciadas” (DAVOUDIAN, p. 116).

A avaliação à qual os serviços são submetidos pode moldar seu financiamento, entrando na lógica de que sempre se busca ser melhor avaliado, considerando que, com uma boa avaliação, mais investimento será obtido. Assim, se todas as avaliações apontam para a valorização da característica “ser quantificável”, os serviços que permanecem funcionando vão, aos poucos, tornando o seu atendimento o mais quantificável possível. O modo de remuneração dos serviços é outra forma de avaliação que molda em direção a uma padronização destes. Ter critérios de avaliação que valorizam apenas um posicionamento epistemológico promove a padronização dos serviços e das pesquisas como em um círculo vicioso.

6.2.3 Redes e coletivos

As articulações em formato de rede são formas de resistência ao processo de medicalização. Observamos a rede que se constitui no âmbito do tratamento, a qual se expressa na conexão dos serviços em prol de um cuidado integral com o paciente ou na sociabilidade dos usuários do serviço, e temos também os movimentos de resistência que se articulam e se apoiam por concordarem com as pautas apresentadas.

Os entrevistados apontam para a importância de haver um cuidado com o paciente que ultrapasse os limites da instituição de saúde. Trata-se de um olhar para o tratamento que leva em consideração as diversas dimensões do sujeito e, portanto, considera seu entorno para avaliar as decisões de um tratamento. “E isso é completamente constitutivo de nossas intervenções, que são centradas tanto na pessoa doente e na sua família, quanto na periferia” (TEBOUL, p. 42).

O trabalho assistencial em rede é essencial para suprir as necessidades de cuidado da população atendida no CATTP e na PMI. No CATTP, o planejamento do acompanhamento da criança é pensado com os parceiros que a atendem. “Então estão reunidos: escola, a família e os serviços de tratamento. É, verdadeiramente, um trabalho de parceria e isso permite também pensar junto quem é a criança, porque nós não temos as mesmas representações de uma criança” (ANNE, p. 54). No caso do CATTP, o acompanhamento da criança é realizado, necessariamente, por diferentes equipamentos em conjunto, considerando que para estar lá a criança deve estar pelo menos na escola e ter sido encaminhada por dificuldades de aprendizagem. Esse acompanhamento em conjunto favorece que a criança não seja compreendida a partir de apenas um traço, dado que diversos olhares são apresentados, discute-se o caso em equipe, de modo que o planejamento é sugerido horizontalmente. Outro dispositivo utilizado na PMI que favorece a composição de uma rede de cuidado é a visita domiciliar para pacientes vulneráveis realizada pela equipe multidisciplinar. Nessa atividade, o profissional pensa nas implicações sociais, emocionais e biológicas da vida da família de acordo com seu contexto fora da instituição. Dessa forma, o cuidado com o paciente ultrapassa os muros da instituição, garantindo a responsabilização da equipe da PMI sobre os encaminhamentos externos realizados.

É isso mesmo, a mulher grávida pode chegar e ser atendida cada mês até 6 meses de gestação e depois passa pro hospital, permite assim um acompanhamento menos supermedicalizado, mais perto e com ajuda dos outros profissionais: parteiras que podem fazer visitas em domicílio e puericultoras, psicólogos etc. Pensamos que essa proximidade que não é só geográfica oferece qualidade e segurança emocional também (DAVOUDIAN, p. 98).

Além de a rede de serviços favorecer um acompanhamento integral do paciente, a conexão entre as pessoas do entorno também contribui para a entrada na rede de cuidados de pessoas mais isoladas.

E de repente a gente não entrou no grupo dizendo que seria uma função psicologizante, a gente diz “você tem uma história, a gente está interessado em conhecer sua história! Você entende que as consultas médicas são muito breves, não dá tempo para você escutar”. E também a gente faz o convite: “vamos fazer laço social com as outras”? Essa não é uma proposta que precisa de um psicólogo para isso (DAVOUDIAN, p. 104).

Então, a partir desse convite de estabelecer laços com outras iguais, as mulheres se sentem à vontade para participar dos grupos, dizendo: “ah vou encontrar aquele outro, então vou” ou “ah vocês... doutora Cristina, parteira Agnes, vocês vão ficar aqui? Então vou” (DAVOUDIAN, p. 104).

Outra forma de articulação que resiste ao processo de fixação em um diagnóstico preditivo é a rede de movimentos de resistência à medicalização. O objetivo central de tal rede é atingir maior alcance e interfaces que possibilitem exercer pressão sobre os órgãos responsáveis pelos serviços de saúde. A difusão das ideias dos coletivos é central para que uma rede articulada se constitua. Entre os movimentos de resistência apresentados pelos entrevistados estão a API e o PDC, os quais são parceiros, sendo a API signatária da petição do PDC.

E quando o coletivo *Pas de Zéro de Conduite* nasceu, a API foi um de seus membros fundadores. Nós compartilhávamos o mesmo interesse pela criança e achávamos que era absolutamente necessário resistir à política securitária que estava se colocando (TEBOUL, p. 41).

O interessante, com o movimento *Pas de Zéro de Conduite* é que houve um movimento de reagrupamento sobre uma causa comum porque o momento era grave. Nós não tínhamos visto chegar o que estava vindo e que, no entanto, estava lá já há bastante tempo (CADART, p. 8).

Tanto a API quanto o PDC são agentes formadores de rede, pois congregam diversos profissionais e instituições em prol de uma mesma direção de políticas públicas. A constituição de rede de luta é o modo central de esses dois grupos alcançarem seus objetivos. Por meio da coletivização da luta os grupos ganham maior superfície de influência, visando à difusão de suas vozes (de profissionais da saúde que trabalham no campo da saúde pública), de modo que sejam escutados pelos administradores públicos e pela sociedade.

A promoção de espaços de discussão profissional também é uma estratégia de criar alianças e debate entre os profissionais. O PDC, conforme abordado no capítulo anterior, organiza eventos visando à promoção de encontros e articulação entre seus signatários, além da divulgação de suas ideias para não membros. Cadart citou o fórum organizado por eles:

Não era um colóquio, quer dizer, não é um colóquio com unicamente pessoas que vêm falar e pensar, mas nós queríamos que as pessoas trocassem entre elas. Teve a projeção de filmes também... é isso que aconteceu. 600 pessoas vieram. Dois livros foram editados nas edições *Érès*: ‘Manifesto para uma prevenção preveniente’, ‘A prevenção preveniente em Ação’; neste último com a participação de todas as instituições que participaram do fórum e de algumas que não estavam, para descrever suas ações e no que eles se reconheciam no *Pas de Zéro de Conduite*. Nosso objetivo não tinha nada a ver com uma busca de poder. Meu desejo mais caro era que por todo lado as pessoas refletissem sobre o tema (CADART, p. 11).

Também com o objetivo de promoção de debate e reflexão, a API promove três eventos anuais em algumas cidades da França.

Nós organizamos três manifestações anuais. A primeira delas são nossas jornadas nacionais, que só concernem aos psiquiatras infantis e que são realizadas fora de Paris porque a API é uma Associação nacional e Paris não é toda a França. Elas abordam um tema da atualidade da psiquiatria infantil pública, tanto no que trata da sua organização como da sua clínica. O segundo evento que promovemos é “As encruzilhadas da psiquiatria infantil”,¹¹⁴ em associação com a Sociedade Francesa de psiquiatria da criança e do adolescente e das Disciplinas Associadas¹¹⁵ (SFPEADA), em Montesson, um hospital psiquiátrico em Yvelines¹¹⁶. Nesse evento tentamos abordar os temas da atualidade e confrontar nossos pontos de vista, mais abertos a todas as disciplinas e a todas as profissões da psiquiatria infantil. O terceiro evento é “Os encontros de aperfeiçoamento dos psiquiatras infantis de exercício público”, organizado com a Federação Francesa de Psiquiatria¹¹⁷ e a SFPEADA (TEBOUL, p. 38).

No momento da realização das entrevistas, o tema de foco da API era a relação entre pesquisa e prática na psiquiatria infantil. A API entende que as pesquisas são instrumentos importantes para pressionar os governantes sobre as políticas públicas. Assim, a Associação incentiva a articulação entre a prática que desenvolve e a contribuição com as pesquisas que, por sua vez, podem sustentar as práticas. Ao garantir os debates e diálogo entre os equipamentos de saúde e os seus profissionais, os grupos produzem novos conhecimentos e mantêm a articulação necessária para pressionar os órgãos responsáveis pelos serviços de saúde, buscando um direcionamento político que considerem tecnicamente adequado e coerente com a ética da profissão.

Após alguns colóquios e algumas publicações, o *Pas de Zéro de Conduite* passou a ser solicitado, em diferentes lugares da França, para falar, enquanto interlocutor de movimentos de resistência, sobre as ideias que estavam na base do projeto de lei da prevenção da delinquência e sobre sua resistência. O coletivo “se tornou uma força de oposição, de vigilância, ou seja, nós somos um pouco vigilantes, a cada vez que existe um ataque no nível direto do cuidado das crianças” (CADART, p. 5). As publicações dos coletivos difundem e

¹¹⁴ O tema dos eventos promovidos pela API em parceria com a SFPEADA encontram-se no site: <<http://www.api.asso.fr/carrefours-annuels/>>.

¹¹⁵ A Sociedade Francesa da Criança e do Adolescente e das Disciplinas Associadas (*Société Française de l'Enfant et de l'Adolescent et les Disciplines Associées*) foi criada em 1937. Trata-se de uma associação profissional que reagrupa os profissionais que intervêm no âmbito da infância e da adolescência, qualquer que seja o modo de exercício ou a profissão. Seu objetivo é de “promover e coordenar os estudos, as pesquisas e as ações de formação que dizem respeito aos transtornos mentais, afetivos e intelectuais de crianças e adolescentes assim como seus tratamentos e suas prevenções” (SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET LES DISCIPLINES ASSOCIÉES, 2016).

¹¹⁶ Departamento que fica na região da Île de France.

¹¹⁷ A Federação Francesa de Psiquiatria agrupa diversas sociedades científicas de psiquiatria que tenham representatividade nacional de diferentes correntes, *status* ou práticas. A federação foi fundada em 1992 com objetivo de favorecer a eficácia e o reconhecimento da disciplina da psiquiatria nos âmbitos de cada associação científica (FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, 2011).

afirmam para a população como um todo as ideias do grupo, que questionam o instituído em projetos de lei ou na proposição de um novo serviço público.

Outros movimentos, além dos estudados, acontecem na França e se articulam com o PDC. O *L'appel des appels*¹¹⁸ foi citado em diversas entrevistas como tendo o objetivo de federar os movimentos de resistência aos efeitos do capitalismo e do neoliberalismo no modo como os homens vivem, conforme apresentado no capítulo anterior.

Temos um outro movimento que se chama “L’Appel des Appels” que tentou centralizar tudo isso, todos esses movimentos de resistência para dizer: “Estes são os efeitos do capitalismo, do neoliberalismo e tudo foi atacado dessa forma”. Contudo, esse movimento não pegou suficientemente. Eu estava nele no começo, depois eu me retirei, porque tornou-se “não cidadão o bastante”, ficou “intelectual demais”, eu achei. Existem textos interessantes escritos por eles (CADART, p. 19).

Os entrevistados citaram alguns grupos de resistência com os quais se identificam na França e que formam uma rede de resistência entre si.

E então, por exemplo, existe um movimento no nível da Educação Nacional dos “desobedientes”¹¹⁹. Eles foram punidos, alguns foram regredidos de cargo etc., punidos financeiramente. Existe todo um movimento que os apoia. Há um movimento também para federar (centralizar) esses movimentos. Existe um grande movimento na França que se chama RESF (*Réseau d’Education Sans Frontière*¹²⁰). De fato, este é um movimento que começou da Educação Nacional pelos professores para evitar as expulsões de crianças e de pais morando ilegalmente na França. É um movimento muito ativo na França. Houve expulsões dramáticas – um movimento que nasceu da parte dos professores. Os pais se associaram para salvar as crianças, as famílias, para bloquear as partidas (embarques) no aeroporto, para apoiar com petições. Eles conseguiram, assim, evitar muitas expulsões de famílias (CADART, p. 19).

Um dos grupos parceiros do PDC é o *Education National*, movimento de professores que se recusam a aplicar questionários e protocolos para a detecção de atrasos e avaliação das crianças menores. Eles alegam que classificar as crianças com protocolos e questionários tem o poder de fixar a criança que ainda está em desenvolvimento em uma determinada categoria, dificultando que ela saia dessa classificação. Essa ideia é coerente com o que o PDC defende: “se nós detectamos não estamos abertos ao encontro” (CADART, p. 18). Não se trata de negar cuidado, mas de apontar para o perigo da cristalização do diagnóstico. Ainda no campo da educação, há uma organização denominada *Réseau d’Education Sans Frontière*, na qual professores lutam para evitar a deportação de crianças e pais. Já o *Pas de bébé à la*

¹¹⁸ Vide apresentação deste coletivo no capítulo anterior.

¹¹⁹ Traduzimos “*désobéissants*” por desobedientes.

¹²⁰ O coletivo Rede de Educação sem Fronteiras luta pela não deportação generalizada de crianças, pais e professores e afirma que irá proteger os imigrantes vulneráveis acolhendo-os (RÉSEAU D’ÉDUCATION SANS FRONTIÈRE, 2006). Maiores informações sobre este grupo podem ser encontradas no endereço: <<http://www.educationsansfrontieres.org/>>.

*consigne*¹²¹ defende a qualidade do trabalho nas creches, que por sua vez parece estar decaindo devido a cortes de investimentos econômicos, entre outros motivos.

Além da rede nacional de movimentos de resistência, a internacionalização da rede é apresentada como um elemento que favorece a possibilidade de pressão aos responsáveis pelo projeto de lei, serviço de saúde etc. a que se visa fazer resistência. Os apoios internacionais são utilizados para dar força para as causas que os grupos defendem na França. O PDC tem parceiros internacionais no Canadá, Brasil e Argentina.

Mas o que é interessante, é que, por exemplo, quando Christine Davoudian me apresentou Silvana dizendo: “no Brasil, estão observando o *Pas de Zéro de Conduite* e acham interessante isto que está acontecendo”, para nós foi bom ouvir isso. Nós nos dissemos: “Bom, é isto aí, existe um pensamento que circula”. Em Quebec também, nós criamos imediatamente um vínculo com eles. É um movimento diferente, eles estão mais avançados sobre esse assunto porque não é a mesma cultura (CADART, p. 20).

Porque a ideia de se conectar, por exemplo, eu na Bélgica, eu encontrei pessoas que estão interessadas em criar um equivalente do coletivo *Pas de Zéro de Conduite* para que nós conseguíssemos nos colocar em contato (VERONIQUE, p. 94).

Para a API, a internacionalização da rede é uma prioridade, pois garante maior poder de influência nos dispositivos públicos. A API mantém relações com Quebec e com alguns países da América do Sul, principalmente com grupos que têm uma orientação “mais psicanalítica” (Teboul).

Quanto às relações internacionais, o que é interessante é que já organizamos uma viagem de estudos sobre a questão do autismo para Quebec nos anos 90. Nós também nos associamos a um movimento internacional que se chama Stop-DSM. Muitos psiquiatras e psicanalistas participam desse movimento. Nós nos interessamos pelo movimento Stop-DSM (TEBOUL, p. 47).

Para os entrevistados é um alívio saber que existe o Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade no Brasil, pois isso mostra que não estão sozinhos e que há reflexão em curso.

A posição política dos coletivos é expressa, principalmente, na escrita e assinatura de cartas/petições públicas. Os entrevistados, por sua vez, afirmam seu posicionamento político (em relação a projetos de lei, recomendações de saúde etc.) por meio da assinatura de petições e cartas. Todos os entrevistados mencionaram petições que assinaram nos últimos anos.

¹²¹ O grupo *Pas de bébé à la consigne* se uniu para protestar contra algumas medidas do governo que traziam a precarização das creches e demandar o reestabelecimento de políticas anteriores as quais garantiam o acolhimento com profissionais qualificados, com número de crianças estabelecido por turma, tempo e disponibilidade de acolhimento estabelecido junto com as famílias e também tempo de reflexão sobre a prática para os profissionais, o que eles afirmam que favorece uma relação individualizada com as famílias (PAS DE BEBE À LA CONSIGNE, 2009). Eles pedem para que o presidente considere a humanidade, a dignidade e os direitos dos bebês e de seus pais, e não apenas os chamados econômicos que demandam corte de verbas (PAS DE BEBE À LA CONSIGNE, 2009). Maiores informações sobre este grupo podem ser encontradas no endereço: <<http://www.pasdebebesalaconsigne.com/>>.

Podemos considerar que este é o maior instrumento de pressão desses grupos. Além de desempenhar a função de pressão, a petição lançada pelo PDC foi e é uma forma de conexão entre os signatários e articulação política na sociedade.

Nós nos dissemos: “é necessário nos associar a outros cuidadores”; nós então falamos com outras redes, identificamos chefes de serviço de psiquiatria infantil, as associações de psicólogos e de psicanalistas, as quais assinaram o texto e nós lançamos uma petição na internet. Era uma das primeiras petições, que tinha tido uma grande na França que tinha dado certo. E aí está, este era o começo (CADART, p. 4).

A linguagem utilizada nas petições e cartas de repúdio determina o poder de penetração e aceitação das petições. Os entrevistados observam a força que há na boa comunicação das ideias do grupo. A linguagem que atinge os cidadãos, de maneira geral, torna a petição acessível para um número maior de pessoas, deixando de se restringir aos profissionais da saúde, potencializando a luta dos coletivos. Esta é uma característica forte do PDC.

Há a compreensão de que o movimento de mercantilização da saúde é global e diz respeito a todos os profissionais da saúde, de modo que as reflexões e as lutas pela ética profissional podem ser construídas em conjunto. A rede de movimentos de resistência, de serviços de saúde e da comunidade torna o enfrentamento dessas questões possíveis no âmbito político. Há a percepção de que muitas das críticas e do sofrimento no campo do trabalho estão inseridas nesse contexto mais amplo atual, de modo que não dizem respeito a apenas um profissional individualmente e, sim, a algo produzido coletivamente. Dessa forma, o mal-estar deixa de ser interpretado como uma incapacidade pessoal ou patologia que deve ser tratada. Saímos do âmbito pessoal e passamos a pensar nas questões como dizendo respeito ao espaço de convivência e responsabilidade dos homens no coletivo, trata-se do espaço da política, conforme definimos no primeiro capítulo deste trabalho. Por meio das redes conectivas, assegura-se a politização das questões antes compreendidas como da ordem individual.

6.2.4 Intervenções multifocais e cuidado multidisciplinar considerando o contexto social, cultural e político dos usuários

O aumento da prescrição de medicamentos psicofármacos é uma expressão da extrapolação do processo de medicalização. O encontro entre uma sociedade que valoriza a normatização e o modo de funcionamento do sistema capitalista abre um campo enorme para a comercialização de medicamentos. As características do indivíduo valorizadas pelo capitalismo são as que o tornam mais produtivo ou melhor trabalhador. Na lógica da

produtividade, quanto mais rápido um comportamento considerado pouco produtivo possa ser revertido, mais eficaz o tratamento é considerado.

Eu penso que isso vai e isso vem e que efetivamente existe atualmente um desaparecimento do sujeito e uma sociedade muito mais rápida na qual nós pensamos menos e na qual nós temos menos prazer em pensar, em elaborar. Nós estamos muito mais dentro da imediatividade (ANNE, p. 64).

Este é também o mecanismo do mercado. Os entrevistados apontam um atravessamento dos valores do sistema econômico vigente no modo como se cuida da saúde da população. As características da pessoa que favorecem a produtividade são consideradas normais e desejáveis.

Eu acredito que isso está ligado à uma sociedade ultra liberal. É o ultra-liberalismo, que é toda uma concepção, uma visão, da sociedade. Princípio de precaução, menor risco; pensar em eficácia, procedimentos... tudo isto é um modo mais global de funcionamento. [...] No campo da saúde, da psi, pode ser considerado eficaz que as crianças sejam tranquilas, que o comportamento seja avaliado... e não que a criança seja criativa e brinque. E então, isso coloca também toda questão do controle social, porque quanto menos as crianças são criativas e imaginativas, mais elas serão tranquilas (bem comportadas) e entram em um molde. Porque a boa saúde mental em psi é também que uma criança seja criativa, brinque, etc., são essas capacidades (VERONIQUE, p. 93).

Assim, os medicamentos, frequentemente, são utilizados com o objetivo de controle social. Os entrevistados alertam para o perigo de os interesses econômicos influenciarem na organização do sistema de saúde. Há grande influência da indústria farmacêutica no modo de organização do campo da saúde de maneira geral.

Seria preciso que nos façamos conhecer um pouco mais aqui e que defendamos uma qualidade de tratamento que não seja apenas uma qualidade do empreendedorismo, como gostariam hoje em dia no hospital, cuja organização está completamente submetida à ideologia de hospital-empresa, uma visão de qualidade completamente desconectada da realidade do campo (TEBOUL, p. 46).

A luta para que a lógica de mercado não prevaleça sobre a lógica do cuidado nas decisões políticas no campo da saúde é compartilhada tanto pelos serviços apresentados pelos entrevistados, quanto pelos dois movimentos de mobilização dos profissionais. A API defende uma organização dos hospitais que não esteja a serviço do empreendedorismo.

Outro modo importante de influência da indústria farmacêutica na organização dos equipamentos de saúde é por meio do financiamento de pesquisas que tenham resultados favoráveis à prescrição e comercialização de medicamentos e práticas. Os entrevistados enfatizam seu posicionamento crítico a pesquisas financiadas por instituições que possam se beneficiar economicamente, por haver interesse nos seus resultados. A indústria farmacêutica tem papel protagonista nessa extrapolação.

As companhias farmacêuticas desenvolveram antipsicóticos ditos de terceira geração que foram vendidos como de alta performance, já que conservam todas as capacidades cognitivas dos sujeitos tratados e sem efeitos secundários (síndrome extrapiramidal, boca seca etc.). [...] De fato, os laboratórios produzem por produzir e colocam no mercado produtos que vendem 10 vezes mais caro e que são exatamente a mesma coisa, o que é um verdadeiro golpe muito bem pensado. Eu não digo que os tratamentos são inúteis, digo que aquilo que foi vendido pelas companhias farmacêuticas como sendo uma revolução está longe de sê-lo, por exemplo, os antidepressivos serotoninérgicos, inibidores de recaptura de serotonina (TEBOUL, p. 50).

É sinistro, não se trata de ciência, é tudo menos ciência, é outra coisa, é ideológico, é mercantil. E isso traduz como se exerce hoje a governança na escala mundial e nós vemos claramente que tudo isso é loucura. É exatamente o mesmo processo que está acontecendo com a recomendação sobre a hiperatividade com as companhias farmacêuticas que agem subterraneamente porque elas financiam as associações de pais de crianças “hiper-super” (TEBOUL, p. 38).

A dimensão econômica também influencia o modo como as classificações de doenças mentais são apresentadas. No Manual Estatístico de Doenças Mentais (DSM), que é, muitas vezes, utilizado como referência para se chegar a um diagnóstico, a concepção de tratamento é baseada na economia e na estatística. Teboul indica que o aumento das categorias diagnósticas do DSM responde à necessidade de haver um diagnóstico para todos os pacientes que buscam ajuda para seu sofrimento, de modo que haja previsibilidade do tratamento para cada diagnóstico e este possa ser reembolsado pelo convênio de saúde. Dessa forma, o aumento nas categorias diagnósticas ajuda o público a conseguir reembolso de uma variedade maior de tratamentos.

É necessário compreender também que essa conduta não parte obrigatoriamente de uma má intenção por parte dos psiquiatras que redigem o DSM. Existe uma tal pressão nos Estados Unidos, por parte das companhias de seguro-saúde, sobre o reembolso dos tratamentos, que faz com que seja absolutamente necessário alargar os campos de doenças para poder ser reembolsado, senão não seríamos reembolsados. Isto também é uma loucura. Assim vemos como as considerações econômicas, finalmente, influenciam completamente uma organização social e um modo de pensar o ser humano (TEBOUL, p. 47).

Nessa lógica do “evitamento” de riscos, a padronização dos tratamentos torna-se central, pois ela garante a previsibilidade deles, de modo que alguns medicamentos são, inclusive, utilizados com o objetivo de prevenção de riscos. Louise acrescenta que o excesso de diagnósticos preconizados pela psiquiatria americana é devido a *lobbies* dos laboratórios farmacêuticos que contribuem para esse aumento nas categorias diagnósticas.

O efeito colateral dessa ampliação dos sintomas a serem considerados patológicos é o alargamento do espectro do que é considerado um comportamento desviante. Assim, o que de um lado viabiliza financeiramente diversos tratamentos para classes mais pobres, de outro promove a patologização da vida. Dessa forma, por exemplo, o paciente que permanecer em luto por mais de duas semanas poderá receber tratamento e ser reembolsado por isso,

considerando que no DSM V está previsto que o luto dure até duas semanas e depois desse período ele passa a ser considerado patológico. Trata-se de uma hiperextensão dos diagnósticos.

Isso [número de diagnósticos] aumentou porque existe uma extensão dessa síndrome, ou seja, atualmente para todo transtorno de atenção, qualquer pequeno transtorno de comportamento/agitação, nós temos a tendência de dizer transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, e isso é abusivo, portanto o problema para mim está aí (VERONIQUE, p. 88).

