

“Engrenagens da medicalização”: discussão da construção performativa contemporânea dos transtornos psiquiátricos a partir de um estudo de caso

Marcos Roberto Vieira Garcia

Doutor em Psicologia Social (USP); Professor Associado da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

✉ mgarcia@ufscar.br

Alberto Shodi Yamashiro

Doutorando em Educação na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

✉ alberto80@estudante.ufscar.br

Gustavo Kalil Cadaval

Mestrando em Estudos da Condição Humana na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

✉ gustavocadaval@estudante.ufscar.br

Resumo:

O presente artigo investiga os efeitos da medicalização da vida a partir do estudo de caso de um adolescente com queixas escolares e que foi encaminhado posteriormente a um CAPS-IJ com suspeitas de TEA (Transtorno do Espectro Autista) e TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade). A metodologia utilizada foi uma análise de conteúdo compreensiva, baseada em Michelat (1982), a partir de documentos como prontuário, relatórios escolares e laudo neuropsicológico. O estudo mostra como os laudos diagnósticos e os discursos escolares constroem subjetividades ao classificarem comportamentos considerados “anormais”, promovendo diagnósticos duvidosos sustentados por instrumentos psicométricos frágeis e de uso inadequado, com o agravante do recurso ao setor privado por parte de famílias que se endividam para atender tais demandas. Diagnósticos como TEA e TDAH são construídos performativamente por diferentes atores, constituindo o que o denominamos de “engrenagens da medicalização” — uma rede cada vez mais ampla e que envolve escola, família, profissionais e o mercado da saúde. No presente caso, contudo, o CAPS-IJ apresentou uma postura crítica ao romper com esse ciclo, oferecendo um suporte baseado no reconhecimento das singularidades de Bruno e no cuidado com sua saúde mental, sem rotulá-lo com diagnósticos medicalizantes. O estudo conclui que é possível construir alternativas à lógica dominante da medicalização e reafirma a importância de práticas críticas e humanizadas no campo da saúde e da educação.

Palavras-chave: Medicalização, Adolescentes, Escola, Performatividade, Atenção psicossocial.

“Gears of Medicalization”: A Discussion on the Contemporary Performative Construction of Psychiatric Disorders Based on a Case Study

Abstract:

This article investigates the effects of the medicalization of life through a case study of an adolescent with school-related complaints who was later referred to a Child and Adolescent Psychosocial Care Center (CAPS-IJ) with suspected Autism Spectrum Disorder (ASD) and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The methodology used was a comprehensive content analysis, based on Michelat (1982), using documents such as medical records, school reports, and a neuropsychological assessment. The study shows how diagnostic reports and school discourses construct subjectivities by classifying behaviors considered “abnormal,” promoting questionable diagnoses supported by fragile psychometric tools and their inadequate use, further compounded by families turning to the private sector and going into debt to meet these demands. Diagnoses such as ASD and ADHD are performatively constructed by various actors, forming what we call the “gears of medicalization” — an increasingly broad network involving schools, families, professionals, and the healthcare market. In this case, however, the CAPS-IJ adopted a critical stance by breaking this cycle, offering support

based on recognizing Bruno's singularities and caring for his mental health without labeling him with medicalizing diagnoses. The study concludes that it is possible to build alternatives to the dominant logic of medicalization and reaffirms the importance of critical and humanized practices in health and education.

Keywords: Medicalization, Adolescents, School, Performativity, Psychosocial care.

“Engranajes de la medicalización”: discusión sobre la construcción performativa contemporánea de los trastornos psiquiátricos a partir de un estudio de caso

Resumen:

El presente artículo investiga los efectos de la medicalización de la vida a partir del estudio de caso de un adolescente con quejas escolares que fue derivado posteriormente a un CAPS-IJ con sospechas de TEA (Trastorno del Espectro Autista) y TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). La metodología utilizada fue un análisis de contenido comprensivo, basado en Michelat (1982), a partir de documentos como historial clínico, informes escolares y diagnóstico neuropsicológico. El estudio muestra cómo los informes diagnósticos y los discursos escolares construyen subjetividades al clasificar comportamientos considerados “anormales”, promoviendo diagnósticos dudosos sustentados por instrumentos psicométricos frágiles y de uso inapropiado, con el agravante del recurso al sector privado por parte de familias que se endeudan para atender tales demandas. Diagnósticos como TEA y TDAH son construidos de forma performativa por diferentes actores, conformando lo que denominamos “engranajes de la medicalización” —una red cada vez más amplia que involucra a la escuela, la familia, profesionales y el mercado de la salud. En el presente caso, sin embargo, el CAPS-IJ adoptó una postura crítica al romper con ese ciclo, ofreciendo un apoyo basado en el reconocimiento de las singularidades de Bruno y en el cuidado de su salud mental, sin etiquetarlo con diagnósticos medicalizantes. El estudio concluye que es posible construir alternativas a la lógica dominante de la medicalización y reafirma la importancia de prácticas críticas y humanizadas en el campo de la salud y la educación.

Palabras clave: Medicalización, Adolescentes, Escuela, Performatividad, Atención psicossocial.