No caso do diagnóstico de TDAH, os entrevistados compreendem que, antes de discutir a prescrição ou não de medicamentos, é necessário refletir sobre a definição desse diagnóstico, levando em conta que o alargamento do que é considerado um comportamento patológico engendra o aumento da prescrição de medicamentos. Eles observam que esta é uma tendência, principalmente, para crianças e adolescentes direcionados para o tratamento de supostas doenças mentais, mas também de forma profilática, o que é ainda mais preocupante, pois nestes casos não há um sintoma concreto a partir do qual é possível fazer o controle dos efeitos do medicamento.

Existe, hoje em dia, uma reflexão em curso sobre o pensamento atuarial, sobre o modo como o homem é pensado hoje – como uma soma de fatores de riscos que devemos absolutamente prevenir – e uma reflexão sobre o modo como a ferramenta estatística permite finalmente descrever um indivíduo considerando seu mapa genético, seu modo de vida etc., o que se constituem como riscos a prevenir. Assim, cabe ao indivíduo gerir seus riscos e prevenir os “eventos indesejáveis” – porque é assim que se fala hoje em dia – que possam ocorrer na sua vida. Quando refletimos sobre isso é verdade que se torna completamente louco, porque no final das contas acabamos por antecipar a vida em nome da gestão de riscos. [...] Muitos eventos que poderiam vir a acontecer são antecipados, sem possibilidade de vivê-los em nome de uma gestão de risco. É uma visão estatística do homem, uma visão bem econômica, na qual “é necessário gerir seu capital de saúde”¹²² Esse modo de pensar o humano puramente econômico e assegurado (de modo mais seguro) se torna extraordinariamente inumano, eu acho (TEBOUL, p. 48).

A utilização de psicofármacos de forma profilática evidencia um raciocínio clínico que favorece a patologização de comportamentos, de modo que o tratamento pode ter o efeito de silenciar e ocultar possíveis conflitos. Assim, mesmo existindo uma regulamentação rígida da prescrição de medicamentos na França, o raciocínio clínico convencional e atual aumenta as possibilidades de um medicamento ser prescrito. Veronique observa que essa tendência está acontecendo principalmente nos hospitais universitários.

Na França, as crianças estão, de certa forma, protegidas da hiperprescrição de medicamentos, por conta das leis que regulamentam¹²³ a prescrição de psicofármacos como o

¹²² Traduzimos “*il faut gerer son capital santé*” por “é necessário gerir seu capital de saúde”.

¹²³ Para o metilfenidato a Agência Nacional de Segurança do Medicamento e dos Produtos de saúde indicou em 17/07/2012 que “o metilfenidato é um psicoestimulante indicado no quadro de um tratamento global do

metilfenidato e psicotrópicos. Os entrevistados entendem que a regulamentação rígida da prescrição de psicofármacos para as crianças é uma resistência importante a esse efeito da medicalização que é o consumo exacerbado de medicamentos.

Na França, nós prescrevemos bem menos medicamentos para as crianças pequenas. A ritalina é pouco prescrita para os pequenos ainda. E, além disso, eu vou te dar uma outra informação. A França é o país que mais consome psicotrópicos na idade adulta. Então os medicamentos são muito presentes, mas não para bebês, nem para os pequenos (CADART, p. 4).

Mesmo com a rigidez das leis, os entrevistados observam que há um grande número de crianças sendo medicadas com risperidona e metilfenidato para o controle da hiperatividade e desatenção. Os profissionais avaliam que o funcionamento da instituição em que trabalham favorece a não prescrição de medicamentos, pois há um acolhimento institucional. No CATTP, em 15 anos, Anne recebeu apenas uma criança que chegou tomando Ritalina e, ao longo do processo terapêutico, a medicação foi sendo retirada conforme o trabalho institucional se desenrolou. “Eu penso que nós recorremos aos medicamentos quando não existe justamente a continência psíquica. Quando eu digo continência psíquica, quero dizer um trabalho de todos: institucional, de toda a equipe, de um quadro de contenção e abertura onde ele pode se desenvolver” (ANNE, p. 7). Trata-se de um funcionamento institucional que favorece o processo de tratamento condizente com a psicodinâmica e de um trabalho de rede importante que dá conta do sintoma.

Os entrevistados observam que em serviços que deixam de ser orientados pela psicanálise ou pela psicoterapia institucional há mais uso de terapia medicamentosa. Louise apresenta outra perspectiva a respeito da prescrição de medicamentos. Ela atende pacientes em um ambulatório de doenças neurológicas em um hospital parisiense. Frequentemente, é ela quem dá o diagnóstico da criança, após esta já ter passado por alguns médicos. A grande maioria das crianças atendidas por ela tem algum acometimento neurológico com

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em crianças de 6 anos ou mais, apenas se medidas corretivas psicológicas, educativas, sociais e familiares se mostrem insuficientes. [...] A prescrição de metilfenidato deve estar inscrita no âmbito de um tratamento global e em complemento das medidas corretivas citadas acima”. Nesse relatório a Agência Nacional avalia que, desde 2004, houve um aumento mais expressivo do consumo de metilfenidato, no entanto em comparação com os Estados Unidos e outros países europeus sua utilização continua bastante limitada na França. Em 2011 aproximadamente 42.000 pacientes foram reembolsados por pelo menos uma caixa de metilfenidato. “A prescrição inicial e as renovações de prescrição anuais são regulamentarmente reservadas aos especialistas e/ou serviço hospitalares especializados em neurologia, em psiquiatria ou em pediatria (e centro de sono para Ritalina 10mg), ao menos 10 % dos primeiros prescritores são os médicos gerais exercendo a profissão como profissionais liberais”. As prescrições podem ser refeitas mensalmente pelos médicos da cidade ou no hospital. Além disso, a prescrição se efetua na folha de prescrição de medicamentos controlados e é limitada a 28 dias. O paciente deve informar para o médico o nome do farmacêutico que ficará responsável pela entrega do medicamento e o médico deve indicar a posologia, a duração do tratamento e as quantidades prescritas em todas as prescrições escritas (AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ, 2012).

comorbidades, como o TDAH. Louise relatou o caminho que percorre para prescrever um medicamento como um cuidado necessário para uma prática ética. Um de seus pré-requisitos para a prescrição do metilfenidato é ter um teste neuropsicológico que comprove a dificuldade de atenção e este deve estar associado à observação clínica. A médica prescreve medicamentos sempre que a hiperatividade está associada a uma lesão neurológica. Ela nunca prescreve o metilfenidato na primeira consulta e sempre sugere antes uma adaptação do ambiente, uma reeducação, acompanhamento e se isso é ineficaz propõe o medicamento em um segundo momento. Trata-se de uma intervenção multifocal.

Bom, eu acho que devemos prescrever quando temos absolutamente certeza do que fazemos, mas não hesitar a suspender a prescrição se não funciona ou tentar um outro medicamento. O medicamento é uma ferramenta como qualquer outra: a mesma coisa, não é uma verdade. Eu tento um tratamento e se ele não funciona ao fim de 15 dias ou 3 semanas eu suspendo. Eu monto posologias: eu mudo de medicamento sempre dando metilfenidato com liberações diferentes...eu acho que temos que tentar...as pessoas que são contra a ritalina não é somente porque.. eu vi crianças que tiveram o prognóstico completamente modificado pela ritalina. [...] quer dizer que de repente são capazes de se sentar na escola de ter um posicionamento por eles próprios. E isso muda radicalmente a vida deles. Eles não são curados pela ritalina, mas eles podem se sentar e escutar o que dizemos a eles, e depois eles podem parar, e todo o seu psiquismo é modificado, porque em vez de serem retardados como dizem, são crianças que se posicionam como alunos e que se vêem valorizados e apreciados na escola, e que mudam completamente de atitude inclusive ao nível do comportamento. Para situações como esta, e eu encontro muitas, como eu penso aplicar boas indicações, pois são bem pensadas, para todas essas crianças vale muito a pena tentar a ritalina. Mas não devemos tentar direto, eu vi crianças saírem de uma consulta com ritalina, isso não é possível! (LOUISE, p. 74).

Louise conta que espera a criança estar com os sintomas estabilizados e começa a retirada da medicação. Ela raramente prescreve Ritalina para os menores de 6 ou 7 anos porque nessa idade o lobo frontal está em processo de maturação. Louise e Adrien criticam quem é contra prescrever esse medicamento em quaisquer circunstâncias, para eles isso é desconsiderar a parte biológica. “Mesmo eu que sou alguém que *a priori* desconfio desse tipo de prescrição, para alguns casos eu já fui levado a prescrever em último recurso” (ADRIEN, p. 1). A prescrição de medicamentos é apresentada como um dos cuidados para os pacientes que deve ser acompanhado de intervenções em diversos âmbitos da vida.

O processo de medicalização se revela no alargamento do critério do que é considerado patológico e que, então, demandará um tratamento. No sistema capitalista, esse aumento de demanda de tratamentos para cada vez um maior número de sintomas e que ajam de forma rápida, sendo assim considerados eficazes, engendra a hiperprescrição e consumo de medicamentos. Essa consequência da patologização da vida acarreta em efeitos no mercado para a indústria farmacêutica, que ganha investimentos. Conforme vimos nas constelações

anteriores e nesta, algumas estratégias de resistência se constroem frente e junto a essas marcas da medicalização. O modelo assistencial de equipe multidisciplinar foi apresentado como um modo de abrir reflexão sobre o processo diagnóstico e indicação de tratamento. Isso também acontece na produção de conhecimento na Universidade e nos serviços de assistência de saúde à comunidade. Louise aponta uma forma possível de atendimento construído por diferentes ângulos de visão, denominando-o de intervenção multifocal. A composição de perspectivas diversas amplia a possibilidade de pensamento na assistência à saúde. Isso também é favorecido pela rede formada pelos serviços como foi relatado por Anne no CATTP. Os dispositivos menores e voltados para as especificidades do entorno são vozes importantes que constroem um processo diagnóstico e de tratamento complexo. As práticas de reflexão em grupo e espaços dentro da instituição de continência para os comportamentos disruptivos e sofrimento favorecem os cuidados mais alongados no tempo, tendo a possibilidade de não precisar eliminar os sintomas ou comportamentos indesejados imediatamente. As abordagens teóricas que incentivam a pergunta sobre o próprio fazer e estar na posição de não-saber confluem para a abertura de uma compreensão que leve em conta as diversas dimensões da pessoa. Todas essas aberturas de espaço de pensamento se entrelaçam formando a resistência ao hiperdiagnóstico e exacerbação de utilização de fármacos.

6.3 AMPLIANDO O DEBATE SOBRE A RESISTÊNCIA À MEDICALIZAÇÃO: ENTREVISTA COM MANUEL VALLÉE

O primeiro contato com o Professor Manuel Vallée ocorreu em março de 2012 no início da busca por bibliografia sobre o tema da medicalização. Quando tive dificuldade de acessar o seu artigo “*Resisting american psychiatry: French opposition to DSM III, biological reductionism and the pharmaceutical ethos*”, enviei um e-mail para o autor perguntando se ele teria como me ajudar. Ele respondeu gentilmente enviando dois artigos seus e iniciamos uma troca de e-mails sobre a presente pesquisa, com a qual ele tinha muito a contribuir sugerindo algumas reflexões. Após um ano sem contato, retomamos as trocas de e-mail no momento em que eu retornei ao Brasil e já havia realizado as entrevistas na França, nas quais citei o artigo dele. Neste momento, Vallée aceitou conceder uma entrevista. Algumas semanas antes, enviei um resumo com o trajeto da pesquisa até aquele momento, o objetivo desta e o termo de consentimento que permitia a divulgação do seu nome neste trabalho. A conversa foi realizada por Skype e teve a duração de pouco mais de uma hora. A transcrição da entrevista

foi enviada para o professor após um mês de sua realização. Ele reformulou algumas informações que não haviam ficado precisas e enviou o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Além disso, Vallée inseriu-me em sua rede de contatos sobre o tema da medicalização no Brasil, me apresentando por e-mail para uma jornalista brasileira que também o procurou, pois iria fazer um documentário sobre o aumento do consumo de *Ritalina* no Brasil. O contato com Vallée perpassou todo o processo de pesquisa e teve caráter de troca e de orientação quanto às minhas indagações na pesquisa. O professor se mostrou interessado em saber da atualidade do contexto francês e, também, do impacto da citação de seu trabalho nas entrevistas com os profissionais franceses.

Os principais temas das entrevistas com os profissionais franceses pautaram a conversa com Vallée. Apresentei a análise já realizada organizada em cinco tópicos. O primeiro tratou sobre a tendência em curso de considerar a abordagem comportamental como a única eficaz, no que se refere a tratamentos em saúde mental. O segundo tópico de análise foi a exclusão de abordagens que não se baseiam no comportamento em pesquisas sistemáticas, como, por exemplo, na metanálise conduzida pelo Instituto Nacional de Pesquisa Médica na França, o INSERM sobre o Transtorno de Conduta na infância. O terceiro tema elencado foi a valorização crescente de estudos quantitativos que fornecem respostas imediatas a problemas na área médica. O quarto tópico apresentado foi a proibição da utilização da CFTMEA e a obrigatoriedade de utilizar a CID 10 nos serviços públicos de saúde na França. Por último, foram apresentados alguns dos grupos de resistência, dos quais os entrevistados fazem parte, para que o professor contribuísse com o pensamento sobre a resistência à medicalização.

Ao longo do relato, Vallée foi contextualizando reflexões do seu percurso acadêmico que fazem parte da sua resistência a práticas vigentes que funcionam de acordo com a lógica da medicalização. Ele trabalhou na área de publicidade de medicamentos e se incomodava com o modo como as informações eram distorcidas. O entrevistado realizou sua graduação em antropologia, com mestrado e doutorado em sociologia na Universidade Berkeley da Califórnia. Sua dissertação focou o aumento de propaganda para pacientes de prescrição de medicamentos (“*Direct-to-consumer advertising*”). No doutorado, um de seus objetivos era a compreensão do processo de prescrição de medicamentos. Com a oportunidade de ganhar uma bolsa de estudos para realizar sua tese na França, o antropólogo buscou uma pergunta de pesquisa que comparasse dados dos dois países. Começou observando as diferenças no modo de realizar um diagnóstico em saúde mental na França e nos Estados Unidos. Os franceses são os europeus que mais consomem antidepressivos, comportamento que se assemelha aos dos

americanos, por isso Vallée descartou esse tema como ponto de comparação entre esses países.

E então comecei a pesquisar, pesquisar, pesquisar até que, em determinado ponto, deparei-me com as diferenças relativas ao TDAH. [...] Acabei encontrando essa enorme diferença: nos EUA 5% das crianças – de todas as crianças – tomam psicoestimulantes, enquanto na França esse número cai para 0,2%. Trata-se de uma gigantesca diferença e foi então que eu pensei... é isso!... achei dois casos que apresentam uma diferença a ser estudada (VALLÉE, p. 124).

E na medida em que fui pesquisando os dois casos (França e EUA), percebi que eles usavam sistemas diagnósticos diferentes. Na França, utilizam a CID – a Classificação Internacional – e a “Classificação Francesa de Distúrbios Mentais em Crianças e Adolescentes” [...] Percebi que, ao falarmos de medicalização, a definição do diagnóstico tem um papel importantíssimo na quantidade de crianças que serão diagnosticadas com esse problema. (VALLÉE, p. 125).

Assim, sua tese de doutorado teve como objetivo compreender a construção social do mercado americano de fármacos. O professor da Universidade de Auckland de sociologia do diagnóstico se preocupa em não tomar os dados encontrados na sua pesquisa, ou em qualquer outra, como absolutos. Ou seja, não generaliza os achados rapidamente, afirmando que toda a França, então, mantém práticas de não prescrição de medicamentos para o TDAH. Ele enfatiza que coexistem diversas abordagens para o tratamento do TDAH.

O conceito de medicalização é considerado, pelo entrevistado, como vago na literatura em geral. Ele define o processo de medicalização como “o que acontece para que determinadas condições venham a ser consideradas um problema de ordem médica e que exige uma solução médica” (VALLÉE, p. 121). Vallée avalia que esse modo de compreensão dos fenômenos humanos pode acarretar em efeitos bons e ruins concomitantemente, como tem sido descrito na literatura.

Quando uma pessoa está em sofrimento e ninguém lhe fornece um diagnóstico, ela não pode obter os recursos médicos para lidar com esse problema. E quando há um diagnóstico em que possa ser enquadrada, de repente essa pessoa não só passa a ter sua doença reconhecida, como também pode obter recursos médicos para um tratamento (VALLÉE, p. 140).

Assim, o sentido da compreensão que medicaliza, neste caso, é possibilitar que uma pessoa em sofrimento tenha a definição e o acesso a um tratamento. Por outro lado, Vallée aponta que a indústria farmacêutica se aproveita da situação da busca por um cuidado para o sofrimento e apresenta soluções medicamentosas sem discriminação de acuidade.

Se você considerar qualquer doença como o diabetes ou a asma, por exemplo, verá que (o processo de medicalização) é mais para doenças basicamente psicológicas. No caso do TDAH, sempre haverá toda uma parte da população que se enquadra no diagnóstico de TDAH, sempre haverá uns 10% constituindo esse núcleo, os quais claramente podemos classificar como portadores de um mal que necessita de auxílio. Mas o que as indústrias de medicamentos querem fazer é inventar um novo diagnóstico (VALLÉE, p. 140).

Na contextualização sobre o fenômeno da medicalização, Vallée citou Irving Zola e Peter Conrad como autores que inicialmente o descreveram na literatura. Zola expôs o modo como os médicos passaram a controlar cada vez mais a vida cotidiana e a institucionalização do controle social, sem denominar esse processo como medicalização. Para Vallée, é imprescindível que façamos a distinção entre os conceitos de medicalização e farmacologização. No início da entrevista, essa diferença não estava clara e, ao longo da nossa conversa, ela foi se mostrando importante.

A compreensão dos fenômenos humanos a partir do olhar da medicina implica a possibilidade de tratamento para a situação a ser pensada. A investigação diagnóstica coincide com a busca por aliviar um sofrimento, assim olhar para um fenômeno humano com as lentes do saber médico é, também, buscar diminuir um sofrimento latente. Junto com isso, vem o olhar patologizante para o sofrimento, situação em que este se torna sintoma e é tratado com terapia medicamentosa. Algumas vezes a compreensão é que o sofrimento apenas merece ser tratado, caso seja enquadrado em uma patologia. A indústria farmacêutica entra em cena nesse processo incentivando que mais medicamentos sejam administrados, considerando que seu objetivo é expandir o lucro. O conceito de farmacologização se refere a esse momento do processo de medicalização.

Ele (Conrad) falou sobre a indústria farmacêutica, sobre como os profissionais dessa área estão inventando novos diagnósticos para poderem vender seus medicamentos. E há também os seguros-saúde. A tudo isso ele chamou de “drivers”¹²⁴. Acho que os “drivers” do processo de medicalização estão utilizando a educação como um outro mecanismo, como mais uma estratégia (VALLÉE, p. 129).

Assim, compreendo que um dos engendramentos do processo de medicalização é o fenômeno da farmacologização¹²⁵. Há a compreensão do sofrimento como um problema médico, o qual recebe uma denominação diagnóstica, para em seguida ser tratado com a administração de fármacos, com o objetivo de retornar a um estado de normalidade, que seria a ausência de sofrimento.

A expansão das categorias diagnósticas e dos fenômenos compreendidos como patológicos é uma expressão da medicalização e da farmacologização. O comportamento,

¹²⁴ “Drivers” podemos traduzir por vetores.

¹²⁵ A farmacologização pode ser compreendida como “a tradução ou transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas” (CAMARGO, 2013, p. 845). A farmacologização se caracteriza pela utilização de medicamentos sem que o indivíduo esteja doente. Trata-se da busca por uma supernormalidade por meio da medicação, de modo que há a expansão do mercado farmacêutico para os indivíduos saudáveis. O processo de farmacologização favorece a relação direta da indústria farmacêutica com os consumidores. Além disso, é efeito da farmacologização a criação de identidades em torno do uso de medicamentos específicos. Camargo (2013) se refere a uma “colonização da vida humana pelos produtos farmacêuticos” (CAMARGO, 2013, p. 845).

quando enquadrado em um diagnóstico, passa a ter um medicamento indicado para tratá-lo. Esse processo acontece em diversas áreas da saúde e não apenas na área da saúde mental. A ampliação do que é considerado patológico interfere diretamente no aumento do mercado da indústria farmacêutica.

A calvície se tornou um problema de saúde, sendo que antes isso não era um problema de ordem médica. O envelhecimento também se transformou em uma questão de saúde. É assim que, agora, temos uma proporção cada vez maior de condições da vida cotidiana que, há 50 anos, eram simplesmente consideradas como parte da vida normal. Ou seja, temos uma maior quantidade de coisas a serem “medicalizadas”. É algo que vem sendo analisado dentro de uma estrutura médica, sob a ótica médica, com médicos definindo problemas de ordem médica que devem ser tratados com uma solução medicinal. Tome o caso do Viagra, por exemplo. O Viagra é um medicamento para tratar a disfunção erétil. Isso passou a ser considerado um problema de saúde também. Vemos, à nossa volta, todos esses problemas que, de repente, passaram a ser problemas de saúde (VALLÉE, p. 126) .

No campo da educação a ampliação do que é considerado patológico acontece com a instrução de professores na detecção de transtornos, os chamados “*sickbrokers*”. Vallée citou um artigo que ilustra esta estratégia da indústria farmacêutica para intensificar a prescrição de *Ritalina* para crianças.

Os manuais de classificação diagnóstica que orientam o médico no processo diagnóstico vêm aumentando a possibilidade de enquadrar um comportamento em uma patologia.

O melhor indicador (da medicalização) seria o número de pessoas que estão recebendo esse diagnóstico, pois, quando há uma expansão nesse número, somos levados a crer que a medicalização está ocorrendo. E se há uma expansão dos tipos de coisas que passam a ser vistas como problemas de saúde, isso também constitui um sinal de medicalização. Basta olhar para a DSM e o número de categorias disfuncionais que passaram a existir com a DSM II e a DSM III... depois a DSM IV... e agora a DSM V. Estamos assistindo a uma expansão gradual do número de diagnósticos. É assim que mais e mais pessoas estão sendo enquadradas como doentes (VALLÉE, p. 127).

A classificação que os médicos usam como referência no processo diagnóstico pode favorecer ou dificultar a patologização do sofrimento. Vallée citou uma pesquisa na qual médicos eram convocados para avaliar uma criança, a partir do CID e do DSM, que supostamente sofria de TDAH. Chegou-se à conclusão de que os médicos que utilizaram o DSM davam cinco vezes mais diagnósticos de TDAH em comparação com os profissionais que utilizaram o CID. Para o entrevistado, a CFTMEA apresenta mais restrições para se chegar a um diagnóstico.

A criação e a utilização da CFTMEA como classificação diagnóstica são uma das formas de resistência surgidas no seio da psiquiatria infantil francesa. Na entrevista, contei para Vallée que nos serviços de saúde mental franceses estava sendo obrigatória a utilização

do CID, de modo que não poderiam mais utilizar a CFTMEA como referência no sistema digital de prontuário. “Podemos ter vários tipos de resistência – pode haver a resistência formal, que é aberta, ou a resistência por meio da sabotagem do processo” (VALLÉE, p. 132).

Bom, acho que os psiquiatras infantis franceses são um exemplo dessa resistência à medicalização. Na verdade, não sei se eles são realmente resistentes à medicalização; acho que sua maior resistência é contra a farmacologização. Mas, mesmo assim, eles resistiram à medicalização por um bom tempo. Durante muito tempo, recusaram-se até mesmo a reconhecer o TDAH como um problema de saúde. Nos últimos quinze anos, passaram a adotar uma postura diferente e agora admitem que o TDAH seja um distúrbio de natureza médica. Mas, mesmo assim, ainda se mostram relutantes em prescrever medicamentos para o tratamento desse distúrbio. Com isso quero dizer que existe grande resistência por parte dos pais, que se recusam a dar remédios aos seus filhos... e se recusam terminantemente a fazer isso (VALLÉE, p. 130) .

No artigo de Vallée sobre o processo diagnóstico do TDAH na França e nos Estados Unidos, a diferença de concepção de patologia das classificações (DSM e CFTMEA) fica explícita, considerando que esses países apresentavam números bastante diferentes de prescrição de metilfenidato para tratar o TDAH. Tal discrepância explicita que o processo diagnóstico não acontece de forma natural. Ele decorre de uma compreensão que sempre tem uma perspectiva.

Uma das coisas que descobri na França quando o TDAH começou a ser reconhecido como um problema médico que exigia tratamento foi que, apesar disso, não se administravam medicamentos farmacológicos. Tinha-se, assim, um quadro na França e também nos Estados Unidos em que existia um problema “medicalizado”, considerado uma questão de natureza médica, mas com resultados de tratamento completamente diferentes. E, no caso dos EUA, era uma questão tratada com fármacos, ao passo que na França isso não acontecia... ou pelo menos acontecia em escala bem menor... Muito, muito menor (VALLÉE, p. 121).

A não naturalização do processo diagnóstico traz luz para o conceito de farmacologização e de medicalização. Nessa comparação entre países, concluiu-se que a prescrição de medicação para os casos de TDAH decorre de um modo de olhar para o sintoma de desatenção e hiperatividade, o qual demanda um tipo de cuidado condizente com a perspectiva utilizada.

Outra brecha para o aumento de prescrições é a pressão da indústria farmacêutica sobre os órgãos públicos para ter leis que favoreçam essa prática.

E as leis estão sujeitas a pressões. As indústrias farmacêuticas perceberam isso e estão empenhadas em mudar a legislação de modo a tornar mais fácil aos consumidores a consulta com profissionais particulares. E se isso vai ter sucesso ou não depende das forças de organização da psiquiatria infantil ou das pessoas que veem o TDAH como um distúrbio que deve ser tratado nas linhas de uma abordagem de grupo (VALLÉE, p. 136).

Quando o processo diagnóstico se resume à tarefa de verificar a pertinência do enquadramento dos comportamentos apresentados pelo paciente nas categorias diagnósticas, a

pessoa que apresenta o sintoma é desconsiderada em prol da sistematização do critério diagnóstico. Nesse contexto, “quando seus pacientes desejam falar sobre sua doença e o impacto que isso tem sobre eles, os médicos se mostram desinteressados. O que eles querem saber é sobre os sintomas para que, assim, possam classificar os pacientes neste ou naquele quadro” (VALLÉE, p. 121).

Ao desconsiderar a pessoa que está doente e privilegiar a doença, desconsidera-se uma série de fatores que poderiam ser levados em conta no processo diagnóstico. Trata-se de um movimento que reduz a complexidade, a serviço da busca pela objetividade e neutralidade no processo diagnóstico. O mesmo princípio de simplificação pode ocorrer com a psicologia, quando esta desconsidera a origem biológica de questões psicológicas. Trata-se de uma psicologização, a qual seguiria a mesma lógica que a medicalização. Vallée considera que os profissionais da saúde deixam de lado problemas relacionados com saneamento básico, higiene, alimentação entre outros, ao considerar os sintomas sem explicação orgânica como apenas de ordem psicológica. O professor da Universidade de Auckland, para não cair em tal reducionismo, busca conhecer as reais origens de um sintoma ou sofrimento.

Então, eu tento dirigir minha atenção a questões de definição; quem tem o poder de decidir o que deve ser considerado um problema de natureza médica e como esse problema acaba sendo tratado com medicamentos e, nessa linha, tento descobrir as origens do problema. É nisso que estou concentrando meus esforços cada vez mais (VALLÉE, p. 122).

Em relação ao diagnóstico de TDAH, Vallée apresenta algumas hipóteses de causas ligadas ao modo de vida e alimentação que não são consideradas no contexto médico ou psicológico. Ele distingue a resistência dos profissionais franceses à medicalização e à farmacologização. A resistência à medicalização corresponde aos profissionais não considerarem o TDAH uma patologia a ser tratada, já a resistência à farmacologização seria a recusa por tratamentos farmacológicos.

Na medida em que prossegui na minha pesquisa, percebi que se tratava de uma diferença fundamental (entre medicalização e farmacologização). Em ambos os casos, o problema tinha sido tratado em termos médicos. É algo reconhecido pelo *establishment* da medicina, entretanto, a decisão de tratar esse problema desemboca em procedimentos diferentes. [...] Acho que a principal contribuição foram as diferenças na farmacologização: quais são os processos que levam um determinado país a tratar um problema de saúde com medicamentos e um outro país a somente usar drogas medicamentosas como última opção? (VALLÉE, p. 124).

A resistência à medicalização e à farmacologização na França se revela nas estratégias encontradas pelos profissionais que atuam no campo, no modo de funcionamento dos serviços de saúde com equipes multidisciplinares e, também, por meio da legislação francesa, a qual restringe a prescrição de medicamentos, favorecendo resistência. No contato de Vallée com o

contexto francês, a prescrição de medicamentos apenas acontecia em última instância, depois que as intervenções não medicamentosas se esgotassem. Um dos exemplos trazidos pelo entrevistado é o modelo de atendimento em grupo multidisciplinar, que acontece nos hospitais universitários franceses, para se chegar ao diagnóstico de TDAH, assegurando uma visão complexa para o sintoma.

[...] na França, sou levado a crer que, no caso do TDAH, [...] eles têm uma abordagem holística bastante abrangente – e isso inclui a psicoterapia, terapia em grupo, aconselhamento familiar, aconselhamento infantil, cursos dirigidos aos pais, em que a Ritalina poderia ser cogitada, mas somente como último recurso e nunca como a única forma de tratamento (VALLÉE, p. 133).

Outra coisa a analisar no caso francês é o seguinte: se o governo impõe restrições à administração de Ritalina e se uma das restrições era que qualquer criança que fosse inicialmente avaliada como portadora de TDAH deveria ser reavaliada em ambiente hospitalar, então é impossível fechar um primeiro diagnóstico com um médico particular. A razão pela qual fizeram isso é porque queriam aplicar uma abordagem abrangente de grupo. Num ambiente hospitalar, você contará com um psicólogo na sua equipe, além de um neurologista, pediatra, psiquiatra infantil, psicólogo e assistente social – isso torna muito mais fácil trabalhar sob a perspectiva de uma abordagem de grupo. Se você vai somente a um pediatra particular, ele poderá ter suas próprias conexões com outras pessoas, poderá indicá-lo a outros profissionais, a um psicólogo, um neurologista e por aí afora (VALLÉE, p. 135).

A abordagem multidisciplinar foi um dos fatores “que reduziu o uso de medicamentos farmacológicos no tratamento do TDAH na França” (VALLÉE, p. 135). O sociólogo observa que tanto na França quanto nos EUA os pediatras têm uma visão mais organicista do que os psiquiatras infantis, prescrevendo mais, e esse dado se constitui em um espaço de manobra para a indústria farmacêutica garantir a ampliação do número de prescrições.

E se você estabelecer uma comparação entre a França e os EUA, verá que nas terras americanas a maioria dos casos é tratada por pediatras... 70% dos casos estão nas mãos dos pediatras! Então, são eles quem controlam o mercado de TDAH e, já que os pediatras têm um viés biológico de ver as coisas, não causa nenhum espanto que a Ritalina seja a alternativa mais utilizada como resposta ao problema. Na França, até a época em que eu estava lá e estudei lá, os psiquiatras infantis controlavam essa área. Por estarem com o controle nas mãos e por aderirem à abordagem psicanalítica e psicodinâmica, reside aí a razão pela qual havia tanta resistência ao uso de fármacos e o porquê de, no fim das contas, acabarem por admitir essa prática como último recurso – e somente mediante uma abordagem em grupo e coisas do gênero. Acho que é importante averiguar o seguinte: como foi que isso mudou? (VALLÉE, p. 133).

O entrevistado lembra da época em que realizou sua pesquisa na França (cinco anos antes da entrevista, 2009) e teve conhecimento de grupos de pacientes e de psiquiatras infantis que eram resistentes à medicalização e de outros que incentivavam esse processo. Vallée observou a tendência a uma “restrição” ao ensino da psicanálise e um crescente número de profissionais buscando os conhecimentos do behaviorismo ou indicando pacientes para a terapia medicamentosa no tratamento do TDAH. Nessa tendência, a psicanálise perdia espaço

gradativo, pois os profissionais mais velhos iriam se aposentando e os mais novos parecem estar mais interessados em outras abordagens, principalmente baseadas no comportamento.

No que diz respeito às pesquisas acadêmicas, o entrevistado afirma que estudos quantitativos e qualitativos podem ser complementares, são formas distintas de abordar um problema e, portanto, chegam a reflexões diferentes com limitações diferentes. Ele avalia que a perspectiva dos estudos quantitativos favorece a abordagem comportamental e a indicação de terapias medicamentosas. Do seu ponto de vista, é importante que coexistam metodologias de pesquisa, garantindo a pluralidade nesse campo.

O quantitativo nos ajuda a compreender os padrões das coisas, mas não nos diz nada sobre como entender o processo – zero! Acho que o mesmo acontece com esses estudos quantitativos com essa abordagem de classificação apresentada pelo DSM III. Não dizem nada nem sobre os processos, nem sobre as causas. Tudo o que discutem é se os sintomas estão associados a alguma categoria específica de doença; não dizem nada sobre o contexto que possa trazer alguma contribuição, nem dizem nada sobre a biografia psicológica dos pacientes que possa ajudar a saber se houve algum trauma que pode ter originado o problema porque o DSM não dá atenção às causas (VALLÉE, p. 138).

A coexistência de distintos modos de olhar para um sofrimento favorece a complexificação da situação e dificulta a farmacologização de um sofrimento ou um sintoma orgânico.

Eu acho que, se uma pessoa está passando por algum problema, então é importante que, como sociedade, nós reconheçamos esse fato. O meu incômodo está exatamente na questão de por que nós estamos tentando suprimir esse sintoma com um remédio em vez de atacar as causas que estão na raiz do problema? Por que não dirigimos nossa atenção aos hábitos alimentares? Por que ignoramos a intoxicação por mercúrio? Por que não tratamos do assunto da intoxicação causada pela poluição? Por que não consideramos o contexto social? Por que não consideramos o trauma que uma criança pode ter sofrido em sua vida? Com isso eu quero dizer que, se fizermos tudo isso e os sintomas ainda continuarem a se manifestar, então ok, talvez seja necessário administrar medicamentos. Acho que os franceses estavam no caminho certo quando recorriam aos medicamentos apenas em última instância. Primeiro é preciso tentar tudo o que for possível e diferente dos medicamentos. Minha crítica aos franceses é que eles também ignoram a questão da dieta alimentar e da intoxicação por mercúrio... as causas biológicas que subjazem ao problema... (VALLÉE, p. 143).

A resistência à medicalização e, principalmente, à farmacologização do professor de sociologia do diagnóstico reside principalmente na divulgação de seu trabalho. Ele escreve sobre esses processos e evidencia a importância de investigar as verdadeiras causas de uma patologia para pensar no seu tratamento. O seu foco é a produção de conhecimento na área da saúde.

Alguns pesquisadores de TDAH em saúde ambiental descobriram que os sintomas do TDAH estão relacionados à exposição a chumbo, mercúrio, cádmio, PCBs, dioxinas, fumaça de cigarro e pesticidas... Eu consultei as diretrizes de práticas clínicas estabelecidas pela Associação Norte-Americana de Pediatria e distribuídas aos médicos. Estão enviando essas informações aos médicos para direcioná-los no

diagnóstico do TDAH. Acabei descobrindo que essas diretrizes, que deveriam ser ciência de ponta, nem mencionam os metais pesados aos quais as crianças podem estar expostas, nem como os sintomas ou o comportamento do TDAH podem estar relacionados com qualquer um desses poluentes que acabei de mencionar (VALLÉE, p. 123).

Uma das coisas que gostaria de fazer é aumentar o meu alcance. Isso seria, por assim dizer, minha prática comunitária até certo ponto. É algo bastante comentado na mídia, mas ainda preciso publicar mais antes de colocar isso em prática [...] Bom, ajudar a fornecer-lhes informações de modo que eles mesmos possam tomar suas próprias decisões, já que as diversas informações que lhes chegam agora são deficientes no que diz respeito às autoridades médicas e farmacológicas (VALLÉE, p. 122).

O sentido da resistência de Vallée à farmacologização é garantir que a população tenha acesso às informações para poder escolher com liberdade o modo de cuidar de seu sofrimento e sintomas. “Em suma, minha resistência às indústrias farmacêuticas não se aplica a esse núcleo de 10% no qual as pessoas podem estar em crise ou não, mas sim aos outros 90% que foram levados a acreditar que necessitam disso para o resto de suas vidas” (VALLÉE, p. 141). Além disso, ele pessoalmente não toma remédios, quando é possível outros tipos de cuidado.

De que maneira eu resisto? Bom, eu não uso remédios nem mesmo quando tenho resfriado. Esse é um jeito particular de expressar minha resistência. [...] Eu não questiono essa pequena parte da sociedade que ocasionalmente necessitará de medicamentos em situações de crise. O que me preocupa é o excesso de farmacologização. [...] Então, o meu jeito de, digamos, oferecer resistência é escrever sobre como isso acontece, sobre os processos por meio dos quais as pessoas são levadas a tratar-se com fármacos em vez de outra coisa qualquer (VALLÉE, p. 141).

A partir da entrevista realizada com o professor Manuel Vallée compreendemos que sua resistência é principalmente direcionada à farmacologização. Entendo que esta é um engendramento radical do processo de medicalização. A resistência à farmacologização aponta para a possibilidade de o paciente ser escutado no processo de tratamento em sua singularidade, de modo que não aconteça um processo diagnóstico voltado apenas para a prescrição de fármacos. Ou seja, cuidado que se resume à identificação de comportamentos correspondentes às categorias descritas nos manuais de classificação diagnóstica e à patologização generalizada de situações e comportamentos humanos. Vallée luta para que possamos cuidar dos problemas/sofrimentos das pessoas sem a utilização de medicamentos, pois entende que grande parte dos tratamentos com fármacos está a serviço do lucro da indústria farmacêutica, o qual não coincide eticamente com o sentido de cuidar do sofrimento. Assim, o professor luta contra a manipulação de informações realizada pela indústria farmacêutica. Seu modo de lutar por isso é informando a população sobre as implicações de utilizar fármacos e sobre as causas do TDAH, de modo que cada pessoa possa tomar sua

decisão por inteiro. Vallée observa a tendência de expansão do alcance da farmacologização, chegando, inclusive, na área da educação.

A produção de conhecimento na área médica é um dos focos de Vallée. O enfrentamento à compreensão medicalizante acontece por meio da produção de conhecimento. O monismo metodológico contribui para um olhar padronizado que não traz questionamentos éticos sobre o modo de lidar com os comportamentos, funcionamentos e sentimentos indesejados e que trazem sofrimento. Em contrapartida, a abordagem multidisciplinar e plural nos tratamentos e processos diagnósticos favorece a não farmacologização e diminui o número de prescrição de medicamentos. O sentido de passar a compreender um funcionamento como de ordem médica – da medicalização – pode estar comprometido com a saúde do paciente ou não, de modo que a resistência apresentada por Vallée busca trazer luz para todos os envolvidos profissionais da saúde ou pacientes sobre os fundamentos para a escolha de um tratamento e do processo diagnóstico.

A resistência à medicalização apreendida nas entrevistas com os profissionais de saúde aponta para a pluralidade e para a coexistência da diferença. Tal direcionamento é tomado nas pesquisas, nas práticas assistenciais em saúde e é tido também como um valor de cidadania, que extrapola o campo da saúde. Outro sentido dominante é a postura de se manter aberto para a indeterminação do futuro, em que o novo sempre pode ser inaugurado. Trata-se de compreender que, tendo o futuro em aberto, o real pode nos surpreender, dando desfechos não previstos pelo conhecimento adquirido até o presente momento. Quando nos atemos fielmente ao que nos é apresentado no mundo, nunca podemos controlar e prever por completo o desenrolar dos fenômenos, de modo que as convicções e afirmações científicas ou de outra ordem não podem ser absolutas no tempo futuro. Os dois sentidos centrais da resistência à medicalização – o primeiro, a pluralidade, e o segundo, a abertura para o novo – estão entrelaçados, considerando que, ao manter uma postura aberta para as surpresas do indeterminado do futuro, garantimos a abertura no campo epistemológico, dado que sempre poderemos conhecer novas teorias que façam sentido para compreender nossos temas de estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resistência à medicalização na França, tema desta pesquisa, ganhou contornos definidos desde o início da busca pelo seu sentido. Nesse percurso de cinco anos reafirmo a relevância de se pensar a resistência à medicalização, ao entender que esta restringe a liberdade e a humanidade do homem quando não é compreendida como *um* modo, entre muitos outros, de desvelamento do mundo. Ao longo do processo de pesquisa, a discussão sobre o fenômeno da medicalização foi aprofundada. A medicalização passou a ser compreendida em seu sentido mais amplo, sendo capaz tanto de restringir a liberdade do ser humano como de ampliar suas possibilidades¹²⁶. O fenômeno da resistência ao processo de medicalização se mostra multifacetado e cheio de nuances complexas, englobando forças em diversas direções. Na investigação sobre o sentido das estratégias de resistência à medicalização na França, chegou-se a múltiplos sentidos para as resistências e a um comum a todas elas: o fortalecimento do campo político.

Nesta pesquisa, após a proposição dos fundamentos teóricos, o processo de medicalização foi compreendido como um modo de compreensão que busca controlar e prever os fenômenos multideterminados do ser humano por meio da submissão de sua complexidade à disciplina da medicina, a qual conta com a autoridade da norma para regulamentar o modo como vivem as pessoas. Alguns fundamentos da medicalização foram apreendidos nesta investigação.

O primeiro fundamento é que ela se mostra na individualização e biologização das problemáticas humanas. Conrad, Collares et al. (2013) e Del Volgo e Gori (2005) descrevem o processo de biologização de problemáticas coletivas e multideterminadas, sendo submetidas ao saber médico. O segundo é a cristalização do diagnóstico, por meio de um olhar clínico que fixa a pessoa em sua patologia, tomando esta inclusive como sua identidade. Essa ideia é encontrada, principalmente, nas publicações do *Pas de Zéro de Conduite* e do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, grupo brasileiro de resistência, em várias de suas produções¹²⁷, assim como em textos de Lima (2005) e Caliman (2013), entre tantos autores que se debruçam sobre o tema no Brasil. O terceiro caracteriza-se pelo monismo

¹²⁶ Como, por exemplo, na reorganização de cidades com o intuito de barrar o contágio por uma doença, acarretando no aumento da expectativa de vida de seus habitantes.

¹²⁷ O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade produziu três coletâneas sobre o tema, a saber: Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos, publicada em 2010; Era dos transtornos. Novas capturas, antigos diagnósticos, publicada em 2013; Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?, publicada em 2014.

metodológico nas pesquisas e práticas em saúde e em saúde mental, o qual se revelou como característica central do processo de medicalização, que favorece o não questionamento da patologização dos fenômenos humanos. Tal questão é discutida pelos três coletivos e, em parte, abordada por Del Volgo e Gori (2005) e também pelo Fórum sobre a Medicalização. Por último, chegamos à quarta marca da medicalização: a hiperprescrição e o consumo de medicamentos, os quais expressam a influência dos interesses financeiros da indústria farmacêutica no campo da saúde, o que corrobora com as ideias apresentadas no capítulo teórico, de Del Volgo e Gori (2005), Foucault (1976) e Machado (2014). É interessante lembrar que foi a partir do dado de crescimento vertiginoso do consumo de metilfenidato no Brasil que iniciamos o pensamento sobre esse problema de pesquisa e após todo o percurso realizado entendemos ser esta uma das características marcantes do processo de medicalização. Assim, no capítulo teórico, foram apresentadas ideias que corroboram as discutidas na presente pesquisa.

Entendemos a resistência como uma ação criativa, sem resultados previsíveis, que visa à produção de diferença do que está constituído, ora fazendo obstáculo a outra ação, ora compreendida como movimento positivo de constituição afirmativa, que resiste apenas pela sua existência. Trata-se de um movimento que carrega em si uma dobra de repetição de algo do passado junto com uma nova tendência, para um direcionamento diferente do que está se dando. Podemos dizer que as formas de resistência à medicalização são formas de ação política, na definição de Hannah Arendt. A tese decorrente desta investigação se apoia nos quatro pilares principais que sustentam a resistência à medicalização na França apreendidos na pesquisa.

O primeiro pilar da resistência é a concepção de homem de que se parte em pesquisas e práticas em saúde. Ao compreendermos o homem como possibilidade de ser, entendemos que ele está sempre aberto para as possibilidades que se apresentam no futuro, o qual nunca é completamente determinado de antemão, e favorecemos a não medicalização. Tendo essa referência de concepção de homem como fundamento de uma pesquisa ou prática, iniciamos a resistência à medicalização que se faz aqui afirmativamente.

O segundo pilar é a coexistência de múltiplas práticas e métodos de pesquisa que possam ter ideias divergentes e, mesmo assim, permanecerem existindo em um campo de diálogo, debate e respeito ao diferente. Esse é o direcionamento da força da resistência para a pluralidade.

A terceira sustentação da resistência, apreendida no estudo, é a construção de redes e coletivos, de forma que o sofrimento decorrente do modo como vivemos não seja

individualizado ou reduzido à dimensão biológica de cada pessoa, sendo pensado no campo do coletivo, o que corrobora as ideias de Gori (2009) e do *L'appel des Appels*. Nesse caso, os manifestos têm papel importante de congregação dos grupos e marca um posicionamento de oposição a um acontecimento ou tendência.

Por último, compreendemos que a resistência à medicalização se mostra em intervenções multifocais, no cuidado multidisciplinar, considerando o contexto social, cultural e político dos usuários do sistema de saúde. Esse modelo de assistência corrobora a ideia de Canguilhem (1995) de normatividade vital, entendendo que a norma sã é mais plástica que a norma da patologia e esta só pode ser compreendida em conjunto com o meio. Tais fundamentos da resistência à medicalização na França tornaram-se visíveis por meio da análise documental e da análise das entrevistas realizadas. A partir daqui remontaremos às resistências singulares ao processo de medicalização apreendidas nos relatos e documentos, os quais foram base para chegarmos a esses quatro pilares, e, para finalizar, apresento a tese formulada nesta pesquisa.

Começamos pelas resistências apreendidas a partir do modo de olhar para o tema investigado. A perspectiva da fenomenologia, em que há a superação da dicotomia sujeito-objeto, favorece a resistência ao processo de medicalização. A utilização do método fenomenológico torna-se ainda mais relevante quando temos este tema de pesquisa. Isso porque tomar a realidade como fenômeno é uma forma de resistência à medicalização, uma vez que esta se apresenta como um modo de pensar que exclui do campo do fenômeno produzido aquele que está pensando. Isto é, no processo de medicalização, o fenômeno manifestado é compreendido como dado em si, e não como um possível manifestar-se daquele fenômeno entre tantas outras possibilidades de manifestação. Trata-se de um modo de “interpretar e acessar os acontecimentos que permitiu que constituíssemos sujeitos que revelam significações que transcendem as relações estabelecidas com eles” (MACHADO, 2011b, p. 234). Ao entender o homem como ser-no-mundo, alguém constituído por seu contexto e que também faz parte deste, afirmamos que ambos estão implicados e que são multideterminados.

Além disso, no método fenomenológico trabalha-se com um ponto de vista que inevitavelmente terá ângulo singular, de modo que algo sempre permanece não visto no fenômeno, pois só pode ser visto a partir de outro ângulo. Não existe a condição de pura objetividade e a compreensão do mundo nunca é completamente mensurável. Esse modo de aproximação do real favorece a resistência, pois promove a condição para que ela aconteça: a liberdade (AGAMBEN, 2014; CHAUI, 2014; ARENDT, 2007) de “poder não” fazer as ações

humanas de apenas um modo e a ideia da realidade como polissêmica (CHAUI, 2014), isto é, sempre é possível transformar a realidade considerando que ela não é natural e sim construída em um campo multideterminado. A resistência garante que o dominante e hegemônico no campo possa sofrer variações. Ela dá foco para o minoritário.

A análise das entrevistas e dos documentos explicitou a compreensão de que os fundamentos das práticas e pesquisas no campo da saúde favorecem um posicionamento mais preciso e contundente dos entrevistados e dos coletivos em relação a estas. A clareza sobre as concepções que subsidiam as práticas abre a possibilidade de resistência em relação aos dispositivos em questão. Tal conhecimento é uma preocupação central quando o objetivo é se manter responsável pelo seu posicionamento na sociedade e no campo científico, se conformando ou resistindo ao que é proposto na esfera pública.

No campo da saúde, as concepções de homem, saúde e sintomas, de que se parte, determinam o modo de tratamento que será proposto para a patologia em questão. Foram relatadas diversas situações em que podemos constatar esta codeterminação do que está no ponto de partida da compreensão da patologia ou de uma pesquisa e o que se projeta como encaminhamento para ela. As concepções que baseiam uma pesquisa apontam para onde o conhecimento foi edificado e as pesquisas dão subsídios para as políticas públicas na área da saúde. Teboul ilustrou tal investigação pelos fundamentos, na recomendação exclusiva de tratamentos comportamentais para o autismo, a qual era apoiada pelas Associações de Pais. Qual seria a compreensão dessas Associações de Pais quanto aos sintomas de seus filhos para apoiarem a recomendação exclusiva da abordagem comportamental? Para elas, os comportamentos disfuncionais das crianças autistas correspondem a distúrbios no desenvolvimento neurológico. Com tal entendimento, a indicação exclusiva do tratamento comportamental pode ser considerada adequada, pois é coerente com o que compreendem que precisa ser tratado. Em contrapartida, a concepção da Associação de Psiquiatras Infanto-juvenis sobre os comportamentos disfuncionais dos autistas é de que os sintomas se inserem na ordem da psicopatologia, o que implica um tratamento que abarque a estrutura psíquica.

Outro exemplo em que as bases epistemológicas da pesquisa indicam o tipo de resultado obtido é o estudo do INSERM sobre o transtorno de conduta. Os fundamentos que sustentam esta metanálise indicam de antemão os resultados a que ela chega. Com o intuito de apresentar argumentos para defender a psicanálise dos ataques provenientes do relatório do INSERM, os entrevistados e o *Pas de Zéro de Conduite* pesquisaram os fundamentos dessa pesquisa. A estratégia foi expor os limites dos resultados apresentados. O professor da Paris VII Christian Hoffmann chegou à conclusão de que esse relatório se apoia no modelo de

Pavlov de condicionamento, de modo que, novamente, torna-se coerente a indicação da abordagem comportamental. Em relação a esse mesmo relatório, Teboul e Cadart apontam que a metanálise não parte da compreensão de que os bebês são seres em construção, como eles o fazem. Para os membros do *Pas de Zéro de Conduite*, sempre há uma parte do desenvolvimento infantil que é indeterminada. Essa noção é pré-requisito para pensarmos na possibilidade de uma “prevenção preveniente” e não uma prevenção que prediz. Saber a concepção de indivíduo utilizada no estudo nos ajuda a compreender a especificidade do modelo terapêutico que será referência. Essa mesma estratégia de resistência é seguida pelo *Stop-DSM*, que, em sua crítica, explicita os fundamentos que baseiam esse manual. Da mesma forma, ter clareza sobre a fundamentação da resistência de cada um dos entrevistados ilumina o sentido desta. Entende-se que a concepção de homem que sustenta as práticas de resistência à medicalização é aquela que o considera como pleno de possibilidades, as quais são indeterminadas de antemão.