INTRODUÇÃO

No campo dos estudos sobre a medicalização do sofrimento mental, há certo consenso de que as mudanças de diagnóstico dos chamados “distúrbios” ou “transtornos” mentais, especialmente a partir das duas últimas décadas do século XX, possibilitaram um crescimento do número de transtornos classificados e da amplitude destes diagnósticos, atingindo potencialmente um número maior de pessoas (CALIMAN, 2009; ORTEGA *et al.*, 2010). A partir especialmente da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - III). de 1980, os diagnósticos por *checklist* de sintomas se tornaram fortemente hegemônicos, inspirando a criação de diversas escalas e instrumentos de “pré-diagnóstico”¹, que identificariam sinais ou risco de uma pessoa ser portadora de um transtorno (SCULL,

¹Chamados de “pré-diagnóstico” aqui o processo de atribuição de uma suspeita diagnóstica que se inicia muitas vezes antes do recurso a um profissional de saúde. Inclui tanto o “autodiagnóstico”, feito pela própria pessoa, como o realizado por familiares e por profissionais de fora do campo da saúde.

2023). Estes instrumentos, utilizados a princípio por trabalhadores da saúde, tornaram-se progressivamente acessíveis. Primeiramente, se propagaram por outras categorias profissionais (como, por exemplo, trabalhadores da educação) e, posteriormente, pela sociedade de forma mais ampla, levando a um aumento dos pré-diagnósticos de transtornos (GARCIA; BORGES; ANTONELI, 2014). Com o advento da internet, sua popularização via smartphones, e o surgimento das redes sociais, os pré-diagnósticos se tornaram cada vez mais disseminados.

Contrariando visões de que o pré-diagnóstico de um suposto transtorno mental seria positivo (na medida em que aumentaria as chances de busca de tratamento por uma pessoa) ou, na pior das hipóteses, inócuo (na medida em que o suposto diagnóstico não se confirmasse em avaliação clínica criteriosa), é importante ressaltar o caráter performativo do processo de atribuição de um diagnóstico. Entendemos, a partir de Rose (1998), que, nas sociedades liberais avançadas, os saberes psi — incluindo a psiquiatria — tornaram-se centrais para o governo dos indivíduos. O diagnóstico psiquiátrico, nesse contexto, funciona como uma tecnologia de subjetivação, que define e normatiza modos de pensar, sentir e agir. Ele opera como parte de uma estratégia mais ampla de governamentalidade, no sentido foucaultiano, ao modelar a subjetividade de acordo com padrões desejáveis de normalidade, funcionalidade e autonomia. O diagnóstico, portanto, não apenas nomeia um distúrbio, mas invoca um conjunto de práticas e discursos que reorganizam a vida do sujeito em torno de uma nova identidade diagnóstica.

O diagnóstico é performativo porque cria as condições para que o sujeito se constitua enquanto “portador” de um transtorno, afetando suas relações, suas práticas e sua autocompreensão. Para Rose (2019), quando um diagnóstico é dado, ele reconfigura os sintomas em um padrão reconhecível tanto para o médico quanto para o paciente. Para o médico, isso permite que a história do paciente seja organizada em uma narrativa, que fornece uma forma para o passado e uma orientação para o futuro. O diagnóstico também reconfigura como uma doença para o paciente sintomas que muitas vezes são difusos e transitórios, e com os quais está tendo de lidar, mas que poderiam ser vistos apenas como inadequações pessoais. Finalmente, o diagnóstico permite que uma história com certa inteligibilidade seja criada sobre isso – o que levou a isso, o que é, como será tratado, qual

pode ser o resultado – o que permite um processo de comunicação com familiares, amigos, empregadores e outros

A performatividade diagnóstica atua também como mecanismo de normalização, no sentido em que estabelece fronteiras entre o normal e o patológico. Ela regula condutas e expectativas sociais ao transformar experiências complexas da vida em categorias clínicas, muitas vezes medicalizando sofrimentos sociais, afetivos ou existenciais. Ao nomear uma criança como portadora de TDAH, por exemplo, o diagnóstico não apenas descreve um conjunto de comportamentos, mas ativa uma série de intervenções (medicação, pedagogia especial, vigilância parental), posicionando essa criança dentro de uma trajetória biográfica específica. Para Rose (2022), essa dinâmica é parte de uma etopolítica – o governo das condutas por meio da internalização de normas éticas e técnicas de autocuidado. O sujeito diagnosticado é chamado a assumir responsabilidade por seu tratamento, por sua conduta e por sua “gestão de risco”, reforçando a lógica neoliberal de autogestão e responsabilização individual.

Entendemos que na contemporaneidade o caráter performativo do diagnóstico se inicia muitas vezes antes deste ter confirmação médica. O pré-diagnóstico, por si só, cria (e não meramente descreve) uma realidade para a pessoa, familiares e profissionais envolvidos em sua atribuição, e o profissional, muitas vezes, acaba por corroborar pré-diagnósticos construídos performativamente por diversos agentes. Torna-se muito difícil, portanto, separar o saber “leigo” do “científico” acerca dos supostos transtornos mentais, dada a popularização de seus possíveis sinais e sintomas e o caráter performativo de suas atribuições a uma pessoa.

A profusão de diagnósticos é uma das consequências, também, dos programas de “letramento” sobre saúde mental em escolas. Revisões sistemáticas sobre estes programas mostram que estes aumentam o número de jovens que se autoatribuem diagnósticos. Para Foulkes e Andrews (2023), os esforços para aumentar a conscientização sobre problemas de saúde mental estão levando a um aumento dos autodiagnósticos, levando algumas pessoas a patologizar experiências comuns. Essa patologização pode levar, para os mesmos autores, a mudanças no autoconceito e no comportamento que, em última análise, exacerbam os sintomas e o sofrimento, criando um circuito nos moldes de uma “profecia autorrealizadora” (FOULKES; ANDREWS, 2023). Para esses autores, a medicalização enfraquece a capacidade de

adaptação e enfrentamento das fragilidades humanas ao impor um modelo técnico que ignora a dimensão social e cultural da saúde.

O presente artigo tem como ponto de partida nossa inquietação com o perceptível aumento dos pré-diagnósticos entre crianças e jovens, nos contextos das escolas públicas e do Sistema Único de Saúde (SUS), onde atuamos e/ou pesquisamos. Em linha com a tradição brasileira dos estudos críticos sobre a medicalização na escola, buscamos refletir sobre tal situação a partir da discussão de um estudo de caso. Para além de reafirmar as conclusões dos pesquisadores que se dedicaram amplamente ao tema, entendemos que este caso nos permite avaliar alguns meandros pelos quais passa o processo de medicalização na atualidade. Trata-se do caso de um adolescente que é encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS-IJ) com “suspeita” de um diagnóstico reafirmada por diversas instâncias, médicas e não-médicas, que não é referendada pela equipe do CAPS. No nosso entender, permite que compreendamos a capilaridade do processo de medicalização para além da escola e do serviço de saúde de referência, e que envolve engrenagens específicas, baseadas na atuação de profissionais de diversas esferas e do uso de técnicas de pré-diagnóstico disseminadas.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa baseia-se no estudo de caso de Bruno (nome fictício, assim como os demais aqui referidos). A fonte primária de informações foi o prontuário de Bruno no CAPS-IJ que frequenta, onde um dos autores deste artigo é funcionário. Foram acessados a ficha de encaminhamento até o CAPS-IJ, folha de atendimento inicial, anamnese, anotações de atendimentos multiprofissional e médico, laudo de avaliação neuropsicológico e relatórios escolares que continham as informações utilizadas para o desenvolvimento deste estudo.

A pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com número de protocolo 80481924.8.0000.5504. Foi feita com consentimento documentado dos pais e assentimento de Bruno.

Como método de análise de dados, utilizamos a proposta de análise de conteúdo do tipo compreensiva de Michelat (1982), para esse autor, a análise envolve a leitura e releitura repetida do material de campo, permitindo ao pesquisador se "impregnar" dos sentidos presentes nos discursos, possibilitando interpretações mais ricas e contextualizadas.

RESULTADOS

Bruno nasceu e mora em um município de médio porte do Estado de São Paulo. Compareceu com 16 anos, em outubro de 2024, com a mãe, sra. Adriana, ao CAPS-IJ do município onde reside e que é de administração direta pela prefeitura local.

O caso foi referenciado ao CAPS-IJ pelo psicólogo do matriciamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) que a família procurou. A documentação que veio da UBS descreve Bruno como “paciente algo sistemático, com rigidez cognitiva, baixa sociabilidade de alguns anos para cá, sensibilidade ao barulho, pouca seletividade alimentar, distraibilidade, esquecimento frequente. Peço avaliação breve de seu caso”. O mesmo documento acrescenta como hipóteses diagnósticas “TDAH? TEA? Comportamento?”.

A mãe relatou, em entrevista com a fonoaudióloga do CAPS-IJ, que procurou o SUS porque “a escola quer um laudo”. Afirmou que, devido a dificuldades no agendamento de consulta com especialistas no SUS, procurou um médico privado. Este, por sua vez, prescreveu o anticonvulsivante Topiramato e solicitou avaliação neuropsicológica. Devido a dificuldades financeiras, a mãe não retornou a este profissional após obter laudo neuropsicológico.

Na ficha de anamnese de Bruno no CAPS-IJ, consta que a mãe disse que Bruno não apresentou nenhum atraso no desenvolvimento quando criança e não tem antecedentes familiares de problemas psicológicos. Relatou que o filho se alimenta de maneira bastante variada em casa, entretanto, na escola recusa se alimentar. Disse também que Bruno, nos últimos tempos, vinha apresentando episódios de mal-estar e ansiedade na escola, se sentindo mal, com falta de ar e fraqueza. Essas situações levaram a escola, segundo a mãe, a pedir um atestado. Referiu, ainda, que na escola foi sugerido que ele teria diagnóstico

de autismo. Disse que Bruno tirava boas notas nas matérias escolares, apesar de não realizar regularmente os trabalhos e as tarefas escolares por aparente desinteresse.