Assim, pesquisas e práticas em saúde e saúde mental que partem da noção de que o homem é aberto para as possibilidades do futuro resistem à medicalização. O conceito de “prevenção preveniente” tem como base esta noção de homem. Tal formulação conceitual apresentada pelo coletivo *Pas de Zéro de Conduite* se opõe justamente ao poder de um diagnóstico que prediz, pois o mesmo pode terminar por produzir a patologia. A abertura para as possibilidades indeterminadas do futuro é considerada terapêutica na tentativa de transformação de um estado afetivo disruptivo. Essa é a resistência ao aprisionamento dos pacientes em um rótulo diagnóstico, o qual tem o efeito de controle e predição. Trata-se de um trabalho em que saúde e educação estão em conexão, no qual as crianças não são reeducadas ou treinadas para deixar de apresentar um comportamento indesejado e, sim, educadas¹²⁸.

Enfatiza-se assim que na educação não temos o controle exato dos comportamentos que emergirão, do que poderá desabrochar a partir da reflexão. A resistência à medicalização se mostra na oposição às soluções imediatas para o sofrimento ou para as disfunções, buscando garantir um atendimento complexo no serviço público e que as crianças que tenham comportamentos fora da norma não sofram com interpretações patologizantes de seus gestos. Ter como base uma visão global de desenvolvimento infantil, assegurando que a criança é olhada em suas múltiplas dimensões, engendra um contexto profícuo para uma “prevenção

¹²⁸ O *Pas de Zéro de Conduite* apresenta a diferença entre as práticas de prevenção que visam à adaptação ao sistema (condicionamento) que vivemos e as práticas voltadas para a socialização (educação), o primeiro não promove reflexão.

preveniente”, que opera sem a padronização e a normalização como referências. Luta-se pelo olhar atento ao que é mostrado pelo paciente singular, sem ter uma teoria que predomine frente ao que está sendo observado.

O monismo metodológico é outro traço da medicalização no campo da saúde, ao qual a pluralidade de abordagens teóricas resiste. A multiplicidade de práticas e de pesquisas está relacionada, considerando que pesquisas transformam práticas e vice-versa. Essa luta tem o objetivo de garantir aos profissionais a liberdade de pensamento, de modo que possam escolher sua orientação teórica e promover encontros que produzam debate e conhecimento. Os entrevistados enfatizam que lutam para fazer escutar diferentes formas de pensamento, entre elas as não dominantes, como a da psiquiatria infantil, que dentro da psiquiatria geral possui voz minoritária. Visam, assim, a que seja possível promover discussões democráticas com múltiplas vozes sobre as problemáticas da sociedade. O Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, movimento brasileiro, resiste nesse mesmo sentido, enfatizando que seu valor fundamental é o reconhecimento da diferença,

que complexifica e enriquece nosso processo de desenvolvimento individual e coletivo; a valorização da dimensão subjetiva, que comporta construções de sentidos específicos, relacionadas a trajetórias de vida; e também, como aspecto complementar e não oposto, a reafirmação do cuidado com os processos sociais, que são responsáveis pela oferta de condições e determinações na constituição de subjetividades (ANGELUCCI, 2013, p. 9).

A luta travada é contra a onda de padronização de serviços por meio da obrigatoriedade de utilização de escalas, protocolos e manuais de classificação diagnóstica que são reforçados pelo modo de avaliação do serviço.

Os manuais de classificação diagnóstica se propõem a produzir uma linguagem comum que possibilite a discussão de casos e a construção de novas reflexões e saberes. No entanto, a crítica do *Stop-DSM* e de alguns entrevistados é de que o modo como esse manual é construído bloqueia o intercâmbio entre áreas do conhecimento, ao invés de promover o espaço de discussão. O DSM inaugura uma linguagem que se propõe a ser base comum para que as divergências e convergências de pensamento possam se dar e, no entanto, tem o efeito de segregar profissionais no campo do conhecimento, pois exclui trabalhos que não tenham sua nomenclatura e não dialoga com outros modos de raciocínio diagnóstico. Em serviços como o CATTP e o CMP, os profissionais resistiram à imposição do CID como única linguagem a ser utilizada, conforme apresentado anteriormente, burlando o sistema proposto.

O campo da linguagem é um importante âmbito de resistência à medicalização. A formulação de conceitos como o de prevenção preventiva, que sustentem a ocupação de lugares dominados por uma concepção determinista, é um modo de enfrentamento afirmativo.

A nomeação de um diagnóstico abre a possibilidade de cuidado e tratamento para um conjunto de sintomas, sinais e sofrimentos. Tal nomenclatura sempre corresponde a um manual de classificação diagnóstica, justamente para garantir a boa comunicação. Algumas vezes, o diagnóstico garante direitos previstos em lei que ampliam as possibilidades do paciente e, em outras, há o aprisionamento da pessoa ao proporcionar apenas as possibilidades que estejam ligadas ao que se entende de maneira geral sobre determinado diagnóstico. A compreensão dos entrevistados e coletivos é de que a CFTMEA garante uma maior mobilidade e abertura no processo diagnóstico e no estabelecimento do prognóstico e tratamento do que o DSM. No entanto, qualquer classificação influencia no raciocínio clínico e tem uma estatística como referência. O *Stop-DSM* utiliza como estratégia de resistência à imposição do DSM o foco em algo valorizado pelo processo de medicalização: o coletivo aponta as falhas de fidedignidade científica na construção desse manual diagnóstico, que se propõe a ser uma referência na tarefa diagnóstica. Na luta desse coletivo fica claro que é importante ampliar o enfrentamento para além da discussão da utilidade do DSM, resistindo para que a organização de serviços, da formação universitária e de outras formas de cuidado não seja pautada pela referência de um manual de classificação (LIMA, 2012).

No âmbito da formação universitária, a coexistência de metodologias é favorecida quando a prática em saúde mental é pensada em uma perspectiva temporal, sendo compreendida de acordo com seu lugar na história do conhecimento. A oscilação da noção de homem no tempo indica a possibilidade de resistência na contemporaneidade, pois a história nos permite constatar que a realidade é polissêmica. O conceito recentemente formulado de epigenética foi destacado pelos entrevistados, por demonstrar a postura de abertura epistemológica e interdisciplinaridade. Ele expressa a conexão entre as dimensões social, afetiva e biológica e dá sustentação à resistência à medicalização, indicando a não prevalência dos sintomas orgânicos aos sintomas psíquicos, os quais sofrem grande influência do meio. A epigenética foi apresentada pela neurociência e se tornou central para a inauguração de um novo lugar para a psicanálise e para as ciências humanas não quantificáveis. O reposicionamento da psicanálise no campo científico, após deixar de ser uma abordagem majoritária, a obriga a pensar sobre si mesma, pois ela passa a ser questionada inclusive quanto ao seu conteúdo. Entende-se que a perda de espaço nos serviços traz um olhar crítico, questionando tanto a própria abordagem teórica quanto o seu lugar no campo científico em geral. Louise percebe uma tendência em seus alunos psiquiatras de combinarem abordagens mais comportamentais e outras mais psicodinâmicas, sem haver a necessidade de exclusão.

A transmissão de conhecimentos entre gerações e nas interfaces com profissionais de abordagens teóricas ou especialidades diferentes favorece a não padronização do pensamento. Para que haja a coexistência de metodologias distintas é necessário que os profissionais entrem em contato com diferentes práticas e métodos no momento de estudo e formação. A transmissão desses conhecimentos acontece no trabalho interdisciplinar e por meio de publicações e colóquios e da construção de um campo científico consistente.

Os coletivos estudados cumprem a função de transmissão de conhecimento e difusão das suas ideias e críticas a interesses não revelados que não têm a saúde da população como foco. Com exceção de Adrien e Louise, todos os entrevistados afirmam a importância da articulação dos profissionais em grupos de resistência que defendam um serviço de saúde público ético e de qualidade. A difusão de ideias realizadas por esses coletivos torna questões que poderiam ser encaradas como individuais em problemáticas que dizem respeito a todos. A coletivização da luta acontece por meio da participação no coletivo *Pas de Zéro De Conduite*, na Associação de Psiquiatras Infanto-juvenis de Setor, no *Stop-DSM* ou no *L'Appel des Appels*, entre outros grupos, além da organização de jornadas e encontros entre profissionais e usuários dos serviços de saúde mental. A difusão dessas causas também acontece quando os profissionais concebem entrevistas em meios de comunicação sobre os temas de luta. O *Pas de Zéro de Conduite*, o *L'Appel des Appels* e a API se mantêm atentos às decisões políticas e acontecimentos que tocam o modo de conceber as práticas em saúde mental infantil, no caso do *L'Appel des Appels* a atenção é voltada para diversos âmbitos.

Essa postura de vigilância é também do grupo brasileiro Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade, que surgiu como resistência a um projeto de lei (PL0086/2006) que propunha a contratação de equipes terceirizadas de especialistas no diagnóstico e tratamento da dislexia. Em setembro de 2007, psicólogos membros do Grupo Interinstitucional Queixa Escolar (GIQE), do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP) e do Sindicato dos Psicólogos de São Paulo (SinPsi) reuniram-se para mobilizar profissionais de várias categorias sobre a questão, o que culminou com a organização de um Fórum e o lançamento do Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, que teve como uma de suas ações impedir a aprovação desse projeto de lei que criaria uma política pública medicalizante na cidade de São Paulo¹²⁹. Desde sua fundação, o Fórum é um movimento

¹²⁹ Esses profissionais atuam nas escolas municipais diagnosticando a dislexia e dando subsídios para os professores também diagnosticarem e tratarem a dislexia dos alunos. O grupo de psicólogos estava atento a um movimento no âmbito da educação de compreender cada vez mais os “problemas da escolarização, produzidos no interior de um sistema de ensino precarizado” (ANGELUCCI e SOUZA, 2011, p. 7) como sendo oriundos de dificuldades individuais e orgânicas. Tratava-se de um projeto que favoreceria a patologização da vida. O grupo

agregador de pessoas e articulador de propostas e ações que busca discutir e socializar conhecimentos acadêmicos que apresentam críticas à medicalização (COLLARES et al., 2013). O movimento vem se ampliando pelo Brasil com a criação de diversos núcleos regionais (COLLARES et al., 2013).

O tecer de redes coletivas é a resistência encontrada à individualização e à biologização das problemáticas humanas. O coletivo brasileiro ressalta que, ao transformar questões multideterminadas em unicamente determinadas pela biologia, excluindo da determinação dos fenômenos a interação do indivíduo com o meio, ocorre uma distorção da própria noção de biologia, pois “irregularidades e imprevisibilidade são características marcantes da vida, de todo e qualquer organismo vivo, de todo e qualquer processo vital” (COLLARES et al., 2013, p. 16). A luta integrada em formato de rede se apresenta em algumas dimensões possíveis: no tratamento com coparticipação de profissionais de disciplinas diversas, entre serviços diferentes no tratamento de um paciente, por meio de pessoas que se unem para a discussão de um tema, nos manifestos que podem ser decorrentes dessas discussões e/ou na rede formada pelos coletivos.

As ações coletivas defendem as condições de trabalho que permitam uma prática ética que se traduz pelo comprometimento da prática profissional com o interesse e a saúde do paciente. Os entrevistados e os coletivos observam que as avaliações das universidades e dos serviços de saúde têm sido cada vez mais orientadas pelos valores da rentabilidade, favorecendo práticas que beneficiem a comercialização e maior lucro na área da saúde. No processo de transformação de pesquisas em políticas públicas há influência dos interesses do mercado em relação às práticas que serão implementadas. Com isso, valorizam-se as pesquisas que trazem informações quantitativas e que tenham em seu resultado a rápida aplicação de técnicas. O modo de avaliação dos serviços pelos órgãos reguladores intensifica o aplanamento das diferenças entre os serviços, o que engendra uma crescente padronização desses dispositivos, na medida em que a postura profissional e o olhar clínico não valorizados vão sendo eliminados ao longo das repetidas avaliações. Há a imposição de alguns valores, não necessariamente pertencentes ao campo da saúde. Os valores citados são os mesmos da lógica do mercado, em que a potencialidade de comercialização agrega valor ao produto; no nosso caso, o produto seria a intervenção terapêutica. Frequentemente, o financiamento de

observava a tendência de aumento de encaminhamentos das crianças e adolescentes para especialistas da saúde e o crescimento exponencial dos diagnósticos de dislexia e déficit de atenção. No manifesto, ele aponta o desserviço que se constitui para a educação compreender as dificuldades escolares como sendo de ordem orgânica e individual, pois dessa forma deixa-se de questionar sobre o que não vai bem na instituição de ensino e consequentemente se deixa de pensar em estratégias de melhora para o processo de ensino-aprendizagem.

pesquisas depende de indicadores quantitativos com aplicação prática. Dessa forma, vão saindo de circulação as propostas que não podem ser mensuráveis, como as voltadas para a “prevenção preventiva”. O enfrentamento da imposição de apenas um referencial metodológico de pesquisa se mostra na luta para manter o campo da saúde mental, no âmbito da pesquisa e da prática, funcionando de acordo com os benefícios do paciente, e não em prol da rentabilidade. A resistência vai na direção de cuidarmos para que não seja instaurada uma política pública de saúde sem ética, na qual outros interesses, que não o benefício do paciente, ganhem maior importância. Entre todos os entrevistados, apenas Louise não observa a tendência ao incentivo de pesquisas com resultados mais vendáveis.

As avaliações quantitativas dirigidas para os trabalhadores, para os serviços ou para as universidades são consideradas nocivas, pouco construtivas e padronizadoras pelo *L’Appel des Appels*, que denuncia o favorecimento do produtivismo com esse tipo de avaliação. A coexistência da diversidade se mostrou como base central da resistência à medicalização.

Observam-se que os modos de avaliação e de remuneração do trabalho estão sempre relacionados. A luta se direciona para que tanto a avaliação dos profissionais e dos serviços quanto o modo de remunerar os serviços prestados garantam o trabalho em equipe multidisciplinar e transversal. Na PMI, a remuneração por “atos técnicos”¹³⁰, e não por horas trabalhadas, incentiva intervenções mais invasivas do que as de promoção de saúde. Os profissionais resistem a esse modo de remuneração, encaixando as intervenções de promoção de saúde na nomenclatura dos “atos técnicos”. Na avaliação da universidade, há o entendimento de que, ao manter as boas avaliações, alcançadas pela preparação da equipe sobre os indicadores necessários e pela atratividade internacional, os profissionais continuam tendo a liberdade de proposições de formação. Neste caso, a resistência se dá na conformidade com o que é esperado na avaliação. Há uma adequação ao que é pedido e medido formalmente nessas avaliações para depois se ter a liberdade de escolha do conteúdo a ser ministrado.

Os coletivos e os entrevistados lutam para que os órgãos públicos avaliadores dos serviços reconheçam e remunerem práticas consideradas por eles como estruturais. Identifico três práticas dos serviços franceses que são contestadas pelas autoridades como sendo improdutivas do ponto de vista financeiro e defendidas para manter um trabalho de qualidade.

A primeira delas é o trabalho baseado na “transferência”, que se apoia no conceito psicanalítico afirmando a ideia de que cada profissional não é substituível, pois o cuidado é

¹³⁰ “*Actes techniques*” foi traduzido como “atos técnicos”.

sustentado no vínculo pessoal entre o paciente e o profissional da assistência. Essa concepção de trabalho, somada à segunda prática, que é a garantia do espaço de supervisão para os profissionais após os atendimentos, e à terceira, que são as reuniões de equipes multidisciplinares periódicas, garantem a possibilidade de reflexão coletiva sobre o encontro com os pacientes nesses dispositivos. Essas três práticas apontam para o fortalecimento do espaço de diálogo, da circulação da palavra, da política e resistem à medicalização, no entanto são questionadas quando pensadas do ponto de vista financeiro.

Os espaços de discussão de casos são condição para abrir a possibilidade de questionamentos sobre a própria prática e ajudam o profissional a não naturalizar o que acontece em seu trabalho. Promovem também a possibilidade de questionar as condições em que o trabalho acontece. Demonstrar para os financiadores a qualidade e o valor do trabalho realizado nos serviços é um desafio, considerando que a referência para os parâmetros de qualidade são constituintes do próprio campo da saúde e podem não corresponder aos valores do mercado.

Assim, os serviços resistem à pressão de ter que chegar a um diagnóstico apenas para garantir a possibilidade de acesso ao cuidado para o público geral, mantendo sua prática fundamentada em espaços de reflexão que permitem traçar um plano de cuidado que dá sustentação aos profissionais na garantia da liberdade de contarmos com as possibilidades não completamente determinadas, de modo que sejam possíveis mudanças de sentidos e de rumos de vida, principalmente no que se refere à infância e à saúde mental.

Além desses espaços de discussão e reflexão, as abordagens que se questionam sobre a própria conduta tornam visíveis outras formas de cuidar do seu próprio ser para além da medicamentosa ou do saber médico. Essas referências teóricas partem da ideia de que pode haver dissonâncias em encontros humanos, ou seja, de que essas situações não são neutras. Assim, elas favorecem a postura epistemológica crítica que remete ao questionamento dos fundamentos. Teboul apresenta a psicoterapia institucional como uma abordagem que beneficia a reflexão sobre a própria prática e instituição, em relação ao que ela produz no processo de tratamento.

Outra estratégia de resistência ao monismo metodológico nas práticas em saúde mental, que não deixa de ser um favorecimento do estabelecimento de rede, é a descentralização dos serviços públicos de saúde. A presença de serviços menores e espalhados pelo território garante maior interferência do contexto nas decisões de cuidado e tratamento. Ao se levar em conta o entorno, um trabalho mais singularizado para os usuários é favorecido, assim como a circulação de palavras, o que assegura a pluralidade de serviços e a promoção

de saúde. A descentralização de poder é apresentada pelos coletivos *Pas de Zéro de Conduite* e *Stop-DSM*, que visam ao favorecimento da produção do novo e de mais espaços de criação, mantendo um grupo funcionando sem hierarquia.

As intervenções multifocais direcionadas para o paciente pensado em seu contexto considera o paciente como singular e aberto aos efeitos do futuro, e não como um sujeito meramente estatístico, em que todas as possibilidades já estão previstas de acordo com a probabilidade geral. A prática da psiquiatria infantil com equipe multidisciplinar, integrativa entre família, escola e contexto do entorno, dentro de uma política pública de setor, assegura a ética profissional, favorecendo a não cristalização do paciente em um diagnóstico. Este é um ponto de convergência de luta do *Stop-DSM*, do *Pas de Zéro de Conduite* e de todos os profissionais entrevistados. Na PMI, esse trabalho voltado para o singular foi denominado como o trabalho de um artesão. Nos grupos “de palavra”¹³¹ oferecidos nesse serviço, a coordenação não intrusiva e a não patologização do sofrimento ampliam a possibilidade de abertura para novos caminhos e sentidos para as mulheres que participam. A postura dos profissionais é de abertura para que cada encontro com uma pessoa possa ser novo sem se esquecer da história de quem está ali, ou seja, o trabalho se dá na linha tênue entre o engessamento do determinismo e o romantismo de encarar a abertura para o futuro como uma infinitude de possibilidades, pois essa polaridade também aprisiona e imobiliza. Assim, nas intervenções o lugar do sujeito não é ocupado com predições, sejam elas otimistas ou pessimistas.

A circulação da palavra nesses grupos que se abrem para uma infinitude de possibilidades implica pensar que cada caso, cada história, é sempre singular. Por isso, o cuidado multidisciplinar que pensa caso a caso foi destacado como uma importante resistência à medicalização. A equipe multiprofissional congrega diferentes visões sobre o caso, dificultando a chegada a um diagnóstico absoluto. Da mesma forma, a não utilização de escalas ou de classificações diagnósticas como guias também é prática que favorece a discussão. A prescrição medicamentosa partindo de critérios éticos rigorosos é considerada apropriada por todas as fontes consultadas nesta pesquisa, no entanto, há denúncias sobre a utilização indevida de medicamentos. Os coletivos e entrevistados entendem que a indústria farmacêutica interfere no processo diagnóstico partindo de seus interesses financeiros na área da saúde – atuando no campo da normatização de comportamentos e da prevenção de riscos.

¹³¹ Os grupos de palavra da PMI são os grupos apresentados nas constelações anteriores que são realizados com as mães de recém-nascidos ou com as gestantes. Trata-se de um espaço de conversa livre com a coordenação dos profissionais da PMI.

Por exemplo, a hiperextensão dos critérios diagnósticos nas classificações tem implicações econômicas de aumento de vendas de medicamentos. Os *lobbies* da indústria farmacêutica são realizados no campo privado, não são trazidos para a esfera pública de discussão, o que enfraquece tanto o espaço político quanto o espaço científico.

Os coletivos estudados debatem o tema da medicalização no âmbito político. Dentro dos coletivos existem contradições, coexistem pontos de vista diversos sobre os tratamentos a serem seguidos pelos pacientes. O espaço de discussão, gerado pelas diferenças, é apresentado pelo *Pas de Zéro de Conduite* como uma virtude para o favorecimento da pluralidade de práticas. Nas suas publicações, há o questionamento sobre quando conseguiremos transpor a barreira da disciplina de cada profissão e manter uma discussão aberta entre todos. De forma geral, o *Stop-DSM* enfatiza seu caráter científico de resistência e tira o peso de seu caráter político. Esta pode ser uma estratégia de resistência para se fazer ser escutado pelo outro que não entende o campo político como inerente a qualquer ação humana. Assim, para se fazer escutar utiliza argumentos que são importantes para o interlocutor. Em contrapartida, o *L'Appel des Appels* se afirma firmemente político e busca restaurar o significado dessa palavra no meio científico. Esse coletivo retoma a ideia de Hannah Arendt de política e traz as questões do sofrimento atual para o debate político, buscando a restituição do espaço da palavra entre os homens, chamando as pessoas para a ocupação desse espaço de responsabilidade. Da mesma forma, o *Pas de Zéro de Conduite* expressa que deixar a política aos políticos é uma forma de se desresponsabilizar que equivale a não suportar discutir casos com profissionais de outras áreas.

Tanto a pluralidade no campo acadêmico, clínico e de cidadania, quanto a postura de se manter aberto para a imprevisibilidade do futuro com a possibilidade de afetar a teoria a partir da prática e vice-versa indicam a noção de ética dos profissionais entrevistados. Eles resistem ao processo de medicalização (padronização, previsão e asseguramento de resultados) para garantir a ética na profissão. Eles se referem à ética profissional como uma postura de compromisso com o paciente, que sempre garante que os interesses deste estejam em foco, de modo que as práticas de saúde não tenham fins de controle social ou interesses financeiros que prevaleçam sobre os do paciente. Para um trabalho ético pensam que é imprescindível que os profissionais tenham liberdade de escolha entre as práticas e teorias construídas no campo da saúde. A postura ética é traduzida pelo não encerramento de um paciente em seu diagnóstico. Isto é, o profissional mantém-se atento ao estado emocional presente do paciente e suas implicações, sem predizer ou antecipar irresponsavelmente o desenrolar daquela história, pois essa postura poderia causar o aprisionamento que

mencionamos anteriormente. Além disso, os coletivos alertam para a importância de o profissional ter consciência dos fundamentos e objetivos dos instrumentos utilizados em seu cotidiano, sabendo com que intuito e de que modo as escalas, protocolos ou testes utilizados são produzidos. O mesmo é válido para os manuais de classificação diagnóstica. Com essa perspectiva, o encontro humano conta com toda sua potência de criação do novo. Essas ideias de ética profissional se articulam com a prática defendida pelo Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade.

Retomando o capítulo teórico, por ser um modo de desvelamento de mundo, a medicalização é um meio de acesso à verdade. Esse modo de compreensão corresponde ao desvelamento técnico que se desenvolve no paradigma metafísico. Nesse paradigma, a realidade se configura como causada, objetiva e mensurável. Estas são as características do modo de desvelamento do mundo técnico, que controla, assegura e prevê os fenômenos humanos e se expressa na compreensão que o homem tem de si mesmo. O processo da medicalização consiste em um modo técnico de o homem compreender o mundo e se compreender que coloca a disciplina da medicina como principal determinante, com o papel de normatizar e assegurar resultados para o humano. O desvelamento técnico do mundo tem a característica de encobrir todos os outros modos de desvelamento, por isso corre-se o risco de se tornar exclusivamente técnica a compreensão de si mesmo do homem. A resistência à medicalização frequentemente é capturada por esse mesmo processo, sendo compreendida como um ato individual, que deve ser diagnosticado e medicado (LEMOS, 2014), encobrindo um questionamento sobre o modo como os homens vivem, ou seja, a captura da resistência retira o debate do campo político, inserindo o questionamento no campo da patologia. Quando a medicalização substitui o homem no cuidado com seu próprio ser, a condição humana é modificada, restringida ao desvelamento técnico.