No prontuário constam os relatórios escolares de 2023 e 2024, quando Bruno estava no 9º ano do Ensino Fundamental e no 1º do Ensino Médio, respectivamente, assinados pela mesma coordenadora pedagógica. Transcrevemos aqui sua parte principal:

No que diz respeito ao desenvolvimento pedagógico, o aluno tem dificuldades e não gosta de registrar as atividades, sua letra é de difícil compreensão, apresenta atitude opositora com todas as atividades que ele julga ser difícil ou complexa, porém não apresenta dificuldades de compreensão, seu repertório pedagógico é mediano. O aluno não é proativo, é apático, sistemático, não olha nos olhos para conversar, e não gosta de socializar com os outros alunos, apresenta resistência para realizar atividades em grupos, se distrai facilmente com pequenos barulhos ou conversas paralelas. Está sempre muito cansado e desmotivado para a realização das atividades. Algumas professoras já observaram o aluno conversando sozinho, sussurrando durante as aulas (Relatório da escola, dezembro de 2023)

É possível identificar que o estudante não apresenta grandes dificuldades na realização das atividades em sala de aula, porém ainda não adquiriu todas as habilidades esperadas para o ano/série em que está inserido. Bruno apresenta comportamento adequado respeito as regras e normas estabelecidas pela escola, além de ter uma boa convivência com os colegas e demais profissionais da instituição. O estudante não realiza todas as atividades oferecidas a ele, muitas vezes apresenta resistência em realizar as atividades e quando é questionado justifica dizendo que realiza como pode ou que já realizou, tem autonomia porém algumas atividades são adaptadas ao seu nível de aprendizagem, com redução da quantidade de exercícios e tempo adequado para a realização das mesmas. Ele demonstra grande habilidade e criatividade com desenhos porém durante correções de atividades, apresenta certa resistência quando erra e é corrigido por professores O estudante apresenta habilidades sociais desenvolvidas e capacidade de trabalhar em grupo, porém não interage com os colegas durante os intervalos, mantendo-se isolado nesses momentos (Relatório da escola, outubro de 2024)

A avaliação neuropsicológica presente no prontuário foi feita entre novembro de 2024 e janeiro de 2025 e o laudo é assinado por uma psicóloga. Apesar de reservar espaço para a descrição da “História Clínica”, não há nesse laudo nenhum relato das queixas de Bruno ou de seus responsáveis. Sobre a demanda inicial, o laudo diz que “de acordo com encaminhamento médico, a procura pela Avaliação Neuropsicológica deve-se à suspeita de TDAH, Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção”.

Na sequência o laudo descreve a aplicação de algumas escalas escolhidas e seus resultados. Foram escolhidos os seguintes testes para aplicação pela profissional:

- CARS (Escala de Classificação de Autismo na Infância),² O resultado apresentado sugere a presença de TEA.
- NEUPSILIN (Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve).³ Bruno apresentou resultados, de uma maneira geral, dentro da média esperada.
- WASI (Escala de Inteligência Wechsler Abreviada).⁴ Apesar de citar na referência do laudo que se utilizou de outro teste (WISC-IV), a examinadora enumera a aplicação do WASI, uma escala mais breve.⁵ Os resultados foram dentro da média esperada, exceto no campo da “Velocidade de Processamento” cujo resultado apontou para limítrofe.
- BPA-2 (Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção-2),⁶ A examinadora encontrou desempenho na média.

Ainda que sem a identificação da escala utilizada, podemos inferir que houve aplicação do teste SNAP-IV⁷, por ter sido reproduzida integralmente no laudo. Nesta escala, de acordo com o laudo, o aluno apresentou prejuízo das funções executivas como iniciativa, regulação da motivação e realização de atividades que exijam atenção.

Na conclusão geral do referido laudo neuropsicológico, consta que Bruno teria “características e escores sugestivos de TEA com prejuízos clinicamente significativos em relação às interações sociais cotidianas”. Há destaque também para prejuízos nos processos executivos como flexibilidade cognitiva, regulação emocional, impulsividade, hiperatividade e controle inibitório. No final desse laudo, há também uma lista de características listadas sem um contexto, mas aparentemente indicando as queixas relatadas por Bruno ou um dos responsáveis (“Falou com 2 anos”, “Poucos amigos”, “Não sabe perder”, “Dificuldade no aprendizado”, “Sensibilidade auditiva”, “Estereotipias”, “Episódios depressivos e ansiosos”, “Rigidez cognitiva”, “Negação”, “Seletividade alimentar. Não se alimenta na escola”, “Sistemático”, “Dificuldade motora”).

² Trata-se de conhecida escala de pré-diagnóstico para autismo, desenvolvida em 1980.

³ Trata-se de uma avaliação dos seguintes constructos: atenção, orientação tempo-espacial, percepção visual, habilidades aritméticas, linguagem oral e escrita, memória verbal e visual, praxias e funções executivas.

⁴ Teste de Inteligência com resultados por subitens e agregado

⁵ A profissional utilizou a escala WASI, detalhando os resultados deste referido teste. No entanto, ao citá-lo nas suas referências utilizadas, descreveu da seguinte forma: Rueda N., Sisto, S., Castro Escala de Wechsler de Inteligência para crianças - 4a Ed. WISC-IV, 2013.

⁶ Trata-se de escala desenvolvida e validada no Brasil e tem como objetivo a avaliação da capacidade geral da atenção, além de suas especificidades como a sua alternância a diferentes estímulos, a busca de concentração específica e a procura por atenção concomitante a estímulos diferentes.

⁷ Trata-se de um questionário de domínio público e de livre acesso para pré-diagnóstico de TDAH

Por fim, o laudo sugere três encaminhamentos: “Apreciação médica (Neurologista/Psiquiatra) do presente relatório para corroboração da hipótese diagnóstica”, “Psicopedagoga”, Acompanhamento Psicológico”. Ainda nessa sessão, consta diagnóstico de: “6A02.0 TEA de grau I” e “6A05.2 TDAH do tipo combinado de grau II”.⁸

Os registros de prontuário referente aos atendimentos no CAPS são de profissionais diversos. Nas anotações do psiquiatra, consta que Bruno referiu ser uma criança que gostava de frequentar eventos sociais, como festinhas infantis, passeios no shopping center e no zoológico, por exemplo, e que sempre gostou de brincar com brinquedos de maneira simbólica, com abstração e também em atividades coletivas, como futebol. Segundo o relato do psiquiatra, Bruno disse que sons de elevados, motocicletas, músicas que tocam na adega do seu bairro, eletrodomésticos (liquidificador, aspirador de pó e batedeira, por exemplo) e televisão com volume elevado o faziam ficar bastante irritado e o levavam a tapar os ouvidos até provocar pequenas escoriações nas orelhas. Segundo a mãe, o pediatra com quem passou na época considerou o comportamento como normal.

Segundo relatos em seu prontuário, Bruno não apresentou em grupo de psicoterapia no CAPS-IJ⁹ dificuldades para falar sobre si e para projetar planos para o seu futuro, sendo comunicativo e tendo boa interação interpessoal.

Outras informações das anotações do psiquiatra são de que Bruno teve piora da ansiedade desde 2023, período de volta às aulas após melhora da situação da pandemia de Covid19, com mal-estar quando em meio a muitas pessoas. Consta também que Bruno disse que gostava de preparar alimentos com receitas do que encontra no “Youtube”, como feijão, doces franceses, macarrão a carbonara, apesar de ser distraído e que, eventualmente, esquecia o que iria fazer, perdia objetos pela casa e deixava o fogão ligado.

As mesmas anotações relatam que Bruno disse ter amizade com 15 alunos, os mesmos desde o ensino fundamental e acreditava que se dava muito bem com eles. Consta também que, com alguns desses amigos, jogava futebol de sexta-feira e finais de semana, mas diz

⁸Aparentemente se trata de códigos da Classificação Internacional de Doenças – 11ª Edição (CID-11), ainda não vigente no Brasil, embora com previsão de o ser a partir de 2027. No referido sistema classificatório, no entanto, não existem subdivisões desses diagnósticos em “graus” como informado no laudo.

⁹ Os adolescentes deste grupo eventualmente jogam algum jogo (cartas, tabuleiro), fazem desenhos (com propósito também de análise), conversam sobre a semana, etc

preferia ficar sozinho nos intervalos de aula. Com o passar dos anos, preferia cada vez mais evitar locais com muitas pessoas, como festas e com barulhos elevados.¹⁰

Sobre a escola, as anotações do psiquiatra referem que Bruno alegava que a sala de aula era muito chata, que diz não se interessava por história e ciências, mas gostava de matemática. Também fazia curso técnico de vendas. Planejava prestar a prova do Enem ao final do ensino médio ou fazer curso de vendas, culinária ou pintura. Alegava gostar dessas atividades e ter facilidade com elas. No seu tempo livre, gostava de ler sobre literatura juvenil e gosta de ver vídeos na internet sobre curiosidades aleatórias e artes marciais.

Bruno, nas anotações do mesmo profissional, disse acreditar ter alguns traços de autismo e reforçou o argumento com exemplos de que “se quero fazer alguma coisa naquela hora, vou lá e faço”, mas ao contrário do que acreditava ser características de autistas, disse que não era “agressivo à toa” e “não fico preso na mesma coisa, gosto de ir variando”.

No prontuário, a equipe do CAPS avalia que Bruno é um adolescente com desenvolvimento normal que apresenta características individuais como algumas sensibilidades sensoriais e a personalidade introvertida, com algumas preferências alimentares que não se configurariam como a seletividade alimentar bastante restritiva comumente encontrada no autismo. Além disso, vivenciou longos períodos restritivos na recente pandemia que prejudicou a socialização de jovens de sua geração e, mesmo assim, manteve socialização funcional e planejamento otimista para seu futuro. Por todos esses motivos, não teria um diagnóstico psicopatológico compatível com as suspeitas apresentadas, de transtornos do neurodesenvolvimento, como TEA e TDAH. Devido à ansiedade referida, foi indicado que frequentasse grupo terapêutico no CAPS. Não houve prescrição de psicotrópicos para Bruno.

Em conversa no momento do pedido do consentimento junto à Adriana (mãe) para o presente artigo, foi pedido que ela esclarecesse um pouco mais sobre as demandas da escola pelo “laudo”. Ele contou que ele vai bem nas provas, mas é retraído, tímido e com episódios de ansiedade, sentindo certa agonia e mal-estar na escola. Ele pedia para ela ir buscá-lo na escola e a escola permitia. Sem o celular neste ano nas escolas, a própria escola liga quando há esta demanda da parte de Bruno. A escola sugeriu à mãe que ele tinha um problema

¹⁰ O estudante não detalha nenhum motivo específico (como bullying, timidez ou exclusão social, por exemplo), apenas relata como uma preferência em ficar sozinho;

psicológico, mas que precisaria de um laudo para ajudar ele durante as aulas. Ao ser questionada se comentaram sobre algum distúrbio, ela disse que suspeitavam de autismo. Na sequência, ela procurou uma neurologista do SUS da mesma cidade, que disse que o quadro de Bruno era de ansiedade e que esta “nem quis ler o relatório da escola”. Por não ter gostado da médica, não houve retorno. Resolveu marcar consulta como outro neurologista para Bruno em uma clínica popular da mesma cidade, que tem valor de consulta mais acessível (R\$ 130, segundo ela). O médico dessa clínica pediu exame neuropsicológico, ocular e dos ouvidos. Ela disse que pediu ajuda aos familiares e fez uma “vaquinha” e arrecadou os valores, sendo de R\$1400 reais para o neuropsicológico e o mesmo valor para os demais exames¹¹.