No processo de medicalização da sociedade, o lugar de convivência entre os homens – a política (ARENDT, 2007) – perde seu espaço para a ciência, que passa a regulamentar o modo como os homens devem viver, assegurando os resultados dos comportamentos destes, de seu modo de vida. Assim, fica encoberta a ideia de que os homens podem se responsabilizar pelo modo como vivem e passam a seguir um modo como devem viver, ditado pela ciência positivista. A medicalização é um modo de acesso à verdade que garante uma verdade monológica, como a ciência positivista. A política tem como subsídio a verdade plural, sendo condicionada pela possibilidade de diálogo (ARENDT, 2001). Os quatro pilares que fundamentam a resistência à medicalização apresentados apontam para o fortalecimento

do espaço político como o espectro mais amplo de todas as estratégias de resistência identificadas nesta pesquisa.

Quando o homem não se percebe como desvelador de mundo e se mantém no aprisionamento da busca por dominar a técnica, há o encobrimento de outras formas de desvelamento de mundo e a sua liberdade passa a estar em risco. As práticas e os modos de organização dos serviços de saúde e dos modos de fazer pesquisa que criam fissuras, trazendo perguntas sobre como estamos vivendo e cuidando de nós e do mundo, possibilitam a variação desse modo hegemônico de cuidado. A pergunta por outras formas de cuidado que não sejam as que estão sendo viabilizadas é uma grande resistência à medicalização, pois abre a dúvida, a não naturalização do que está se dando. Saber que existem outros modos de desvelamento de mundo coloca em evidência que aquela é apenas uma possibilidade de cuidar de seu próprio ser. Essas possibilidades de variação configuram a resistência. Elas só são possíveis quando há a condição de liberdade e polissemia da realidade, mesmos pré-requisitos para haver resistência. Esta última, quando aplicada à medicalização, se constitui como a responsabilização do homem pelo modo de desvelamento de mundo. Trata-se de poder se responsabilizar pelo modo de cuidado com seu próprio ser, o que inclui o cuidado com o espaço entre os homens – o espaço da ação – de forma que o saber médico não ocupa esse lugar.

A resistência à medicalização reside no modo como o homem compreende e cuida de si mesmo, como ele desvela o mundo. Reside na determinação do homem ser descobridor de mundo. No processo de medicalização, a determinação e a causa individual vão prevalecendo cada vez mais sobre o coletivo. O espaço entre os homens vai deixando de existir enquanto espaço comum em que as problemáticas são discutidas e levadas adiante. Assim, a retomada do espaço comum é a resistência à medicalização. A responsabilidade do homem no modo de desvelar o mundo, tomada em conjunto, torna-se uma corresponsabilidade que reestabelece o espaço político (forma de relação no intraespaço entre os homens). O espaço político garante a corresponsabilidade dos homens sobre o mundo e sua história como espécie, tudo o que é decidido mediante palavras e persuasão, sem força e violência. É esse espaço que garante a pluralidade, as diferenças, coexistindo o diálogo de diferentes pontos de vista, a verdade plural e não monológica. A validação de que existe apenas uma verdade absoluta destrói o espaço político. A resistência à medicalização é o restabelecimento do espaço de diálogo que entende a verdade como plural – o espírito de que “o outro tem algo a dizer de válido sobre o mundo”. A ação resistência se direciona para manter o pacto entre os homens de viver junto (RABINOVICHT, 2007 e GUIMARAENS e ROCHA, 2014), respeitando a coexistência de

diferentes pontos de vista, sendo este um movimento que é iniciado pelo questionamento do que é vigente e não tem seu resultado final previsto.

A presente pesquisa também fez o movimento de resistência à medicalização por meio da busca pelo plural. Isso aconteceu no estabelecimento de articulações entre os coletivos, os entrevistados e entre cada um deles, tendo a perspectiva do olhar individual e a pergunta principal da pesquisa como costura dos diferentes pontos de vista escutados e estudados. O formato de rede realizado na pesquisa como um todo – partindo dos coletivos para os seus integrantes e entre estes até chegar ao professor Manuel Vallée – promoveu a expressão de diferentes olhares sobre o tema, que concerne a todos. Ao longo do caminho, ocorreram aprofundamentos em alguns assuntos que surgiram no movimento das ideias apresentadas pelos entrevistados ou pela bibliografia. A ação de resistência do trabalho é a articulação e também a ação de comunicar a transformação da compreensão no percurso do trabalho de campo. Ao entrar em contato com cada entrevistado e documento, a compreensão sobre o tema de pesquisa se transmutava e esta era apresentada de uma nova forma para o próximo entrevistado. Os acontecimentos na pesquisa não foram tomados como pano de fundo, e sim tornados presentes no movimento da pesquisa. Esse caminho se mostra no diálogo com os coletivos e com alguns de seus participantes, os quais estão na prática cotidiana cuidando de pessoas e trazendo pontos de reflexão e crítica ao processo de medicalização em geral. Há o estabelecimento do espaço intra-homens, político, quando busco a confrontação e a discussão dos diversos pontos de vista encontrados, havendo sempre a preocupação de mostrar as nuances presentes em cada acontecimento narrado. O trabalho foi construído respeitando os chamados do campo e tendo clareza dos conceitos dos quais se partiu e os caminhos tomados desde o início, sem garantir os resultados. Esse é um processo de apreensão de conhecimento que se transveste em ação política.

A partir desse processo de pesquisa, surgem novos questionamentos que se mostram relevantes para futuros trabalhos. Os critérios que permitem coabitar o modelo diagnóstico e o resguardo da singularidade se mostram como relevantes para o campo científico. Outra investigação importante é sobre o papel do psicólogo na patologização do sofrimento: quais ações do psicólogo produzem a ideia de que ele é o profissional que detecta os modos “errados” de vida, intervindo para a transformação em modos de vida “certos”? Davoudian relata que na PMI essa é a imagem inicial do psicólogo e Vallée também levanta essa mesma questão. Na PMI, quando há encaminhamento para o psicólogo ou psiquiatra, o paciente entende que o psicólogo é a pessoa que normatiza e, portanto, patologiza seu modo de viver. Outra reflexão pertinente é o estabelecimento de relações entre os conceitos de promoção de

saúde e de “prevenção preveniente”. Este último parece buscar ocupar o lugar do termo prevenção, que corre o risco de sempre ser preditora, diferentemente da promoção de saúde, que se apresenta de imediato como ocupando outro espaço.

Em contextos de impossibilidade para se lidar com conflitos, é frequente a busca por soluções rápidas e instantâneas de técnicas especializadas, de ações pontuais com efeito imediatos que tragam garantias, asseguramento, produtividade e normalização, de modo que os medicamentos chegam a ser utilizados para melhora da performance pessoal, assim, a resistência a esse processo é imprescindível. Na resistência se configura uma nova ética no campo da saúde. Dar voz à resistência é manter o espaço aberto sobre o que é entendido como médico, saúde e doença. A resistência é conseguir manter um espaço político em que não há um ponto de vista único, com uma única perspectiva.

Quando questiono a medicalização, não se trata de uma proposta de não medicalização e sim de manter aberto o debate sobre seus efeitos, implicações e outras possibilidades. A pergunta sobre o modo como cuidamos do nosso próprio ser torna a medicalização uma interrogação, um fenômeno não natural, de modo que a medicalização permanece sob nossa responsabilidade. Decidir se vamos utilizar a medicina como principal saber na decisão de como cuidar do nosso próprio ser, e consequentemente do mundo, e distinguir as situações em que a medicalização ou que a farmacologização estejam operando das situações em que a medicação é necessária para restabelecer a saúde dependem da possibilidade de reflexão e responsabilização sobre o modo como cuidamos de nós e do mundo. O risco da medicalização sem resistência e sem debate é ela ser tomada como o único modo possível de compreensão do humano. Em contrapartida, a resistência à medicalização mantém aberta a possibilidade de o ser humano não ser resumido a um organismo quando estudado e tratado.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABELHAUSER, A.; GORI, R.; SAURET, M. (Orgs.). *La folie évaluation*. Les nouvelles fabriques de servitude. França: Mille et une nuit, 2011.

_____. Prologue. In: _____. GORI, R.; SAURET, M. (Orgs.). *La folie évaluation*. Les nouvelles fabriques de servitude. França: Mille et une nuit, 2011.

AGAMBEN, G. Sobre o que podemos não fazer. In: _____. *Nudez*. Trad. Davi Pessoa Carneiro. 1. ed.. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

_____. *A potência do pensamento: ensaios e conferências*. Trad. Antonio Guerreiro. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; LongTerm Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment. *Comparative Effectiveness Review*. Rockville n. 44, out., 2011

AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ, 17 jul. 2012. Disponível em: <<http://ansm.sante.fr/>>. Acesso em: 24 out. 2016.

AGUERRE, J.C. et al. Le manifeste pour en finir avec le carcan du DSM. In: STOP-DSM. *Iniciative pour une Clinique du Sujet*: Pour en finir avec le carcan du DSM. Toulouse: Érès, 2011.

AGUIAR, A.A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004. 166p.

ALLOCATIONS FAMILIALES. Caf. Fr. Aides et services. *Allocations familiales*. Disponível em: <<https://www.caf.fr/aides-et-services/s-informer-sur-les-aides/petite-enfance/les-allocations-familiales-af-0>>. Acesso em: 21 out. 2016.

ANGELUCCI, C.B. Prefácio In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.). *Era dos transtornos*. Novas capturas, antigos diagnósticos. 1. ed. Campinas: Mercado das Letras, 2013.

_____. Apresentação. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões a doenças de indivíduos*. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ANVISA. *Estudo aponta crescimento no consumo de metilfenidato*. 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2013+noticias/estudo+aponta++tendencia+de+crescimento+no+consumo+de+metilfenidato>>. Acesso em: 09 abr. 2014.

ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DE SECTEUR INFANTO-JUVÉNILE. Disponível em: <<http://www.api.asso.fr/>>. Acesso em: 23 out. 2016.

ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE L'INFORMATION ET DE LA DOCUMENTATION. Disponível em: <http://www.adbs.fr/litterature-grise-17647.htm?RH=OUTILS_VOC>. Acesso em: 03 de fev. 2017.

ARENDT, H. *Entre o Passado e o Futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

_____. *O Que é Política?* Trad. Reinaldo Guarany. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. *A condição humana*. Trad. Roberto Raposo. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

BASAGLIA, F. O homem no pelourinho. *Educação e Sociedade*, São Paulo, n. 25, p. 73-95, dez. 1986.

BAUMANN, Z. *Medo Líquido*. Trad. Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____. *Modernidade Líquida*. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BEZERRA, Benilton Junior. O Normal e o Patológico: uma discussão atual In: Souza, A.N.; Pitanguy, J. (Orgs.). *Saúde, corpo e sociedade*. 1. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

BRANCO, G.C. As resistências ao poder em Michel Foucault. *Trans/Form/Ação*, n. 24, São Paulo, 2001, pp. 237-248.

BORDIEU, Pierre. *A Miséria do Mundo*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BOUTANG, P.; PAMART, M. *L'abécédaire de Gilles Deleuze*. França, Paris: Sodaperaga productions e Femi, 1988.

BOUYOUX, P. Mode de rémunération des médecins. *Trésor-Éco*, n. 42, setembro, 2008, pp. 1- 8.

CALIMAN, L.V. Os bio-diagnósticos na era das cidadanias biológicas In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.). *Era dos transtornos*. Novas capturas, antigos diagnósticos. 1. ed. Campinas: Mercado das Letras, 2013.

CAMARGO, K.R.J. de. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, maio 2013, pp. 844-846.

CANAVÊZ, F. Entre Freud e Foucault: a resistência como afirmação de si. *Psicologia Clínica*, vol. 27, n. 1, Rio de Janeiro, 2015, p. 225-244.

_____; HERZOG, R. De Freud a Deleuze: os descaminhos da resistência. *Revista Paidéia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 48 p. 111-118, jan-abr, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n48/a13v21n48.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 4. ed.. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

CARDINALLI, I. E. *Transtorno de estresse pós-traumático: um estudo fenomenológico-existencial da violência urbana*. Tese de doutorado. Programa de Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2011.

_____. *Daseinsanalyse e esquizofrênia : um estudo na obra de Medard Boss*. São Paulo: Editora Escuta, 2012

_____. Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein). *Psicologia USP*, São Paulo, V.26, n.2, 2015, pp. 249-258.

CARMINHOLI, C. C. *Reflexões sobre a Psicologia como Ciência a partir fenomenologia de Martin Heidegger*. Dissertação de Mestrado em Filosofia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2015

CARVALHO, R.C. et al. Medicalização uma crítica (im)pertinente? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2015, p. 1251-1269.

CARVALHO, J.S.F. Política e educação em Hannah Arendt: distinções, relações e tensões. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 35, n. 128, jul.-set. 2014, p. 629-982.

CASTEL, R. *Gestão de Riscos*. 1. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Trad. Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência*. São Paulo: Autêntica, 2014.

CHECCHIA, A.K.A.; SOUZA, M.P.R. Queixa escolar e atuação profissional: apontamentos para a formação de psicólogos. In: MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M. (Orgs.). *Psicologia Escolar: teorias críticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CHEDRI, S. Pour une éthique du sujet. In: GORI, R.; CASSIN, B.; LAVAL, C. (Orgs.). *L'appel des appels - pour une insurrection des consciences*. França: Mille et une Nuits, 2009.

CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. 28 jun. 2005. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F26A822D1EAEAB845DA8B3AD92ACD201.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000006687349&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100531>. Acesso em: 05 fev. 2017.

COLLARES, C.A.L., MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.). *Era dos transtornos. Novas capturas, antigos diagnósticos*. 1. ed. Campinas: Mercado das Letras, 2013.

COLPO, M.O. *Fundamentos para uma filosofia da educação a partir da ontologia de Martin Heidegger*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2002.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, Waltham Massachussets, v. 18, 1992, pp. 209-232.

_____. The shifting Engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, Brandels University, v. 46, 2005, pp. 3-14.

_____. *The medicalization of society: on the transformation of humans conditions into treatable disorders*. Baltimore, MD: Jonh Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Subsídios para a campanha não à medicalização da vida*. 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2013.

CORREIA, A. Apresentação à nov. ed. brasileira. In: ARENDT, H. *A condição humana*. Trad. Roberto Raposo; revisão técnica Adriano Correia. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

COUTY Edouard. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports. *Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. jan. 2009. Disponível em: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf>. Acesso em: 21 out. 2016.

CRITELLI, D.M. *Analítica do Sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.

_____. Martin Heidegger e a essência da técnica. *Revista Daseinsanalyse*, São Paulo, Associação Brasileira de Daseinsanalyse, n. 15/16, 2011, pp. 33-43.

CYTRYNOWICZ, Maria Beatriz. O tempo da Infância; *Revista Daseinsanalyse*, São Paulo, Associação Brasileira de Daseinsanalyse, n. 9, 2000, pp. 54-73.

_____. O Tempo na Criança e a Daseinsanalyse. *Revista Daseinsanalyse*, São Paulo, Associação Brasileira de Daseinsanalyse, n. 14, 2005, pp. 64-79.

_____. Transtornos de conduta: visão daseinsanalítica. *1º Congresso internacional do serviço de psiquiatria da infância e Adolescência*. Instituto de psiquiatria do HC da FM USP, março 2007

DAVOUDIAN, C. *La grossesse, une histoire hors normes – Réflexions des artistes de PMI et d'ailleurs*. Toulouse: Érés éditions, 2014.

DELION, P. Prologue. In: PAS DE ZÉRO DE CONDUITE- POUR LES ENFANTS DE 3 ANS! *Les enfants au carré? Une prévention qui ne tourne pas rond*. 1. ed. 2011. França, Toulouse: Érés, 2012a.

DEL VOGO, M.J.; GORI, R. *La santé totalitaire*. Essai sur la médicalisation de l'existence. Espanha, Barcelona: Champs Essai, 2005.

DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1998

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa*. Teorias e Abordagens. Trad. Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

RICHARDSON, W. J. *Only a God Can Save Us: The Spiegel Interview* DER SPIEGEL 30

1976 in Heidegger: The Man and the thinker . Ed. T. Sheehan, pp. 45-67.

DICOLATIN. Verbetes Sistere. Disponível em: <<http://www.dicolatin.com/FR/LAK/0/SISTERE/index.htm>>. Acesso em: 10 out. 2013.

DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Trad. Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUARTE, A. Vidas em Risco: crítica do presente em Heidegger Arendt e Foucault. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA MARNE. La sectorisation en Psychiatrie. *Établissement public de santé mentale de la marne*. Disponível em: <<http://www.epsm-marne.fr/l-etablissement/La-sectorisation-en-Psychiatrie>>. Acesso em: 21 out. 2016.

EVANGELISTA, P.E.R.A. *O que pode um psicólogo fenomenológico-existencial: Questionamentos e reflexões acerca de possibilidades da prática do psicólogo fundamentadas na ontologia heideggeriana*. Tese de doutorado. Programa de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

FACCI, M.G.D.; SOUZA, M.P.R. *O que este menino tem? Contribuições do método instrumental de Vigotski para o processo de avaliação psicológica*. (no prelo). 2010.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE. *Status 2010*. Jul 2011. Organizado por Dr Jean-Michel Thurin. Disponível em: <<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/ffp/FFP.html>>. Acesso em: 23 out. 2016.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE *Classification Française de Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescente*. 2000. Acessado em http://psydocfr.broca.inserm.fr:16080/biblio_bd/cftmea/cftmea1b.html

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE, *Statistiques par Région*, Disponível em <etablissements.fhf.fr/annuaire/statistique> 2011. Acesso em : 10 fev 2016.

FORUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. Trad. *Manifesto Pas de Zéro de Conduite*. 17 fev. 2013. Disponível em: <<http://medicalizacao.org.br/pasde0deconduite/>>. 17 fev. 2013. Acesso em: 26 dez. 2016.

FOUCAULT, M. La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación Médica y Salud*, vol. 10, n. 2, 1976.

_____. Deux essais sur le sujet et le pouvoir. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. (Eds.). *Michel Foucault: un parcours philosophique*. Paris: Gallimard, 1984.

_____. Histoire de la médicalisation. *Hermès, La Revue*, v. 2, n. 2, 1988, p. 11-29.

_____. *Dits et écrits*. 4. v. Paris: Gallimard, 1994.

_____. *Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. *Doença Mental e Psicologia*. Trad. Hélder Viçoso. 2. ed.. Lisboa: Texto e Grafia, 2008.

FRANCES, A. *Voltando ao Normal*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FREUD, S. A dinâmica da transferência In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GADAMER, H.G. *Verdade e método I: complemento e índice*. Trad. de Flavio Paulo Meuer. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. *Verdade e método II: complemento e índice*. Trad. de Ênio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIAMPINO, S. Ouverture. In: PAS DE ZÉRO DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE TROIS ANS. *Enfants turbulents, l'enfer est-il pavé de bonnes préventions?* 1. ed. França, Toulouse: Érès, 2008.

GORI, R.; CASSIN, B.; LAVAL, C. (Orgs.). *L'appel des appels - pour une insurrection des consciences*. França: Mille et une Nuits, 2009.

_____. Naissance d'un mouvement. In: GORI, R.; CASSIN, B.; LAVAL, C. (Orgs.). *L'appel des appels - pour une insurrection des consciences*. França: Mille et une Nuits, 2009.

_____. De l'extension sociale de la norme à l'inservitude volontaire. In: GORI, R.; CASSIN, B.; LAVAL, C. (Orgs.). *L'appel des appels - pour une insurrection des consciences*. França: Mille et une Nuits, 2009.

GOMES, L.G.N.; SILVA, N.S.J. Experimentação Política da Amizade: Alteridade e Solidariedade nas Classes Populares. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 23, n. 2, abr.-jun., Brasília, 2007.

GOMES, L.S.R. *O pensamento fenomenológico na formação do psicólogo: uma experiência de ensino na graduação*. Tese de doutorado. Programa de estudos pós-graduados em educação: psicologia da educação. PUC-SP. São Paulo, 2006.

GOMES, W.B. e cols. O uso de indicadores quantitativos e descritores qualitativos na pesquisa em psicoterapia. *Revista Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 9, n. 2, mai./ago. 1993, p. 415-433.

GUARIDO, R.L. *"O que não tem remédio, remediado está"*: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

GUIMARAENS, F.; ROCHA, M. Spinoza e o Direito de Resistência. *Sequência*, n. 69, Florianópolis, 2014, p. 183-214.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. 7 fev. 2014. Disponível em: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Disponível em: <http://www.has-sante.fr/portail/> Acesso em: 23 out. 2016.

_____. Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Dez. 2014. Disponível em: <https://www.tdah-france.fr/IMG/pdf/tdah_recommandations.pdf?821/7dde4c7acd6083857b65505c273b44bdc43baf59>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH): repérer la souffrance, accompagner l'enfant et la famille. *La Has*, 12 fev. 2015. Disponível em: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2012647/fr/trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite-tdah-reperer-la-souffrance-accompagner-l-enfant-et-la-famille>. Acesso em: 20 out. 2015.

HANDICAP. Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances. *Handicap*, 11 fev. 2005. Disponível em: <<https://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>>. Acesso em: 23 out. 2016.

HEIDEGGER, M. *Carta sobre o humanismo*. Trad. Emmanuel Carneiro Leão. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

_____. *Que é Metafísica?* Trad. Ernildo Stein. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1969.

_____. *Introdução à Metafísica*. Trad. Emmanuel Carneiro Leão. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1969b.

_____. Uma carta. *O fim da filosofia ou a Questão do Pensamento*. Trad. Ernildo Stein. São Paulo: Duas Cidades, 1972.

_____. *Holzwege*. Frankfurt a.M.: Vittorio Klostermann, 1994.

_____. *Ser e Tempo*. Trad. Márcia de Sá Cavalcante Schuback. 2. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2007.

_____. A questão da técnica. *Ensaio e Conferências*. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2008.

_____. *Seminários de Zollikon*. São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. *Ontologia - Hermenêutica da facticidade*. Trad. Renato Kirchner. Petrópolis: Vozes, 2012.

HERMANN, N. *Hermenêutica e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.

HIBBELER, R.C. *Resistência dos Materiais* 7. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010.

HOPITAL MAISON BLANCHE. *Soins*. Disponível em: <<http://www.ch-maison-blanche.fr/Soins/Psychiatrie-adulte/Decoupage-en-secteurs>>. Acesso em: 21 out. 2016.

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

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

INIAL, H. Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) Bout des Pavés. *CHU de nantes*. 15 nov. 2016. Disponível em: <<http://www.chu-nantes.fr/centre-d-accueil-therapeutique-a-temps-partiel-cattp-bout-des-paves-25401.kjsp>>. Acesso em: 23 out. 2016.

INSERM (dir.). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Rapport. Paris: Les éditions Inserm, XIV- 428 p. – (Expertise collective). Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10608/140>>. 2005.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE. Missions de l'Institut.. Disponível em: <<http://www.inserm.fr/qu-est-ce-que-l-inserm/missions-de-l-institut>>. Acesso em: 05 out. 2016.

_____. Disponível em: <<http://www.inserm.fr/>>. Acesso em: 05 out. 2016.

_____. *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Disponível em: <<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/60>>. Acesso em: 23 out. 2016.

JACQUARD, A. Préface. In: PAS DE ZÉRO DE CONDUITE- POUR LES ENFANTS DE 3 ANS! *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans!* 1. ed. 2006. França, Toulouse: Érès, 2011.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. *Dicionário básico de filosofia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JULGNET, P. Le Packing. 2012. Disponível em: <<https://www.psychisme.org/Therapeutique/Packing.html>>. Acesso em: 05 de fev. 2017.

KAHLMAYER-MERTENS, R.S. RESENHA Ontologia. Hermenêutica da facticidade. *Revista Litteris*, set. 2013.

LAFER, C. Da Dignidade da política: sobre Hannah Arendt. In: ARENDT, H. *Entre o Passado e o Futuro*. São Paulo: Perspectiva, 2001.

L'APPEL DES APPELS. *Politiques des métiers – manifeste*. França, Clamecy: Mille et un nuits, 2011.

LANDMAN, P. Un Manifeste contre la pensée unique DSM. In : AGUERRE, J.C. et al. Le manifeste pour en finir avec le carcan du DSM. In: STOP-DSM. *Iniciative pour une Clinique du Sujet*. Pour en finir avec le carcan du DSM. Toulouse: Érès, 2011.

LANGLOYS, Danièle. Mode d'emploi à destination des familles. *Recommandations de bonnes pratiques pour les enfants et adolescentes autistes ou TED*. 8 mar. 2012. Disponível em: <<http://www.autisme->

france.fr/offres/doc_inline_src/577/Brochure+recommandations+der.pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.

LECOURT, Dominique. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: Quadrige, 2004.

LEGIFRANCE. 12 fev. 2005. Disponível em: <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

_____. 29 dez. 2014. Disponível em: <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LEMOIS, F.C.S. A medicalização da educação e da resistência no presente: disciplina, biopolítica e segurança. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, v. 18, n. 3, set./dez. 2014.

LEVI, P. *É isto um homem?* Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1988

LIMA, R.C. *Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades*. São Paulo: Relume-Dumara, 2005.

_____. Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In: KYRILLOS NETO, Fuad; CALAZANS, Roberto (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSM's*. 1. ed. Barbacena: Ed. UEMG, 2012.

MACHADO, A.M. *Reinventando a avaliação psicológica*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

_____. Avaliação psicológica na Educação: mudanças necessárias. In: TANAMACHI, E.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. (Orgs.). *Psicologia e Educação: desafios teórico-práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. Dislexia: Subsídios para políticas públicas. Crianças com dificuldade na leitura e na escrita: de quem falamos? *Seminário na Câmara Municipal de São Paulo*, São Paulo, 21 set. 2009. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/crp/videos/sem_dislexia_sub_pol_publicas/dislexia_02/seminario_dislexia_subsidios_para_politicas_publicas_02.html>. Acesso em: 15 ago. 2010.