Adriana disse também que levou o laudo neuropsicológico para a escola e a escola recebeu bem esse laudo. A mãe disse que agora a escola não fica colocando muita pressão para fazer as atividades escolares, e que ele antes ficava muito ansioso e passava mal. A escola não ofereceu auxiliar de ensino nem cuidador pois disse que não seria necessário e a mãe concordou que não precisava.

DISCUSSÃO

O caso de Bruno evidencia alguns aspectos já bastante assinalados pela literatura crítica ao processo de medicalização da vida, em suas interfaces com a escola. Os relatórios escolares mostram uma profusão de “nãos” frente ao que seria esperado de um estudante adequado, Bruno “não gosta de registrar as atividades”, “não é proativo”, “não olha nos olhos para conversar”, “não gosta de socializar com os outros alunos”, não adquiriu todas as habilidades esperadas para o ano/série em que está inserido”, “não realiza todas as atividades oferecidas a ele”, “não interage com os colegas durante os intervalos”. Bruno é o “duplo” negativo do aluno ideal e é descrito pela oposição a este em diversos momentos (ANTONELI; GARCIA, 2018)

Para Christofari, Freitas e Baptista (2015), a escola produz discursos que rotulam os alunos de diversas maneiras, discursos esses que não apenas descrevem subjetividades, mas

¹¹Entre usuários do mesmo CAPS-IJ, há relatos de que chegam a pagar R\$ 5500 reais para uma avaliação neuropsicológica na cidade.

as constroem. Os discursos, para Pelbart (2013), configuram um dispositivo estratégico de relações de poder-saber, e a escola opera imersa nessas composições discursivas. Assim, entendemos que os possíveis diagnósticos de Bruno são inicialmente construídos a partir do discurso escolar do “estranho”, que foge à normalidade. O trecho final do primeiro relatório apresentado é exemplar nesse sentido: após discorrer sobre supostas dificuldades de aprendizagem e de socialização, o relatório finaliza com a observação: “algumas professoras já observaram o aluno conversando sozinho, sussurrando durante as aulas.” Constrói-se performativamente o lugar de anormalidade para Bruno, que parece se aproximar daquele classicamente atribuído ao “louco” nesse trecho.

Alguns comportamentos de Bruno descritos pela escola poderiam ser compreendidos, alternativamente, como uma forma de resistência a um ensino que não cativa, não envolve e não desperta interesse (GARCIA; BORGES; ANTONELI, 2014). Poderíamos interpretar nesse sentido uma suposta apatia: “está sempre muito cansado e desmotivado para a realização das atividades”, “é apático”. Como aponta Patto (2022), em seu clássico “A produção do fracasso escolar”, o desinteresse e/ou apatia é uma atribuição comum aos alunos de camadas populares tanto por teóricos do campo da educação como por profissionais das escolas e pode mascarar situações escolares de “violência, injustiça, desrespeito e rejeição”, como em um dos casos analisados na obra referida (p. 670).

Os comportamentos de oposição/resistência são também bastante enfatizados nos relatórios e poderiam ser entendidos nessa mesma perspectiva, de uma reação a um ensino sem sentido: “apresenta atitude opositora com todas as atividades que ele julga ser difícil ou complexa”, “apresenta resistência para realizar atividades em grupos”, “apresenta resistência em realizar as atividades”, “durante correções de atividades, apresenta certa resistência quando erra e é corrigido por professores” (grifos nossos). No discurso da escola, porém, a palavra “resistência” aparece três vezes em uma perspectiva eminentemente negativa: Bruno não deveria resistir. Cabe, somente, se adaptar aos processos escolares, quaisquer que sejam.

Os relatórios escolares, se comparados entre si, mostram também mais atribuições positivas de um ano para o outro. Se no final de 2023 a única observação nesse sentido era em um tom de negativa de um possível problema, na afirmação de que “não apresenta dificuldades de compreensão”, no ano subsequente supostas habilidades foram apontadas:

“apresenta comportamento adequado respeito às regras e normas estabelecidas pela escola, além de ter uma boa convivência com os colegas e demais profissionais da instituição”, “demonstra grande habilidade e criatividade com desenhos”, “apresenta habilidades sociais desenvolvidas e capacidade de trabalhar em grupo”. Chama a atenção, porém, que a percepção de características associadas a potencialidades de Bruno não são suficientes para desfazer a atribuição de uma suposta anormalidade, presente no pedido da escola para a mãe de acompanhamento especializado para Bruno: “a escola quer um laudo”.