_____. Formas de pensar e agir nos acontecimentos escolares: abrindo brechas com a psicologia. In: FACCI, M.; MEIRA, M.; TULESKI, S. (Orgs.). *A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos*. Santa Catarina: Editora da Universidade de Maringá, 2011.

_____. Psicologia, trabalho institucional e medicalização: perigos e apostas. In: AZZI, R.G.; GIANFALDONI, M.H.T.A. (Orgs.) *Psicologia e Educação*. v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011b.

_____. Exercícios de superação da lógica da medicalização – a escrita de relatório. In: VIEGAS et al. *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* Salvador: EDUFBA, 2014.

MACHADO, M.M. *A Flor da Vida/ sementeira para a fenomenologia da pequena infância*. Tese de doutorado. Programa de estudos pós-graduados em educação: psicologia da educação. PUC-SP. São Paulo, 2007.

MÃE, V.H. *O filho de mil homens*. Cosac Naif: São Paulo, 2012.

MAISON DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES. Disponível em: <<http://www.mdpf.fr/>>. Acesso em: 23 out. 2016.

MAISON VERTE. Disponível em: < <http://www.lamaisonverte.asso.fr>> Acesso em: 05 fev 2017.

MARTINS, J.; BICUDO, M. *A pesquisa qualitativa em psicologia*. São Paulo: Centauro, 2005.

MEIRA, M.E.M.; TANAMACHI, E. A atuação do psicólogo como expressão do pensamento crítico em psicologia e educação. In: ANTUNES, M.; MEIRA, M. *Psicologia escolar: práticas críticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MERLEAU-PONTY, M. *Merleau-Ponty na Sorbonne* – resumo de cursos: filosofia e linguagem. Campinas: Papirus, 1990a.

_____. *Merleau-Ponty na Sorbonne* – resumo de cursos: psicossociologia e filosofia. Campinas: Papirus, 1990b.

MICHELAZZO, J.C. *Do um como princípio ao dois como un-idade* – A passagem do paradigma metafísico para o pensamento originário em Martin Heidegger. 1997. Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

_____. Daseinsanalyse e "doença"do mundo. *Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse*, n.10, São Paulo, 2001, pp.47-71.

MISÉS, R. et al. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R-2012*. Presses de l'école des hautes études en santé publique, 2012.

MORA, J. F. *Dicionário de filosofia*. t. IV (Q-Z). São Paulo: Loyola, 2001.

MOREIRA, D. A. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOREIRA, J.O.; ROMAGNOLI, R.C.; NEVES, E.O. O surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos de Promoção da Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2007, 27 (4), p. 608-621.

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A. Inteligência abstraída. Crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Revista Psicologia USP*, v. 8, n. 1, 1997, p. 63-90.

_____. *A institucionalização invisível*. Crianças que não aprendem na escola. Campinas: Mercado das Letras; São Paulo, FAPESP, 2001.

_____; _____. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO E GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos*. v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

_____; _____. Medicalização: o obscurantismo reinventado In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.). *Era dos transtornos*. Novas capturas, antigos diagnósticos. 1. ed. Campinas: Mercado das letras, 2013.

_____; _____. Medicalização do comportamento e da aprendizagem: a nova face do obscurantismo. In: VIEGAS et al. *Medicalização da Educação e da Sociedade: ciência ou mito?* Salvador: EDUFBA, 2014.

ORTEGA, F. *Para uma política da amizade: Arendt, Derrida, Foucault*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

POMPEIA, J.A.; SAPINZA, B.T. *Os dois nascimentos do homem: Escritos sobre terapia e educação na era da técnica*. Rio de Janeiro: Viaverita, 2011.

PARIS 2024. Santé de l'enfant. Disponível em: <<http://www.paris.fr/services-et-infos-pratiques/famille-et-education/petite-enfance/sante-de-l-enfant-2298>>. Acesso em: 23 out. 2016.

PAS DE BÉBÉ A LA CONSIGNE. Appel. *Pas de bébé à la consigne*. set. 2009. Disponível em: <<http://www.pasdebebesalaconsigne.com/>> Acesso em: 23 out. 2016.

PAS DE ZÉRO DE CONDUITE- POUR LES ENFANTS DE 3 ANS! *Enfants turbulents, l'enfer est-il pavé de bonnes préventions?* 1. ed. Toulouse: Érès, 2008.

_____. *Curriculum Vitae*. 5 abr. 2009 Disponível em: <<http://www.pasde0deconduite.org/spip.php?article253>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

_____. *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans!* 1. ed. 2006. Toulouse: Érès, 2011.

_____. *Les enfants au carré? Une prévention qui ne tourne pas rond*. 1. ed. 2011. Toulouse: Érès, 2012a.

_____. *La prévention prévenante en action*. 1. ed. Toulouse: Érès, 2012b.

_____. *Lettre ouverte du collectif Pasde0deconduite aux candidat-es à l'élection présidentielle*. 23 fev. 2012c. Disponível em: <<http://www.pasde0deconduite.org/spip.php?article304>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

_____. *Appel*. Disponível em: <<http://www.pasde0deconduite.org/appel/>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

RABINOVICHT, G. Algumas confusões e anomias léxicas na época das sociedades de massa. *Veredas do Direito*, 4(7), 45-61, 2007.

RÉSEAU ÉDUCATION SANS FRONTIÈRES. Pétion Nationale. abr. 2006. Disponível em: <<http://www.educationsansfrontieres.org/>>. Acesso em: 23 out. 2016.

REY, A. *Le Robert pratique dictionnaire*. 4. ed. Paris: Le Robert, 2012.

ROCKWELL, E. *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós, 2011.

ROSA, G. *Grande Sertão: Veredas*. 19. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

ROQUE, T. Resistir a quê? Ou melhor, resistir o quê? *Lugar Comum - Estudos de Mídia, Cultura e Democracia*, n. 17, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2001.

RORTY, R. O Fedor de Heidegger. 20 de abril 1997. *Folha de São Paulo*. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/4/20/mais/15.html>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

ROTHMAN, J. Is Heidegger contaminated by Nazism? 28 abr. 2014 *The New Yorker*. Disponível em: <<http://www.newyorker.com/books/page-turner/is-heidegger-contaminated-by-nazism>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SARAIVA, F.R. *Novíssimo dicionário latino português*. 10. ed. Rio de Janeiro: Garnier, 1993.

SECURITÉ SOCIALE. Comprendre la Sécurité sociale. *Le portail du service public de la Sécurité sociale*. Disponível em: <<http://www.securite-sociale.fr/Comprendre-la-Securite-sociale?type=part>>. Acesso em: 21 out. 2016.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET LES DISCIPLINES ASSOCIÉES. Disponível em: <<http://sfpeada.fr/presentation/>>. Acesso em: 23 out. 2016.

SOIN INFIRMIERS. 06 out. 2014. Disponível em: <http://www.soins-infirmiers.com/secteurs_en_psychiatrie.php>. Acesso em: 24 jan. 2015.

SOUZA, M.P.R. Retornando À patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO E GRUPO INTERINSTITUCIONAL QUEIXA ESCOLAR (Org.). *Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais à doença de indivíduos*. v. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SPINOZA. *Tratado político*. Trad., introdução e notas por Diogo Pires Aurélio; revisão da trad. por Homero Santiago. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

STANFORD. *Encyclopedia of Philosophy*. Revisão em 15 out. 2012. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/entries/aristotle-causality/>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

STEIN, E. *Aproximações sobre hermenêutica*. 1. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

STOP-DSM. *Iniciative pour une Clinique du Sujet: Pour en finir avec le carcan du DSM*. Toulouse: Érès, 2011.

_____. Manifesto. Disponível em: <<http://stop-dsm.com/index.php/fr/component/content/article?layout=edit&id=14>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SUESSER, P. Introduction à la deuxième édition. In: PAS DE ZÉRO DE CONDUITE-POUR LES ENFANTS DE 3 ANS! *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans!* 1. ed. 2006. Toulouse: Érès, 2011.

_____. Introduction. In: PAS DE ZÉRO DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE TROIS ANS. *Les enfants au carré? Une prévention qui ne tourne pas rond.* 1. ed. 2011. Toulouse: Érès, 2012a.

SZYMANSKI, H. (org.). *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva.* 1. ed. Brasília: Plano, 2002.

_____. A prática reflexiva em pesquisas com famílias de baixa renda. Anais do II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos. A pesquisa qualitativa em debate. 25 a 27 de março de 2004. Bauru, USC. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/Isipeq/anais/pdf/gt1/06.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

THIBIERGE, C. Cinq clés pour une résistance constructive. *L'appel des appels.* 27 out. 2012. Disponível em: <<http://www.appeldesappels.org/l-appel-des-appels-remettre-l-humain-au-cœur-de-la-société/cinq-cles-pour-une-résistance-constructive-1413.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

UNCPSY. *Etats Généraux de la psychiatrie.* 2003. Disponível em: <<http://www.uncpsy.fr/ancien-site-uncpsy/dossiers-uncpsy/documentation-publique/Psy-Montpellier-2003.PDF>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

VALLÉE, M. Biomedicalizing mental illness: the case of attention deficit disorder. *Manuel Valle'e Understanding Emerging Epidemics: Social and Political Approaches Advances in Medical Sociology*, v. 11, 2010.

_____. Resisting American Psychiatry: French Opposition to DSM-III Biological Reductionism, and the Pharmaceutical Ethos. *Advances in Medical Sociology*, v. 12, 2011, p. 85-110.

_____. Perpetuating A Reductionist Medical Worldview: The Absence Of Environmental Medicine In The American Adhd Clinical Practice Guidelines. *Ecological Health: Society, Ecology and Health Advances in Medical Sociology*, v. 15, 2013.

VENTURA, R. Os paradoxos do conceito de resistência: do mesmo à diferença. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 32, nov. 2009, p. 153-162. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372009000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 nov. 2013.

VIANNA, F.D.C. *Historias da periferia: a maconha no mundo de jovens estudantes de uma escola pública de São Paulo – uma análise fenomenológica.* Tese de mestrado. Programa de estudos pós-graduados em educação: psicologia da educação. PUC-SP. São Paulo, 2006.

VIE PUBLIC AU COEUR DU DÉBAT PUBLIC. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative patients, à la santé et aux territoires aux. *Vie public au coeur du débat public*. 22 jul. 2009. Disponível em: <<http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-21-juillet-2009-portant-reforme-hopital-relative-aux-patients-sante-aux-territoires.html>>. Acesso em: 21 out. 2016.

VISACRO, A. *Guerra irregular: terrorismo, guerrilha e movimentos de resistência ao longo da história*. São Paulo: Contexto, 2009.

ZILIO, L.B.; BARCELLOS, R.M.R.; DELLAGNELO, E.H.L.; ASSMANN, S.J.; Organizações contra-hegemônicas e as possibilidades de redescoberta da política na modernidade: uma contribuição a partir do pensamento de Hannah Arendt. *Cadernos EBAPE*, v. 10, n. 4, Rio de Janeiro: FGV, dez. 2012.

ZOLA, I.K. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, v. 20, 1972, pp. 487-504.

Apêndice A - Unidades de sentido presentes nas entrevistas

Trecho da Entrevista realizada com Marie Laure Cadart com as unidades de sentido identificadas no corpo do texto

Abaixo encontramos um trecho da entrevista realizada com Marie Laure Cadart. Neste trecho estão assinaladas as unidades de sentido identificadas ao longo da entrevista. Cada unidade de sentido está numerada e ao final do trecho destacado está o título da unidade entre chaves e em itálico.

Andreia: Eu sou psicóloga e meu projeto de pesquisa trata sobre o transtorno de atenção e hiperatividade, na Universidade de São Paulo. Trata-se da medicalização, porque no Brasil existe um forte crescimento da prescrição de metilfenidato para crianças. Um aumento de aproximadamente 1200% em 5 anos.

ML: Para crianças de que idade? Existe um limite ou não? Mesmo para os pequeninhos?

Andreia: Para todas as idades. Nós começamos a prescrever o metilfenidato para crianças de 6 anos. Atualmente no Brasil, os médicos começaram a administrar esse medicamento para um público mais jovem. Eu vim para Paris para seguir algumas disciplinas na Paris 7 para o meu mestrado, e meu projeto de pesquisa é sobre as diferentes formas de enfrentar a medicalização aqui na França. Eu li as publicações do Coletivo “*Pas de Zéro de Conduite*” e eu penso que este é um tipo de resistência a esse fenômeno da medicalização.

ML: 1-Não somente, mas sim, o que é interessante é que não é a mesma porta de entrada que o Brasil *{sobre o movimento do Pas de Zéro de Conduite}*.

Andreia: Eu já li algumas publicações do “*Pas de Zéro de Conduite*” mas eu gostaria que você me contasse um pouco mais a história desse movimento.

ML: 2-Sim, de onde veio, a história de como nasceu o “*Pas de Zéro de Conduite*”. Então, eu me apresento: eu sou médica e sou antropóloga também e eu trabalhei durante bastante tempo na PMI, “*Protection Maternel et Infantile*”. Ai está como tudo aconteceu: eu era médica da PMI e eu ocupava um cargo importante de coordenação, uma grande parte desse trabalho consistia em desenvolver e acompanhar os estabelecimentos de acolhimento das jovens crianças (creches, jardim da infância). Tendo retomado e terminado os estudos em antropologia, eu deixei meu posto há 8 anos para me dedicar à formação e à pesquisa. Eu tinha vontade de mudar de trabalho mas seguindo nesta área e eu vi a oportunidade de o fazer. Eu era e eu sou ainda do Sindicato Nacional dos médicos do PMI (SNMPMI). É um sindicato um pouco particular porque ele defende muito as ideias e os valores da PMI e não é

unicamente um sindicato que defende os interesses dos profissionais...Do lado da antropologia, eu trabalhei muito em creches e com a abordagem intercultural com as famílias, tanto na PMI quanto em outros lugares. *{sobre sua trajetória e história profissional}* 3- Quando eu deixei a PMI em 2004, Nicolas Sarkozy era o Ministro da casa civil (ministre de l'intérieur) (ele se tornaria em seguida Presidente da República) e ele tinha feito um projeto de lei de prevenção da delinquência, no qual estava incluso um protocolo de saúde para a escola maternal feito pelos médicos da PMI. *{sobre o projeto de lei de prevenção da delinquência}* Você conhece a PMI, não?

Andreia: Sim, sim

ML: 3-Tratava-se de pedir aos médicos da PMI para detectar os transtornos de comportamento preditores da delinquência nas criancinhas de 3 anos. Estava inscrito em um projeto de lei de prevenção da delinquência que se apoiava em um estudo do INSERM (Instituto Nacional de Pesquisa Médica) intitulado “O transtorno de conduta”, onde estava estabelecida uma relação entre o transtorno de conduta (ainda seria necessário estar de acordo com a definição) nos pequenos e os problemas de delinquência mais tarde. *{sobre o projeto de lei de prevenção da delinquência}*

4- Este estudo era bem controverso, porque se apresentava sob a forma de uma meta-análise fazendo unicamente uma revisão de literatura internacional que, a partir de alguns estudos, vai tirar as conclusões e propor tratamentos unicamente comportamentais e medicamentosos. *{sobre o modo de se fazer pesquisa na França}*

Andreia: Então a pesquisa do INSERM era somente baseada em estudos realizados em outros países, não na França?

ML: 4- Principalmente anglo-fônicos... porque era necessário que isto estivesse inscrito no prazo (deadline) dessas pesquisas anglo-fônicas. *{sobre o modo de se fazer pesquisa na França}* 5- As pesquisas francesas não eram realmente etiquetadas como “pesquisa”, e toda a literatura francesa, na França dizemos “literatura cinza”¹³², não era levada em conta. Isso significava que todo o trabalho de qualidade que era progressivamente realizado na França desde os anos 1950, desaparecia. *{sobre as pesquisas realizadas na França}*. Então, aí está, este é o começo. 6- E depois para a pequena história também, nós estávamos em um período marcado pelo aumento da obsessão securitária. Existia, inclusive, um sindicato de comissário de polícia que, em seu relatório, propunha a detecção, nas creches, dos transtornos de comportamento. *{sobre a obsessão com segurança pública}* 7- O nascimento do coletivo “Pas

¹³² “Litterature grise”

de Zéro de Conduite” foi produto de um pequeno núcleo de médicos do SNMPMI do qual eu faço parte. Nós éramos um núcleo bem pequeno, de três ou quatro, e nós nos dissemos “nós não podemos deixar que isso aconteça! Deixar isso significaria que nós estamos de acordo com o fato de que os médicos sejam utilizados pela polícia”. “Pas de Zéro de Conduite” nasceu assim, dizendo:” Nós não estamos de acordo que os cuidadores, os médicos sejam utilizados para fins de ordem pública, não estamos de acordo sobre o conceito de transtornos de conduta e não estamos de acordo em relação as soluções e os tratamentos propostos.” Nós escrevemos um pequeno texto ao redor de uma mesa e pensamos que sozinhos, nós não éramos nada. *{sobre a origem do movimento PDC}* 8- O sindicato de médicos do PMI, ninguém liga para ele, nós somos alguns médicos de saúde pública se ocupando da prevenção para bebês, não é um lugar de poder. Portanto, nós nos dissemos: é necessário que nós nos associemos com aqueles que estão também preocupados, essencialmente os psicólogos, os psiquiatras e os psicanalistas, *{sobre a rede formada pelo PDC}* 9- porque se os médicos da PMI devem detectar os transtornos de conduta, estes devem os tratar. E eles devem tratar como? De acordo com as recomendações do INSERM, com os tratamentos comportamentalistas, ou mesmo medicamentosos para crianças de mais de 6 anos. *{sobre o projeto de lei de prevenção da delinquência}* 10- (Na França os medicamentos psicotrópicos só podem ser prescritos a partir dos 6 anos, então isto não incluía diretamente os medicamentos para bebês). *{sobre a prescrição de medicamentos na França}* 11- Nós nos dissemos: “é necessário se associar à outros cuidadores”; nós então falamos com outras redes, identificamos chefes de serviço de psiquiatria infantil, as associações de psicólogos e de psicanalistas, as quais assinaram o texto e nós lançamos uma petição na internet. Era uma das primeiras petições, tinha tido uma grande na França que tinha dado certo. E aí está, este era o começo. *{sobre a rede formada pelo PDC}*

12- Nós éramos aproximadamente uns quinze assinantes no começo e lançamos a petição na internet, era janeiro/fevereiro 2006. Porque a historia do projeto de lei era em outono de 2005. Nós lançamos esta petição na internet e nós recolhemos aproximadamente 200.000 assinaturas em 2 meses. Isso se tornou um fenômeno da sociedade e isso pressionou o governo a retirar seu projeto de lei...Ele o fez passar de uma outra forma. Ele foi retirado e transformado (nós podemos falar disso de novo depois). *{sobre a petição produzida pelo PDC}* 13- Nós também pedimos que os relatórios de pesquisa, inclusive no nível do INSERM, fossem feitos dentro de um outro contexto e incluíssem outras abordagens, com clínicos. Um colóquio aconteceu no INSERM em seguida deste movimento, com promessas de trabalhar diferentemente mas, de fato nada mudou verdadeiramente. *{sobre as pesquisas*

realizadas na França} 14- “Pas de Zéro de Conduite” nasceu assim, com um punhado de profissionais. Porque isto pegou fogo? Porque ao mesmo tempo, isso se dirigia a toda a população. Isso se difundiu e não ficou restrito ao meio profissional, era uma ação ao mesmo tempo profissional e cidadã para dizer: “trata-se das suas crianças e nós enquanto profissionais, nós temos medo pelas suas crianças, por nossas crianças.” *{sobre a origem do movimento PDC}* 15- O que é interessante, é que o movimento partiu de profissionais que se sentiram atacados em suas práticas e que pensaram que era perigoso porque a base de seus conhecimentos e de suas práticas foi atacada. Mas isso tocou também toda a população. Então, a partir deste momento, nós fizemos muito rápido um primeiro livro e um colóquio com 300 pessoas e outras pessoas que não puderam entrar, já que a sala era muito pequena. Nós recomeçamos, nós fizemos outro livro com um segundo colóquio que acolheu mais de 1000 pessoas. Aí um terceiro colóquio e um livro... e depois fomos solicitados em diferentes lugares na França para falar sobre isso, para se enfrentar este movimento que era tão forte, do lado da medicalização e do comportamentalismo, o que vai junto. *{sobre a origem do PDC}* 16-Na França, nós prescrevemos bem menos medicamentos para as crianças pequenas. A ritalina é pouco prescrita para os pequenos ainda. E além disso, eu vou te dar uma outra informação. A França é o país que mais consome psicotrópicos na idade adulta. Então os medicamentos são muito presentes, mas não para bebês, nem para os pequenos. *{sobre a prescrição de medicamentos na França}* 17 A grande luta, é o comportamentalismo e aí é o fato também de não reconhecer todas as outras práticas. *{sobre o comportamentalismo}* 18- Para resumir, nós nos tornamos uma força de oposição no nível do pensamento, especificamente de vigilância, ou seja nós somos vigilantes a cada vez que acontece um ataque no nível dos cuidados das crianças no sentido amplo. *{sobre a função do PDC}* 19- O que é interessante dentro desse movimento é que teve muito rapidamente grandes associações, sindicatos que chegaram, pequenas associações também e principalmente tudo o que engloba a Educação Nacional, a primeira infância, a escola maternal. Eles vieram se juntar ao movimento, do mesmo modo os movimentos que trabalham contra as expulsões das famílias sem documento¹³³ (ilegais), etc. Têm vínculos que são feitos com diferentes movimentos. *{sobre a rede formada pelo PDC}* 20-“Pas de Zéro de Conduite” ficou um coletivo, ou seja, que não é uma associação, não fomos constituídos como associação com presidente etc. Para ficar de uma forma mais leve como funcionamento. *{sobre a organização do PDC}*

¹³³ “sans papier”

Apêndice B - Unidades de Sentido encontradas na entrevista com Marie Laure Cadart agrupadas em formato de tabela

Abaixo encontra-se um trecho da tabela que atribui as unidades de sentido aos respectivos trechos da entrevista com Cadart, de modo que podemos visualizar quando há a mesma unidade de sentido para diferentes extratos da entrevista. Além disso, os trechos sublinhados foram selecionados, pois trazem aspectos relacionados a resistência de cada um dos entrevistados, eles foram utilizados para a elaboração do apêndice D.