O prontuário de Bruno não fornece muitas informações sobre o atendimento médico privado que a mãe procurou após o pedido da escola. Em uma consulta sobre o referido médico no site do Conselho Federal de Medicina, não foi possível identificar nenhuma especialidade registrada, como alegado por Adriana (“neurologista”). Chama a atenção em seu procedimento a prescrição de um psicofármaco em uma primeira consulta. O topiramato comumente prescrito, entre outras indicações, para o controle de comportamento impulsivo, apresenta como efeitos colateral comum, em até 40% dos usuários, prejuízo cognitivo, especialmente de memória recente (CALLISTO *et al.*, 2020), o que o tornara especialmente contraindicado para um aluno as queixas escolares como as de Bruno.

O laudo neuropsicológico de Bruno evidencia o aumento da amplitude do aparato de medicalização da vida dentro da lógica neoliberal. Esta pode influenciar desde o processo diagnóstico até mesmo o modelo de terapias especializadas que afetam os profissionais, usuários e seus familiares. Esse fenômeno promove a procura por explicação de um comportamento indesejado e sua adaptação para um desempenho socialmente aceito e, apesar de supostamente amparadas evidências científicas, suas aplicações práticas para diagnóstico e tratamento nem sempre são baseadas em protocolos constituídos (RICCI *et al.*, 2023). No caso do autismo, especificamente, uma indústria multibilionária se estabelece (BRODERICK; ROSCIGNO, 2021). Dessa forma, fortalece-se uma rede conectada que parte desde a escola com demandas normatizadoras do comportamento, passando por necessidades de familiares por uma explicação para condutas de crianças e adolescentes que não se enquadram nos códigos socialmente compartilhados, além da proliferação de cursos de especialização diagnóstica e de terapias que frequentemente possuem qualidade inferior ao necessário para a boa atuação profissional e de um extenso mercado do autismo que inclui

produtos como aplicativos, brinquedos, livros, auxiliares de comunicação e de cancelamentos de ruídos, capacitações, etc. (BRODERICK; ROSCIGNO, 2021).

A problemática que gira em torno das escalas e testes psicométricos pode ser analisada sob dois eixos centrais. O primeiro refere-se às limitações dos próprios resultados produzidos por esses instrumentos. O segundo concerne às bases epistemológicas e éticas utilizadas nos testes, as quais influenciam diretamente a forma como os resultados são interpretados e aplicados. A reflexão crítica sobre os possíveis impactos de um laudo não pode prescindir do entendimento de que ele visa construir uma verdade sobre o sujeito. Quando pensamos do ponto de vista das questões materiais e de classe, é possível imaginar como esse resultado pode afetar a vida do indivíduo. Caso esse resultado seja obtido em uma escola particular, os impactos dessa construção podem muito bem gerar adaptações, assim como terapias que auxiliem a pessoa avaliada. Já em instituições públicas, a interpretação desse resultado pode gerar um estigma no sujeito, uma vez que as condições materiais de lidar com essa questão são muito diferentes das encontradas no primeiro caso (PATTO, 1997).

Além de pensar os resultados, é necessário também interpretar criticamente as bases teóricas, éticas e científicas utilizadas na elaboração destes testes. Patto (1997) aponta para a falta da concepção política e social na elaboração e na forma de medição desses sujeitos. A autora afirma que as desigualdades entre os indivíduos são justificadas por meio da ciência ignorando aspectos sociais. Outra questão também levantada pela autora, é a origem destes testes, que muitas vezes foram elaborados a partir de contextos totalmente diferentes, como por exemplo, os testes de inteligência que se originam da Primeira Guerra Mundial, nos EUA. Sendo assim, pensar criticamente os testes psicológicos implica em questionar não somente os seus resultados, mas também as bases epistemológicas que os sustentam. Como aponta Patto (1997), não existe uma neutralidade desses instrumentos, uma vez que eles desconsideram fatores históricos e sociais, o que resulta no reforço de desigualdades e de estigmas por parte dessas avaliações.

O recurso ao setor privado para a avaliação neuropsicológica relaciona-se também a dificuldade de realizar estes via SUS. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec) do Ministério da Saúde do Brasil reconhece que avaliação neuropsicológica com aplicação de testes psicométricos nem sempre estão disponíveis na rede pública de saúde (BRASIL, 2020). Na rede privada, o elevado custo de passar por avaliação

neuropsicológica está, também, atrelado aos custos da formação do profissional que avalia e aos altos valores para utilização de alguns dos instrumentos aplicados, refletindo no difícil acesso à população de baixa renda (HAZIN et al., 2018). O caso da “vaquinha” feita por Adriana para acessar a avaliação neuropsicológica, portanto, reflete uma situação comum em nosso país.

A escala CARS aplicada é recomendado apenas para informar hipóteses diagnósticas para jovens que já tivessem sido avaliados por instrumentos de triagem apropriados ou por especialistas e que tivessem quadro altamente suspeito de Transtorno do Espectro Autista devido a elevado índice de falsos positivos, ou seja, o teste não deveria ser utilizado com a finalidade de triagem (CHLEBOWSKI et al., 2010; VAUGHAN, 2010). Mesmo não havendo suspeita de autismo pelo médico que o encaminhou, de acordo com o próprio laudo, o teste foi aplicado. O resultado “positivo” para autismo no teste, aparentemente, sustentou o diagnóstico de: “6A02.0 TEA de grau I”, o qual necessitaria de “corroboração da hipótese diagnóstica” pelo profissional médico, segundo o laudo.