Trechos da entrevista	Unidades de sentido
1-Não somente, mas sim, o que é interessante é que não é a mesma porta de entrada que o Brasil	sobre o movimento do Pas de Zéro de Conduite - trata-se de uma resistência à medicalização mas difere do Brasil
2-Sim, de onde veio, a história de como nasceu o “Pas de Zéro de Conduite”. Então, eu me apresento: eu sou médica e sou antropóloga também e eu trabalhei durante bastante tempo na PMI, “Protection Maternel et Infantile”. Ai está como tudo aconteceu: eu era médica da PMI e eu ocupava um cargo importante de coordenação, uma grande parte desse trabalho consistia em desenvolver e acompanhar os estabelecimentos de acolhimento das jovens crianças (creches, jardim da infância). Tendo retomado e terminado os estudos em antropologia, eu deixei meu posto há 8 anos para me dedicar à formação e à pesquisa. Eu tinha vontade de mudar de trabalho mas seguindo nesta área e eu vi a oportunidade de o fazer. Eu era e eu sou ainda do Sindicato Nacional dos médicos do PMI (SNMPMI). É um sindicato um pouco particular porque ele defende muito as ideias e os valores da PMI e não é unicamente um sindicato que defende os interesses dos profissionais...Do lado da antropologia, eu trabalhei muito em creches e com a abordagem intercultural com as famílias, tanto na PMI quanto em outros lugares. 80-Sejam profissionais de creche, sejam cuidadores, assistentes sociais. Eu	sobre sua trajetória e história profissional - médica, antropóloga, era coordenadora do PMI, é do sindicato dos médicos do PMI - seu campo de estudo é a antropologia da saúde - os médicos resistem a considerar as influencias da cultura nas patologias

<p>trabalho sobretudo com o que é a “Antropologia da saúde”, sobre “como as pessoas se tratam em função das culturas”, etc.</p> <p>81- eu tinha feito estudos de antropologia sobretudo no campo da saúde. Somos muito poucos a fazer isso. E as pessoas são muito interessadas, mas era muito pouco reconhecido no nível de formação. Isso deveria estar na formação de médico e não está. Portanto, eu dou palestras quando me pedem, mas de preferencia em formação continuada. Isso me interessa muito. Mas há muita resistência em relação a levar em conta este lado cultural. .</p>	
<p>3-Quando eu deixei a PMI em 2004, Nicolas Sarkozy era o Ministro da casa civil (ministre de l’interieur) (ele se tornaria em seguida Presidente da República) e ele tinha feito um projeto de lei de prevenção da delinquência, no qual estava incluso um protocolo de saúde para a escola maternal feito pelos médicos da PMI. [...] Tratava-se de pedir aos médicos da PMI para detectar os transtornos de comportamento preditores da delinquência nas criancinhas de 3 anos. Estava inscrito em um projeto de lei de prevenção da delinquência que se apoiava em um estudo do INSERM (Instituto Nacional de Pesquisa Médica) intitulado “O transtorno de conduta”, onde estava estabelecida uma relação entre o transtorno de conduta (ainda seria necessário estar de acordo com a definição) nos pequenos e os problemas de delinquência mais tarde.</p> <p>9- porque se os médicos da PMI devem detectar os transtornos de conduta, estes (os psicólogos, os psiquiatras e os psicanalistas) devem os tratar. E eles devem tratar como? <u>De acordo com as recomendações do INSERM, com os tratamentos comportamentalistas, ou mesmo medicamentosos para crianças de mais de 6 anos.</u></p>	<p>{sobre o projeto de lei de prevenção da delinquência}</p> <p>-sobre o Projeto de lei que relacionava o transtorno de conduta com problemas de delinquência</p> <p>- profissionais da saúde teriam que tratar os casos de transtorno de conduta conforme a lei dita.</p>
<p>4- Este estudo era bem controverso, porque se apresentava sob a forma de</p>	<p>{sobre as pesquisas realizadas na França} (sobre o modo de se fazer pesquisa na França)</p>

<p>uma meta-análise fazendo unicamente uma revisão de literatura internacional que, a partir de alguns estudos, vai tirar as conclusões e propor tratamentos unicamente comportamentais e medicamentosos. (...) 4- Principalmente anglo-fônicos... porque era necessário que isto estivesse inscrito no prazo (deadline) dessas pesquisas anglo-fônicas.</p> <p>5- As pesquisas francesas não eram realmente etiquetadas como “pesquisa”, e toda a literatura francesa, na França dizemos “literatura cinza”¹³⁴, não era levada em conta. Isso significava que todo o trabalho de qualidade que era progressivamente realizado na França desde os anos 1950, desaparecia.</p> <p>21- Sim era uma pesquisa francesa. Existe uma literatura francesa sobre este tema, ela é muito muito rica, mas ela não está classificada nos “deadlines” (prazos) internacionais. Ela permanece francesa, então como se nada existisse na França. Existe uma quantidade de iniciativas no campo da primeira infância muito muito importante, tem muitos trabalhos feitos neste âmbito da primeira infância de modo bem original e que se baseiam em todas as pesquisas de psicologia da infância, da educação etc, eu diria desde os anos 50.</p> <p>27- Nós pedimos para que o INSERM levasse isso em conta, já que o INSERM, é um Instituto Nacional de Pesquisa médica. É portanto com os nossos impostos que ele é pago! É um organismo público. <u>Assim, nós pedimos que a metodologia seja modificada quando as pesquisas forem feitas sobre essas problemáticas.</u> O INSERM aprovou mas isto não mudou verdadeiramente nos fatos: ele publicou outros estudos tendo seguido o mesmo método.</p> <p>28- Existem estes estudos, mas eles não tem os mesmos meios. Existem pesquisas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sobre o estudo “Transtorno de Conduta” - não consideram a literatura já produzida na França - não consideram as iniciativas/práticas que acontecem na França como válidas - as pesquisas levadas em conta na meta-análise estão dentro de um deadline de pesquisa internacional - não concordam com a metodologia utilizada na pesquisa INSERM - pesquisas em ciências humanas são consideradas como tendo menor credibilidade - Em um país democrático diferentes tipos de pesquisa devem ser consideradas e realizadas - Coloca-se contra o monopólio de um tipo de pesquisa (comportamental; medicamentoso) e contra pesquisas financiadas por haver interesse econômico nos seus resultados
---	--

¹³⁴ “*Litterature grise*”

<p>e estudos, e muitos textos escritos. <u>Nós pedimos ao INSERM para levar em conta aquilo que existia nas pesquisas, mas neste momento isso não entrou verdadeiramente na realidade</u></p> <p>: 29- Sim, além do mais, as pesquisas em ciências humanas não tem o mesmo nível de credibilidade científica e são muitas vezes colocadas de lado.</p> <p>30- Antes do Pas de Zéro de Conduite, eu pensava que podia existir pesquisas com as quais eu não concordava... nós estamos em um país democrático! <u>É possível ter pesquisas, a partir do momento em que os resultados não são impostos imediatamente como um modelo para colocar em prática.</u> Existia já uma pesquisa do INSERM que nos tinha preocupado sobre a eficácia das diferentes psicoterapias. Mas nesta época, cada um trabalhava no seu canto: os psicólogos, os psicanalistas, os psiquiatras, os médicos do PMI, a Educação Nacional.</p> <p>58- <u>Vamos ser contra alguns tipos de pesquisa e sobretudo contra o monopólio de alguns tipos de pesquisa.</u> As pesquisas atuais, em geral, vão sempre ser orientadas “comportamentalismo”, ou “medicamento”. Mas mais uma vez eles não interferem tanto nos pequenos (eles não são tanto o alvo). Essas pesquisas vão ser financiadas e, além disso, seus resultados vão ser colocados em prática imediatamente e impostos como um modo de fazer que é melhor que os outros</p> <p>13- <u>Nós também pedimos que os relatórios de pesquisa, inclusive no nível do INSERM, fossem feitos dentro de um outro contexto e incluíssem outras abordagens, com clínicos.</u> Um colóquio aconteceu no INSERM em seguida deste movimento, com promessas de trabalhar diferentemente mas, de fato nada mudou verdadeiramente.</p>	
<p>6- E depois para a pequena historia também, nós estávamos em um período marcado pelo aumento da obsessão securitária. Existia, inclusive, um</p>	<p>{sobre a obsessão com segurança pública}</p>

<p>sindicato de comissário de polícia que, em seu relatório, propunha a detecção, nas creches, dos transtornos de comportamento.</p>	
<p>7- O nascimento do coletivo “Pas de Zéro de Conduite” foi produto de um pequeno núcleo de médicos do SNMPMI do qual eu faço parte. <u>Nós éramos um núcleo bem pequeno, de três ou quatro, e nós nos dissemos “nós não podemos deixar que isso aconteça! Deixar isso significaria que nós estamos de acordo com o fato de que os médicos sejam utilizados pela polícia”. “Pas de Zéro de Conduite” nasceu assim, dizendo:” Nós não estamos de acordo que os cuidadores, os médicos sejam utilizados para fins de ordem pública, não estamos de acordo sobre o conceito de transtornos de conduta e não estamos de acordo em relação as soluções e os tratamentos propostos.”</u> Nós escrevemos um pequeno texto ao redor de uma mesa e pensamos que sozinhos, nós não éramos nada.</p> <p>14- “Pas de Zéro de Conduite” nasceu assim, com um punhado de profissionais. <u>Porque isto pegou fogo? Porque ao mesmo tempo, isso se dirigia a toda a população. Isso se difundiu e não ficou restrito ao meio profissional, era uma ação ao mesmo tempo profissional e cidadã para dizer: “trata-se das suas crianças e nós enquanto profissionais, nós temos medo pelas suas crianças, por nossas crianças.”</u></p> <p>15- <u>O que é interessante, é que o movimento partiu de profissionais que se sentiram atacados em suas práticas e que pensaram que era perigoso porque a base de seus conhecimentos e de suas práticas foi atacada. Mas isso tocou também toda a população. Então, a partir deste momento, nós fizemos muito rápido um primeiro livro e um colóquio com 300 pessoas e outras pessoas que não puderam entrar, já que a sala era muito pequena. Nós recomeçamos, nós fizemos outro livro com um segundo colóquio que acolheu mais de 1000 pessoas. Aí um terceiro colóquio e um livro... e depois</u></p>	<p>{sobre a origem do movimento PDC} os médicos do sindicato do PMI se colocaram contra a subordinação dos médicos a ordem pública</p> <ul style="list-style-type: none"> - não concordavam com o conceito de transtorno de conduta e com os tratamentos propostos - A crítica colocada pelo PDC se dirigia a toda a população -os profissionais sentiram-se atacados tanto no que diz respeito á sua prática quanto aos conhecimentos - as primeiras mobilizações foram organizações de livros e colóquios -PDC começou a ser convocado para enfrentar o comportamentalismo e a medicalização por toda a França.

<u>fomos solicitados em diferentes lugares na França para falar sobre isso, para se enfrentar este movimento que era tão forte, do lado da medicalização e do comportamentalismo, o que vai junto.</u>	
--	--

Apêndice C - Constelações formadas pelas unidades de sentido em quatro entrevistas apresentadas.

O nome de cada constelação está em negrito e as unidades de sentido que estão incluídas em cada uma destas constelações encontram-se abaixo do título na respectiva coluna do entrevistado correspondente. Duas tabelas como esta foram realizadas, pois não era possível fazer uma única para os oito entrevistados. Abaixo encontra-se uma das tabelas realizadas neste momento da análise.

Cadart Unidades de sentido	Teboul Unidades de sentido	Davoudian Unidade de Sentido	Hoffman Unidade de Sentido
--------------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------------

5.1 A dimensão histórica da resistência: movimento histórico, engendramento de compreensões complexas e reducionistas			
	<p>1 Sobre o lugar da psiquiatria infantil na França</p> <p>-tem interesses diferentes do que a psiquiatria geral</p> <p>-em sua origem encontra-se uma tradição asilar e a tradição dos médicos, pedagogos, psicólogos e reeducadores- conjunção e confluência de diversas correntes</p> <p>- contribui para o nascimento da psiquiatria de setor.</p>		<p>2 Sobre a historia da redução do ser-humano ao biológico (comportamento) e seus movimentos</p> <p>-sobre a redução do ser humano ao biológico na segunda guerra mundial</p> <p>- sobre o estruturalismo ter re-situado o homem nas ciências humanas</p> <p>- sobre a psicanálise dentro do estruturalismo</p> <p>- sobre o fim do paradigma do estruturalismo e o início do paradigma do homem computador</p> <p>- sobre o paradigma cognitivista, das</p>

			neurociências - sobre a volta da concepção do homem como biológico - sobre a evolução e as transformações da ciência e a descoberta da epigenética - sobre a epigenética que abre espaço para um novo debate - sobre os paradigmas que foram norteando a visão de homem da ciência
	1 Sobre a divisão da psiquiatria na França -disputa entre psiquiatria universitária neurobiológica e psiquiatria geral de setor sobre a história da psiquiatria na França} -diferenças de organização da psiquiatria na França -movimento anti psiquiátrico -compreensão de que o funcionamento das instituições psiquiátricas produzem efeitos no âmbito do tratamento		
5.2 A As forças que atuam no cotidiano atual: contexto contra o qual a resistência é realizada			
1 Sobre a obsessão	3 Sobre as leis que		5 Sobre as nuances

<p>com segurança pública</p> <p>-momento de obsessão com segurança</p>	<p>atuam nas medidas de saúde pública</p> <p>- lei de 2005 que define que as deficiências deveriam ser compensadas pelo estado</p>		<p>de resistência e apoio que permeiam o mundo científico</p> <p>- sobre a resistência ao DSM V nos Estados Unidos</p> <p>- sobre as nuances na França em relação a opinião sobre o DSM</p> <p>-existem dominações e resistências</p> <p>- sobre a especificidade humanista da França e também na América Latina</p> <p>-prática terapêutica em saúde mental que tem seus fundamentos na história</p>
<p>1 Sobre o modo de a sociedade funcionar hoje</p> <p>-quer normalizar todo mundo</p> <p>- nega o inconsciente</p> <p>- com o neoliberalismo tudo deve estar no nível da concorrência inclusive questões de educação e saúde para crianças</p>	<p>3 Sobre as demandas do público atendido</p> <p>-demanda de processo de escolarização adaptado às necessidades da criança.</p>		
<p>5 Sobre a medicalização em diferentes culturas</p> <p>-lei de prescrição de medicamentos</p> <p>-contato de professor argentino</p> <p>-resistência de movimentos sociais</p>	<p>2 Sobre a política da psiquiatria de setor</p> <p>-modelo eficaz sem apoio do poder público</p> <p>-equipe multidisciplinar que atende a população em um território determinado.</p>		

	<p>-leva em conta o contexto do paciente visando inclui-lo ao invés de hospitalizar.</p> <p>-é fruto de uma corrente pós segunda guerra mundial.</p> <p>-esta prática instaura a ligação entre uma equipe multidimensional e o meio familiar</p>		
<p>1 Sobre o projeto de lei de prevenção da delinquência</p> <p>-sobre o Projeto de lei que relacionava o transtorno de conduta com problemas de delinquência</p> <p>- profissionais da saúde teriam que tratar os casos de transtorno de conduta conforme a lei dita.</p>	<p>1 Sobre o modo de produção da recomendação de boas práticas</p> <p>-mudança no nome do diagnóstico</p> <p>-a utilização das publicações científicas na RBP</p> <p>-a lógica do mercado presente na RBP</p> <p>- RBP pode ampliar a prescrição de antidepressivos</p>		
<p>1 sobre a liberdade de pensamento na prática profissional}</p> <p>- com Sarkozy falta de liberdade de pensamento continua</p> <p>Sobre a relação do PDC com o governo atual.</p> <p>-não confiam que o governo fará o que eles propõem como mais urgente para as crianças</p>			
1 sobre as			

<p>transformações nas políticas públicas</p> <ul style="list-style-type: none"> -algumas escolas foram fechadas -o maternal começou a ser uma pré-escolarização -houve a diminuição de profissionais para escolas maternas - retiraram serviços públicos e serviços privados foram oferecidos no lugar destes como ofertas -projetos sociais e pesquisas foram criados no pós-guerra e eram voltadas para as crianças, hoje são questionados 			
<p>5.3 Grupos de resistência na França: como, partem de onde, para onde e para quê?</p>			
<p>1 Sobre o movimento do Pas de Zéro de Conduite</p> <ul style="list-style-type: none"> - trata-se de uma resistência à medicalização mas difere do Brasil 	<p>2 Sobre a história da API</p> <ul style="list-style-type: none"> -associação de psiquiatras infantis que atuam no serviço público -Associação que representa os interesses e ideias dos psiquiatras infantis. 	<p>3 sobre a história da PMI}</p> <ul style="list-style-type: none"> -Surgiu em 45 depois da guerra, contexto do pós guerra -objetivo era acolher criança e gestante; detecção de deficiências ou problemas no desenvolvimento; cunho forte social e também de vigilância social {sobre as mudanças de práticas da PMI} -movimento feminista início do planejamento familiar 	
<p>Sobre a origem do movimento PDC os médicos do sindicato do PMI se colocaram contra a</p>	<p>2 Sobre a forma de eleição de presidentes da API</p>	<p>3 sobre os objetivos da PMI}</p> <ul style="list-style-type: none"> -acompanhar, sustentar e vigiar 	

<p>subordinação dos médicos a ordem pública</p> <ul style="list-style-type: none"> - não concordavam com o conceito de transtorno de conduta e com os tratamentos propostos - A crítica colocada pelo PDC se dirigia a toda a população -os profissionais sentiram-se atacados tanto no que diz respeito á sua prática quanto aos conhecimentos - as primeiras mobilizações foram organizações de livros e colóquios -PDC começou a ser convocado para enfrentar o comportamentalismo e a medicalização por toda a França. 			
<p>1 Sobre a petição produzida pelo PDC</p> <ul style="list-style-type: none"> -foi lançada na internet - conseguiram 200.000 assinaturas em 2 meses e isto pressionou o governo 	<p>2 Sobre a atualidade da API</p> <ul style="list-style-type: none"> -Associação com poder não negligenciável - API se preocupa com a organização e a clínica da psiquiatria infantil pública -API promove discussões (reflexão) -API promove formação para os profissionais. 	<p>3 Sobre o trabalho em equipe multiprofissional</p> <p>{sobre os diferentes profissionais que trabalham na PMI}</p> <p>{sobre a organização da equipe multiprofissional da PMI}</p> <ul style="list-style-type: none"> -puericultrice se encarrega de ensinar os cuidados com o bebê; pediatra vacinas etc; parteira da gestante; ginecologista planejamento familiar -trabalho desde pré até pós parto -consultas domiciliares e no 	

		<p>serviço</p> <p>- {sobre o acompanhamento global para a gestante, possibilidade de falar com a ginecologista de questões difíceis</p> <p>{sobre as reuniões de equipe}</p>	
<p>1 Sobre a função do PDC</p> <ul style="list-style-type: none"> - função de vigiar iniciativas da população e defender as crianças - difundir textos ser multiplicadores de meios de pressão 	<p>2 Sobre as concepções da API</p> <ul style="list-style-type: none"> -API exclusiva dos psiquiatras infantis de setor. -API defende trabalho de psicoterapia institucional, psicanálise e a política de setor - 	<p>3 {sobre o planejamento familiar realizado na PMI}</p> <ul style="list-style-type: none"> -receita de métodos contraceptivos - desde os 15 anos podem fazer sem que os pais precisem autorizar 	
<p>1 Sobre a organização do PDC</p> <ul style="list-style-type: none"> - não são associação - organizam fóruns e contam com diversas associações - não tem subsídios - são autônomos e se consideram um coletivo - buscam ser uma organização móvel - não contam com um reconhecimento legal - não tem uma sede, fazem reuniões telefônicas ou nas sedes de associações assinantes -acionam suas redes buscam que sejam feitas trocas e isto vá influenciar na cidadania 	<p>2 Sobre as missões da API</p> <ul style="list-style-type: none"> -Missão de aliar prevenção e tratamento -missão de educação sobre a saúde -intervenções centradas tanto no paciente na família e no contexto. 	<p>3 {sobre o modo de atendimento da PMI}</p> <p>{sobre as decisões de prioridade de objetivos no serviço da PMI}</p> <ul style="list-style-type: none"> -até os 6 meses de gestação depois são encaminhadas para hospitais onde tem atendimento mais medicamentoso {sobre o período de trabalho na PMI} -médicos 2 consultas por semana em cada PMI que trabalham, em média {sobre a prática do ginecologista na PMI} -ginecologistas fazem a entrevista do 4 mês - sobre as visitas à 	

<p>-mantém um site</p> <p>- alguns membros trabalham em campo, outros no nível da educação nacional, outros no tratamento e outros na formação e reflexão</p>		<p>domicilio das puericultrices</p> <p>Sobre as intervenções realizadas na PMI</p> <p>{sobre a entrevista do 4 mês}</p> <p>{sobre a função das entrevistas de 4 mês}</p> <p>{sobre a importância de permanecer com as visitas domiciliares}</p> <p>{sobre a alta demanda da população para o serviço da PMI}.</p>	
<p>1 Sobre a oposição do PDC (em relação ao que se opõe) não concordam: com a utilização dos médicos para fins de ordem pública com a necessidade de ter resultados quantificáveis e rápidos com a compreensão das crianças a partir de seus comportamentos e prever a partir deles que a criança será delinquente a reduzir a criança a seu sintoma não levar a vida psíquica da criança em conta com os lobbies farmacêuticos com um monopólio de pensamento e com a redução da complexidade para algo simplista sobre a preservação do indeterminado no trabalho com crianças</p>	<p>2 Sobre a transmissão das concepções da API</p>	<p>3 {sobre os grupos realizados na PMI}</p> <p>-grupos abertos mensais</p> <p>{sobre a especificidade dos grupos realizados na PMI}</p> <p>-questões diferentes e excludentes entre mulheres em pré e pós parto</p> <p>{sobre a escolha dos temas dos grupos}</p> <p>-para estrangeiras, imigrantes, sem vínculos comunitários ou familiares</p> <p>- enfermeiras que encaminham para o grupo dos primeiros dias pós parto</p> <p>-mulheres estão mais frágeis nos primeiros 40 dias do bebê</p> <p>- o modo de convocar para um grupo abre a possibilidade de contar a historia/ sobre o grupo de preparação de se tornar pais</p> <p>-importância do modo de fazer o encaminhamento</p>	

		{sobre o resgate da própria história}	
<p>1 Sobre o que o PDC defende</p> <p>Defendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abordagem complexa, plural, sem excluir as abordagens comportamentais e cognitivistas - conceito de prevenção proveniente que visa a prevenção e não a predição - práticas que contribuam para um desenvolvimento sem sofrimento - Abordagem que atende as crianças na escola com diversos profissionais presentes no cotidiano levando em conta o inconsciente, para ter uma dimensão global - desafio de influenciar o governo para o reconhecimento das múltiplas práticas 	<p>1 Sobre as forças que atuam na RBP</p> <ul style="list-style-type: none"> - RBP é demanda das Associações de Pais e da direção geral da saúde. - Associação de pais junto com professores universitários fazem pressão para que se chegue a um resultado na RBP, se opõem aos psiquiatras de setor. - pais das crianças atendidas estão satisfeitos com os serviços oferecidos. 	<p>3 {sobre o lugar do psicólogo na PMI}</p> <ul style="list-style-type: none"> - atende individualmente - assusta as mulheres o encaminhamento direto para o psi . {sobre os efeitos da presença do psicólogo} - psicologização das questões dificulta a aceitação de um tratamento psi - psicólogo não fica na prevenção - cuida dos efeitos da gestação e da chegada de um novo membro para a família 	
		<p>3 {sobre as potências do serviço da PMI}</p> <ul style="list-style-type: none"> - atenção preventiva que não é intrusiva e nem preditiva - multidisciplinariedade - equipe que cuida do pré e pós natal em uma continuidade - história das famílias é conhecida mesmo de outras gestações. 	
5.4 O tecer de redes como resistência			
1 Sobre a rede formada pelo PDC	2 Sobre os diálogos da API		

<p>- os médicos do PMI se associam com psicólogos, psiquiatras e psicanalistas para que suas demandas sejam escutadas.</p> <p>-petição é uma forma de rede</p> <p>- outros movimentos sociais se associaram</p> <p>-movimento de reagrupamento dos profissionais da saúde em torno de uma causa</p> <p>-PDC promove eventos para que as pessoas possam conhecer as práticas e refletirem</p> <p>-no fórum foram apresentados diferentes tipos de trabalho centrados na criança e no seu crescer.</p> <p>-parceiros fora da França dão força para o PDC</p> <p>-mantém vínculo com o Quebec</p> <p>-outros movimentos sociais que assinaram a petição do PDC se tornaram parceiros</p> <p>-Tem trocas de documentos com o fórum brasileiro sobre a medicalização</p> <p>- mantém contato com um professor argentino</p> <p>-{sobre o modo dos movimentos de resistência se posicionarem frente a posições do governo}</p>	<p>-a psicanálise perdeu a hegemonia</p> <p>-ocupam lugar de defesa da prática de campo</p> <p>- os intercâmbios com outras organizações é algo a ser desenvolvido.</p> <p>-situações atuais como a crise na Grécia deveriam incentivar trocas e reflexões</p> <p>-A API é associada ao Stop-DSM – movimento internacional</p>		
3 Sobre outros	1 Sobre a relação		

<p>movimentos de resistência que acontecem na França</p> <p>-PDC trata sobre prevenção precoce</p> <p>- professores que se recusavam a aplicar protocolos para identificar e avaliar crianças</p> <p>- rede de educação sem fronteira</p> <p>evitar as expulsões de crianças e famílias morando ilegalmente na França</p> <p><i>-pas de bébé a la consigne</i> defende a qualidade do trabalho nas creches</p> <p>-movimentos na área da justiça</p> <p><i>-L'appel des appels</i> efeitos do neoliberalismo</p>	<p>com o coletivo</p> <p><i>Pas de Zéro de Conduite</i></p> <p>-concordam quanto a resistir a política securitária</p> <p>-concordam que nos serviços deve-se buscar a prevenção sem predição.</p> <p>- API e PDC tem a mesma concepção de infância e criança.</p>		
5. 5 Cristalização e aprisionamento do fazer diagnóstico			
<p>3 Sobre os serviços técnicos e privados oferecidos</p> <p>- serviços que taxam a criança e cristalizam sua personalidade a partir de seu comportamento</p>	<p>3 .{sobre o risco de informar a hipótese diagnóstica para o paciente }</p> <p>- risco de dizer para os pais sobre o que aqueles sintomas fazem pensar</p>	<p>3 {sobre a demanda de escuta dos pais}</p> <p>{sobre o modo de atender a demanda indireta de escuta}</p> <p>-promoção de um espaço aberto para o que aparece sem ter que ensinar algo para os pais</p>	
<p>3 Sobre o diagnóstico de TDAH</p> <p>-TDAH não é uma doença e sim construção para o DSM</p>	<p>3 Sobre o reconhecimento do diagnóstico</p> <p>-bioidentidades: escolarização leva em conta um sujeito com aquele dado diagnóstico</p>	<p>3 {sobre a importância de não fechar o futuro}</p> <p>-ter um bebê já uma aposta no futuro</p> <p>-não significa ver possibilidades onde não existe</p> <p>-{sobre as possibilidades de mudanças}</p> <p>{sobre as histórias que mostram a força</p>	

		da indeterminação} - a possibilidade de acreditar que aquele projeto vai se realizar	
<p>3 Sobre a resistência francesa</p> <p>- muitos trabalhos realizados no âmbito da primeira infância</p> <p>muitas práticas francesas são resistentes á medicalização</p>	<p>3 Sobre o diagnóstico de TDAH</p> <p>-mudança de nome do diagnóstico</p>	<p>3 sobre a abertura de espaços de fala na PMI}</p> <p>espaços de conversas com as mulheres: formação em contracepção, mães de recém nascidos e conversas com a ginecologista</p> <p>{sobre a abertura que gera a não psicologização do grupo de palavras}</p> <p>-temas dirigidos pro corpo e de socialização a partir do tema que chegam nas questões subjetivas em um segundo momento</p> <p>- sobre o modo de escuta na gestação}</p> <p>sobre a necessidade de falar sobre o sofrimento com o profissional que representa o campo no qual aquele sofrimento surgiu sem cindir entre o que é psi e o que é corpo</p> <p>-{sobre a função dos atendimentos sem procedimentos técnicos}</p>	
	<p>3 Sobre a resistência na França</p> <p>-psiquiatria infantil apresenta maior resistência que a psiquiatria adulta</p>	<p>3 Sobre o encaminhamento para o psicólogo.</p> <p>{sobre a percepção de quem precisará de encaminhamento para psis e quem terá suas questões</p>	

	<p>-legislação protege as crianças do consumo excessivo de medicamentos</p>	<p>contempladas no grupo} {sobre os critérios de encaminhamento para psicólogo} -critério de vulnerabilidade: isolamento, sem pessoas próximas que possam contie-las, sozinhas, ruptura cultural {sobre como fazer um encaminhamento para psicólogo} -encaminhamento após vínculo ter sido estabelecido - maior adesão ao encaminhamento caso passem pelo grupo - sobre o encaminhamento para o psicólogo - sobre o modo de fazer um encaminhamento para o psicólogo com sentido</p>	
		<p>3 {sobre o modo de conduzir o grupo} -não é de educação e saúde -grupo aberto, fala livre, perguntas pouco intrusivas e que ampliem o que está sendo dito -importante laço transferencial anterior com as coordenadoras -predisposição de busca pelo vínculo {sobre o modo de mobilizar as mulheres para a realização dos seus projetos sem tomar o lugar delas como sujeito} {sobre o modo de</p>	

		potencializar essas mulheres para cumprirem o projeto de se tornarem mães}	
		3 {sobre as potencias do serviço da PMI} -atenção preventiva que não é intrusiva e nem preditiva multidisciplinariedade -equipe que cuida do pré e pós natal em uma continuidade -historia das famílias é conhecida mesmo de outras gestações.	

5.6 Monismo metodológico e padronização dos métodos de pesquisa e serviços na área da saúde.

<p>1 Sobre o monopólio e a imposição de uma orientação teórica</p> <ul style="list-style-type: none"> - impõe que tratamento do autismo seja com o método aba. - antigamente a maior parte da formação em psicologia eram orientadas pela psicanálise hoje as universidades devem ensinar todas as correntes de pensamento. - 4 Formação foi uniformizada de modo que não podem escolher uma corrente para se orientar sua formação devem ver todas. - Escolha de abordagem teórica se 	<p>2 sobre a literatura científica utilizada nas medidas de saúde pública</p> <ul style="list-style-type: none"> -pesquisas alto nível de prova são mais valorizadas que as pesquisas grises. -pesquisa e experiência clínica devem se dar junto -pesquisadores não podem estar desconectados da vida real 	<p>2 sobre o lugar nas políticas públicas da PMIs }</p> <ul style="list-style-type: none"> -lei de descentralização -cada departamento tem suas prioridades no serviço de PMI, mas a missão é a mesma 	<p>3 Sobre o (re)posicionamento da psicanálise frente aos novos paradigmas científicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - sobre a relação da psicanálise com a ciência e o compartilhamento da busca pelo conhecimento - sobre a relação dos psicanalistas com o campo científico - sobre a posição da psicanálise no campo científico - sobre a posição frágil da psicanálise e da psicologia no campo científico/ sobre a aplicação dogmática da ciência que não busca conhecimento - sobre a abertura para novas descobertas de um
--	---	---	--

dava na formação, na prática profissional e nas instituições			cientista - sobre demonstrar que o paradigma psicanalítico é produtivo na interdisciplinaridade e no âmbito internacional - sobre como superar o desafio de demonstrar que o paradigma psicanalítico faz sentido - sobre dar condições para que os estudantes de graduação cheguem ao doutorado
3 Sobre o comportamentalismo - luta para o reconhecimento de outras práticas comportamental tem respostas mais rápidas e quantificáveis	1 Sobre a recomendação de boas práticas do autismo -a oposição dos psiquiatras infantis à RBP do autismo - RBP do autismo não recomendava Packing, psicanálise, psicoterapia institucional -luta para que as abordagens “não recomendadas” mudassem para não consensuais” (Psicanálise e psicoterapia institucional)		3 sobre a posição dos psicanalistas em relação a outras profissões - sobre as contribuições da psicanálise para outras disciplinas
3 Sobre o ataque à psicanálise -Psicanálise não é considerada confiável pois não dá resultados imediatos e quantificáveis (A psicanálise como		1 {sobre os riscos que a PMI corre de desaparecer no sistema público de saúde francês} -risco de privatização dos serviços -de não	3 Sobre os fundamentos do movimento anti-psicanalítico que embasam o relatório do INSERM (A psicanálise como resistência

resistência ao cognitivismo)		reconhecerem a eficácia do trabalho -risco de virar uma instituição que apenas detecta riscos do desenvolvimento	ao cognitivismo)
<p>1 Sobre a mudança no entendimento do poder público dos efeitos dos tratamentos {sobre a dificuldade de conseguir financiamento sem indicadores quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - não é possível provar que se preveniu alguma doença e nem quantificar a prevenção <p>vão buscar serviços provados que deem garantias</p>			<p>4 Sobre a formação de clínicos psicanalistas deve ter conhecimento em outras abordagens científicas</p> <p>-é necessário estar atualizado no seu campo científico</p>
<p>1 sobre os objetivos do PDC</p> <ul style="list-style-type: none"> - influenciar as decisões do governo para garantir que práticas minoritárias não desapareçam <p>reconhecimento de diversas formas de trabalho e contribuam com a prevenção precoce</p>			<p>4 Sobre o interesse dos psiquiatras pela psicanálise</p> <ul style="list-style-type: none"> - dá cursos para psiquiatras
<p>3 Sobre a medicalização na França</p> <ul style="list-style-type: none"> -diversidade de trabalhos e iniciativas importantes na primeira infância que se baseiam em todas as pesquisas de psicologia da infância, da educação etc, 			

5.7 Resistência ao modo como é realizada a avaliação

<p>1 Sobre as pesquisas realizadas na França (sobre o modo de se fazer pesquisa na França)</p> <ul style="list-style-type: none"> - sobre o estudo “Transtorno de Conduta” - não consideram a literatura já produzida na França - não consideram as iniciativas/práticas que acontecem na França como válidas - as pesquisas levadas em conta na meta-análise estão dentro de um deadline de pesquisa internacional - não concordam com a metodologia utilizada na pesquisa INSERM - pesquisas em ciências humanas são consideradas como tendo menor credibilidade - Em um país democrático diferentes tipos de pesquisa devem ser consideradas e 	<p>1 Sobre a literatura científica utilizada nas medidas de saúde pública</p> <p>-pesquisas alto nível de prova são mais valorizadas que as pesquisas grises.</p> <p>-pesquisa e experiência clínica devem se dar junto</p>	<p>2 sobre o modo de avaliação da eficácia dos grupos}</p> <p>-demanda de avaliação quantitativa {sobre o efeito do trabalho da PMI na vida das mães/ efeito do permanecer aberto para as possibilidades que se apresentam}</p> <p>-a invasão do discurso médico na gestação: grupos de palavra como espaço de resistência a imposição de uma previsão determinante</p>	<p>3. Sobre as avaliações da universidade {sobre as universidades voltadas para a psicanálise}</p> <p>{sobre a avaliação de pesquisas psicanalíticas na França}</p> <p>{sobre o combate de fazer validar as pesquisas clínicas}</p> <p>{sobre a avaliação da <i>école doctorale</i>}</p> <p>{sobre a procura internacional pela universidade paris VII}</p>
--	---	---	---

realizadas			
<p>2 sobre a dificuldade de conseguir financiamento sem indicadores quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - não é possível provar que se preveniu alguma doença e nem quantificar a prevenção - vão buscar serviços provados que deem garantias 		<p>2 sobre o modo de precificação serviço</p> <ul style="list-style-type: none"> -avaliação visa chegar a um valor quantitativo de preço pelo serviço -há 3 anos começou uma política de paiment à l'acte. (por procedimento, e conversa não é procedimento) -efeitos da tarificação a l'acte -{sobre o modo de quantificar o valor do atendimento sem procedimentos técnicos} -{sobre a necessidade de enquadrar o trabalho em procedimentos técnicos} 	
		<p>4. Sobre a resistência ao enquadramento das intervenções sobre o modo de conseguir permanecer a consulta de entrevista</p>	
5.8 Resistência à hiper prescrição de medicamentos: interesses financeiros na area da saúde			
<p>1.Sobre a relação entre consumo de metilfenidato e toxicomania</p> <ul style="list-style-type: none"> - estudo em Marseille indica correlação 	<p>2. Sobre a utilização de psicotrópicos para crianças na França</p>		
<p>2 Sobre a prescrição de medicamentos na França</p> <ul style="list-style-type: none"> -só podem ser prescritos a partir de 6 anos -psicotrópicos são 	<p>1. sobre a utilização de psicotrópicos</p>		

<p>muito prescritos para adultos e não para crianças, a França é o país que mais consome psicotrópico</p>			
<p>2 Sobre as forças envolvidas na medicalização// {sobre a resistência à medicalização na França -indústrias farmacêuticas -medicamentos são mais controlados na França do que no Brasil, isto é uma forma de resistência.</p>	<p>1. sobre a utilização de psicotrópicos para prevenir o risco de doenças</p>		
<p>2 Coloca-se contra o monopólio de um tipo de pesquisa (comportamental; medicamentoso) e contra pesquisas financiadas por haver interesse econômico nos seus resultados</p>	<p>2.Sobre a relação da indústria farmacêutica e a lógica de mercado -vendem antidepressivos de segunda geração como novas drogas no entanto os efeitos colaterais e princípio ativo são os mesmos.</p>		
	<p>2 Sobre as forças que atuam na produção do DSM -pressão das companhias de seguro saúde de critérios definidos para que haja reembolso do tratamento -considerações econômicas influenciam na organização social</p>		
	<p>2 Sobre as concepções do DSM -homem como soma de fatores de</p>		

	risco que devem ser prevenidos -visão econômica e estatística do homem		
	2 Sobre a relação da indústria farmacêutica e a lógica de mercado -vendem antidepressivos de segunda geração como novas drogas no entanto os efeitos colaterais e princípio ativo são os mesmos.		
	3 Sobre a resistência na França -psiquiatria infantil apresenta maior resistência que a psiquiatria adulta -legislação protege as crianças do consumo excessivo de medicamentos		
	1 sobre situações ameaçadoras na França} -sobre a relação conflituosa com o governo -sentem-se atacados pelas novas políticas públicas -qualidade de tratamento não pode ter o critério do empreendedorismo		
5.9 Fundamentos e concepções que norteiam a resistência.			
1. Sobre a importância de	2. Sobre as concepções do		1. {sobre os fundamentos do

conhecer os fundamentos do trabalho	DSM -homem como soma de fatores de risco que devem ser prevenidos -visão econômica e estatística do homem -normalização e padronização da boa saúde		movimento anti-psicanalítico que embasam o relatório do INSERM} - avaliação quantitativa e estatística do INSERM - Pesquisa Inserm se apoia sobre o modelo Pavlov de condicionamento
1. Sobre a concepção de bebê - ser em construção	1. sobre a concepção de psicopatologia infantil -distúrbios do desenvolvimento são problemas psicopatológicos e não apenas de desenvolvimento		

Apêndice D – Concepções de resistência apresentada pelos entrevistados

O quadro abaixo foi elaborado a partir de trechos selecionados das entrevistas (sublinhados nos apêndices A e B) que indicam questões relacionadas à questão da resistência sob a perspectiva de cada um dos entrevistados. Buscamos responder às seguintes perguntas com estes trechos: para que resistem? (a finalidade da resistência de cada um dos entrevistados), como resistem? (o modo como esta resistência se dá) e para onde a resistência aponta? (qual o direcionamento da resistência).

Teboul

Resistir: para quê? Como? Para onde?

Para quê?

1. Resiste para fazer escutar diferentes formas de pensamento;
 - 1.1 formas de pensamento que não dominam;
 - 1.2 para não serem absorvidos pela psiquiatria geral;
- 2 Para que o diálogo entre as diversas abordagens e setores da sociedade seja possível;
- 3 Para apontar a multiplicidade;
- 4 Para que a lógica do mercado não predomine na lógica da saúde;
- 5 Para que as políticas securitárias não entrem no campo da saúde;
- 6 Para defender: um pensamento, uma prática (equipe multidisciplinar, integrativa entre família, escola e contexto; política pública de setor), um fundamento (uma visão de homem, visão de saúde pública, política de setor), a qualidade do tratamento, uma forma de administração democrática;
- 7 Para impedir a instauração de uma política que esteja aquém/além dos interesses do benefício do paciente, que não tenha espírito científico;
- 8 Para se defender dos ataques que têm acontecido na França.

Resistir: como?

1. Dando entrevistas em meios de comunicação – educação sobre saúde para a população;
2. Prática focada na prevenção, na pessoa doente, na família e no ambiente (contexto);
3. Praticando as ideias da política da psiquiatria de setor;
4. Levando em conta no tratamento o que a instituição produz a partir de seu funcionamento;

5. Organizando jornadas e encontros entre os profissionais associados;
6. Mantendo relações com outros coletivos como o *Stop-DSM* e o *Pas de Zéro de Conduite*;
7. Buscando produzir pesquisas baseadas na prática dos psiquiatras clínicos de setor;

Resistir: para onde? O que falta?

1. Busca se fazer conhecer na França;
2. Fazer pesquisas sobre a parada da administração de psicotrópicos;
3. Buscam aliados nos Estados Unidos.

Cadart

Resistir: Para quê?

A) Pesquisa

1. Para que as pesquisas e práticas de diversas metodologias sejam consideradas como válidas em estudos de meta-análise (e não apenas comportamentais e anglo-fônicas);
2. Para que não haja o monopólio de alguns tipos de pesquisa;
3. Para que o modelo quantitativos de pesquisa não seja imposto;
4. Para que os resultados das pesquisas não sejam imediatamente considerados um modelo para se colocar em prática e ser vendido;

B) Fundamentos- cidadania

5. Para que as pessoas possam refletir;
6. Por uma concepção de bebê – Para que o bebê seja considerado um ser em construção;
7. Para que a prevenção não seja confundida com uma predição, por exemplo, no caso de predizer que uma criança terá algum transtorno do comportamento ou será delinquente;
8. Para que haja uma “prevenção preveniente”;
9. Para que os serviços de cuidados oferecidos para a primeira infância não entrem na ordem da concorrência livre de mercado “sem entraves para o mercado”;
10. Pelo fundamento de que as crianças não devem ser reeducadas (ou treinadas para não apresentarem mais um comportamento indesejado) e sim educadas (não tendo assim controle dos comportamentos que emergirão).

B) Prática profissional

11. Para que não haja uma imposição de um tipo de tratamento;
12. Para que os cuidadores e os médicos não sejam utilizados para fins de ordem pública (como auxiliares de polícia);
13. Para que os profissionais (psicanalistas) não sejam pressionados para terem resultados quantitativos e rápidos em tratamentos;
14. Para que a prática profissional respeite a ética da profissão seguindo os conhecimentos que a embasam;
15. Para defender um trabalho voltado para a criança e que dê apoio ao seu desenvolvimento e tenha uma visão global da criança e não ocorra uma compreensão redutora das crianças, sendo uma das formas dessa compreensão a medicalização e outra a redução da compreensão da criança ao seu comportamento ou sintoma sem levar em conta a vida psíquica da criança;
16. Para que os jovens profissionais conheçam os fundamentos das práticas dos psicanalistas e exista uma transmissão das práticas atuais;
17. Para que os serviços tenham a liberdade de pensamento podendo escolher sua orientação teórica seus fundamentos e possam promover debates e produzir saber;
18. Para que diversas práticas de tratamento coexistam e haja a multiplicidade;
19. Para que os serviços que já estão implementados e que funcionam não deixem de existir por falta de “provas” quantificáveis que funcionam.

Resistir: como?

1. Inaugurando e sendo membro do coletivo *Pas de Zéro de Conduite*;
2. Associando-se a outros profissionais da saúde;
3. Lançando uma petição na internet;
4. Apresentando a problemática para toda a população- ação profissional e cidadã;
5. Recusando-se a colocar em prática alguns protocolos que podem cristalizar a posição que criança se encontra naquele momento fixando-a neste papel;
6. Escrevendo livros e organizando colóquios, sendo estas formas de difundir as suas ideias;
7. Se conectando com outros grupos que lutam pelos mesmos fundamentos;
8. Reivindicando que os relatórios de pesquisa do Instituto Nacional de Pesquisa sempre inclua diversas abordagens de pesquisa.

Resistir: Para onde?

1. Busca continuar vigilante e ser força de oposição ao nível do pensamento;

2. Busca que as crianças possam se desenvolver plenamente sem sofrimento nas suas aprendizagens e nas relações inter-humanas, contando com um cuidado global no seu cotidiano escolar e que leve em conta o inconsciente;
3. Buscam que o poder público compreenda o tipo de intervenção qualitativa e de prevenção que não pode ser quantificado podendo obter assim financiamento para o trabalho.

Resistir: para quem?

1. Para as crianças terem a possibilidade de um serviço público que garanta um cuidado no sentido amplo;
2. Para as crianças poderem ter comportamentos fora da norma sem sofrerem uma interpretação patológica para estes comportamentos.

Hoffman

Resistir: Para quê?

1. Para que o paradigma da psicanálise seja considerado produtivo para o conhecimento dos fenômenos humanos, tanto no que diz respeito a práticas quanto de pesquisas;
2. Para que a prática terapêutica em saúde mental tenha seus fundamentos na história.

Resistir: Como?

1. Disseminando a psicanálise através de publicações, colóquios, construindo assim um campo científico;
2. Trabalhando com cientistas de diversas disciplinas na universidade e trocando com estes cientistas, mostrando a complexidade do funcionamento psíquico e oferecendo o respaldo da psicanálise;
3. Tendo uma postura de busca por novos conhecimentos;
4. Mostrando os limites do paradigma da ciência cognitiva;
5. Estudando e buscando argumentos para os fundamentos nos quais os relatórios do INSERM são baseados;
6. Mantendo boas avaliações da universidade pelo Ministério da Educação (o curso de psicologia tem grande atratividade internacional o que ajuda nestas avaliações);
7. Tendo um posicionamento epistemológico crítico, não-dogmático;
8. Realizando pesquisas em psicanálise;
9. Mostrando os instrumentos de trabalho que a psicanálise oferece para equipes multidisciplinares.

Resistir: Para onde?

1. Vê na epigenética uma possibilidade de encontrar um novo lugar para a psicanálise;
2. Manter um desejo de pesquisa e não uma aplicação dogmática da psicanálise ficando aberto para novas descobertas.

Davoudian**Resistir: Para quê?**

1. Para que um cuidado global do paciente seja garantido
2. Para que possam oferecer um atendimento menos medicamentoso e com suporte emocional/ Para que a gravidez não seja medicalizada
3. Para promover pensamento (os grupos de preparação para se tornar pais é um lugar de escuta, aberto, sem direcionamento prévio)
4. Para deixar as possibilidades indeterminadas do futuro abertas, sem restringir a vida dessas mulheres ao já dado
5. Para que as pacientes possam mobilizar seus recursos e buscar seus planos.
6. Para que os efeitos dos grupos de palavra sejam reconhecidos sem que seja necessária uma avaliação quantitativa
7. Para que a PMI não se torne um serviço privado
8. Para que a PMI não seja uma instituição apenas de detecção de precariedade e de distúrbios na infância
9. Para que continuem oferecendo um serviço de artesanato, atendimento voltado para o singular

Resistir: Como?

1. departamento dela é militante e feminista
2. oferece espaço de escuta em todas as consultas e não só nas previstas entrevistas de quarto mês/ abre espaço de escuta;
3. fazem visitas domiciliares
4. Oferece grupos de conversa
5. Se apresenta disponível para conversas sobre assuntos pessoais e não aos apenas estritamente técnicos.

6. Não compreender as dificuldades e sofrimentos apresentados pelas pacientes como algo patológico/anormal, protege assim as mulheres da violência de uma interpretação psicologizante
10. Não ser intrusivo na coordenação dos grupos, esperar o tempo das pacientes para trazer suas questões/ atenção preventiva que não é intrusiva e nem preditiva
7. Questões em relação ao corpo, dúvidas pontuais podem ser a porta de entrada para chegar a questões mais subjetivas.
8. Nas intervenções não toma o lugar do sujeito com predições, nem otimistas e nem pessimistas
9. Dá suporte para as feridas narcísicas dessas mulheres, reconhecendo os recursos de enfrentamento que essas mulheres têm
10. Denunciaram a “tarification à l’activité”- mostrando os efeitos desse modo de remuneração nos hospitais públicos. Para que o modo de remuneração do trabalho da PMI esteja de acordo com um trabalho em equipe multidisciplinar e transversal que não se reduza aos atos técnicos
11. Com um trabalho em equipe multidisciplinar
12. Garantindo uma continuidade no cuidado do pré e pós natal
13. Garantindo que as histórias das famílias que são atendidas na PMI são conhecidas da equipe.

Para onde? O que falta?

Veronique

Resistir: Para quê?

1. Para que as crianças não sofram patologização de seus comportamentos com a hiperextensão da classificação diagnóstica
2. Não seja imposto um modo de raciocínio clínico
3. Não seja imposto um manual de classificação diagnóstica
4. Não haja a hiperprescrição de medicamentos
5. A saúde não fique submetida à lógica ultra-liberal em que a ação é orientada pelo lucro
6. Continue existindo a psiquiatria da “proximidade”

Resistir: Como?

1. trabalho voltado para o singular: pequenos grupos, escuta da criança, escuta das instituições envolvidas no tratamento
2. Participa do coletivo Pas de Zero de Conduite
3. Em pesquisas sempre leva em conta o contexto social

Resistir: Para onde? O que falta?**Anne****Resistir: Para quê?**

1. Trabalho do CATTP continue com a mesma qualidade
2. As crianças que estão em sofrimento tenham um tempo de elaboração respeitado
3. As crianças recebam menos prescrições de medicamentos
4. Para usar o manual de classificação diagnóstica que preferir

Resistir: Como?

1. trabalho realizado no CATTP em pequenos grupos
2. mantendo espaços de supervisão no CATTP
3. manter uma prática baseada na transferência
4. atendimento em rede com outros profissionais de outros equipamentos de saúde e com as famílias
5. Com enquadramento institucional que sustenta a intervenção: continência institucional
6. Transmitindo o saber da psicanálise e da terapia institucional por meio da apresentação de casos para outros profissionais
7. Fizeram livros de correspondência entre os manuais de classificação para continuar utilizando o que acreditam ser o melhor.

Resistir: Para onde? O que falta?

1. Mais pesquisas que continuem na referência da psicanálise e possam mostrar seu valor.

Louise**Resistir: Para quê?**

1. Dá o diagnóstico sempre acompanhado de opções terapêuticas dando caminhos de cuidado para a pessoa.

Resistir: Como?

1. Intervém no caso à partir do que ele mostra e não de concepções à priori ou fixas;
2. Nunca prescreve medicação para TDAH na primeira consulta;
3. Trabalha com intervenções multifocais que pensam a criança em sua complexidade;
4. Sempre busca considerar a dimensão biológica e emocional dos casos que atende dando o mesmo peso para ambos;
5. Olha para as dificuldades da criança e busca ajudá-las à partir desse ponto;
6. Publicação e divulgação sobre os casos;
7. Testa hipóteses terapêuticas e se não der certo, muda;
8. Apenas prescreve metilfenidato quando a hiperatividade está associada à uma lesão neurológica;
9. Utiliza instrumentos diversos para apoiar a intervenção multifocal.

Resistir: Para onde? O que falta?

1. Os profissionais estarem abertos considerando os aspectos biológicos pensados pela neuro e os aspectos psicológicos pensados pela psicodinâmica. Dificuldades genéticas e ambientais.

Adrien**Resistir: Para quê?**

1. Trabalha com bebês para dar a chance de um melhor prognóstico e de fato transformar a vida da pessoa;

2. Acesso ao cuidado sem ter que partir de uma patologização ou da constatação de um diagnóstico;
3. Para oferecer um trabalho preventivo para a população, sem algo que antecipe a patologia;
4. Para que as crianças não fiquem presas em um diagnóstico antecipado;
5. Para fortalecer a tendência não medicamentosa da psiquiatria.

Resistir: Como?

1. Combinação de tratamentos que façam bem para a pessoa que chega com demanda;
2. Supervisão para os profissionais após cada acolhimento;
3. Espaço onde se questionam sobre a intervenção realizada;
4. Criação de espaço de acolhimento de acordo com os seus referenciais de intervenção;
5. Considerando os fatores biológicos e afetivos para pensar sobre um sintoma.

Manuel Vallée

Resistir: Para quê?

1. Para que o paciente seja escutado no processo de tratamento e não seja tratado como um número.
2. Lutar contra a manipulação de informações feita pela indústria farmacêutica para maior venda de medicamentos
3. Contra o interesse por lucro da indústria farmacêutica estar acima do interesse pelo cuidado.
4. Para que não aconteça a patologização generalizada de situações e comportamentos humanos, com a expansão das categorias diagnósticas
5. Para que haja diversidade de metodologias em pesquisa
6. Para que possamos cuidar dos problemas/ sofrimento das pessoas sem a utilização de medicamentos

Resistir: Como?

1. Informando a população sobre as implicações de utilizar fármacos e as causas do TDAH, de modo que cada um possa tomar sua decisão apropriadamente.
2. Analisa as formas de resistência possíveis: formais, ou não explícitas.

3. Percebe a medicalização no campo da educação com o treinamento dos profissionais para detectar TDAH.
4. Entende que o monismo metodológico contribui para um olhar medicalizante
5. Abordagem multidisciplinar favorece a não farmacuticalização, diminui o número de prescrição de medicamentos
6. Não utiliza medicamentos, mesmo quando está doente
7. Escrevendo sobre o tema da farmacuticalização

Resistir: Para onde? O que falta?

1. Uma abordagem holística para tratar o TDAH por exemplo.