No caso do SNAP - IV, a literatura indica que se trata de uma escala com valores preditivos positivos muito baixos (12 a 34%), tornando-se, portanto, um instrumento de triagem com elevados índices de falsos positivos. Por este motivo, não seria capaz de fazer diferenciação entre portadores de TDAH e pessoas sem nenhum diagnóstico, sendo imprescindível a avaliação posterior especializada (ALDA; SERRANO-TRONCOSO, 2013; HALL et al., 2020). Na avaliação da neuropsicóloga, pareceu haver uma tentativa conveniente de encaixar os aparentes sintomas relatados aos achados nos resultados do teste psicológico, como em um “checklist”. O resultado aparentemente direcionou ao diagnóstico “6A05.2 TDAH do tipo combinado de grau II”, no laudo, também com necessidade de “corroboração da hipótese diagnóstica” pelo profissional médico.

O uso dos instrumentos relatados pela neuropsicóloga parecem seguir a lógica de “confirmar” as suspeitas trazidas pela família, que, por sua vez, pede a “confirmação” do médico para os resultados obtidos. Os diagnósticos sugeridos de TDAH e TEA, não por acaso considerados como “da moda” por profissionais da saúde mental infantil, são construídos performativamente, portanto, não apenas a partir da avaliação médica, mas também por um conjunto de agentes e instituições, atravessando a família, a escola, profissionais “de apoio” (como é o caso da neuropsicóloga no presente caso), dentre outros. Os discursos se

retroalimentam por meio do que denominamos, metaforicamente aqui, de “engrenagens” da medicalização. Essa metáfora sugere um mecanismo análogo às engrenagens entendidas pela mecânica clássica, que giram juntas, estabelecendo uma dinâmica de movimentos com um certo direcionamento. Nesse sentido, as instâncias escolares e profissionais da saúde privada parecem operar em uma direção única.

O caso de Bruno, porém, tem um desfecho “feliz”, dentro de uma perspectiva crítica ao processo de medicalização da vida: a equipe do CAPS-IJ recusa-se a participar como mais uma engrenagem deste processo. Embora reconheça a presença de um quadro de ansiedade em Bruno, o que justificou um suporte via grupo terapêutico, houve uma recusa aos diagnósticos que vinham sendo engendrados pelos diversos agentes e instituições envolvidas. Nesse sentido, pode-se afirmar que o CAPS-IJ resistiu ao processo de medicalização de Bruno, questionando os saberes e práticas anteriores.

Não é possível saber o futuro de Bruno, frente às possíveis opções da família de buscar referendar os diagnósticos que vinham sendo construídos performativamente, buscando novamente os profissionais privados com quem vinham se consultando, ou de aceitar a possibilidade de algumas dificuldades emocionais de Bruno serem entendidas de uma outra lógica, não mais medicalizante, mas que oferece suporte independentemente da presença dos supostos diagnósticos. Fazemos votos de que a segunda via seja a escolhida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos críticos acerca do processo de medicalização da vida vem denunciando há décadas como este leva à perda de autonomia e ao distanciamento das experiências humanas fundamentais, como a dor, o sofrimento e a morte, dificultando aos indivíduos a busca aos recursos tradicionais de enfrentamento aos seus problemas (ILLICH, 1975). A hegemonia dos diagnósticos psiquiátricos baseados em *checklists* de sintomas e a expansão destes para além do campo médico, alcançando escolas e a sociedade em geral, tem sido objeto de crítica, dentre outros fatores, pelo fato destes diagnósticos terem efeito performativo, reconfigurando a percepção dos sintomas e a própria identidade da pessoa.

O presente estudo, que partiu da inquietação dos autores com a crescente medicalização no contexto escolar e no SUS, apresentou um estudo de caso para ilustrar como esse processo se materializa na prática, buscando entender algumas especificidades contemporâneas. O estudo de caso de Bruno evidenciou como o processo de medicalização envolve múltiplas instâncias — escolas, família, serviços públicos e privados —, com a busca de diagnósticos como resposta às dificuldades cotidianas e escolares.

Os relatórios da escola descrevem Bruno por meio de negações e comportamentos considerados inadequados, construindo sua imagem como o oposto do "aluno ideal". A escola, como parte de um dispositivo de poder-saber, produz discursos que não apenas descrevem, mas constroem subjetividades, rotulando comportamentos divergentes como anormais. Bruno demonstra características que poderiam ser interpretadas como resistência a um ensino desmotivador, mas esses são vistos negativamente. Ainda que o relatório mais recente mencione qualidades e habilidades de Bruno, a escola insiste na necessidade de um laudo médico, revelando a lógica medicalizante predominante.

O caso também revela como a exigência de laudos por parte da escola pode empurrar famílias para o setor privado, gerando custos e expectativas. A busca da família por "laudos" culminou em diagnósticos duvidosos, com base em instrumentos que apresentam alta taxa de falsos positivos e foram usados de forma inadequada. Os diagnósticos de TEA e TDAH parecem ter sido construídos a partir de uma lógica de confirmação, impulsionada por uma rede que envolve escola, família, profissionais e interesses de mercado, formando o que os denominamos de "engrenagens da medicalização".

O CAPS-IJ, no entanto, rompeu com esse ciclo ao oferecer um cuidado que reconhece a ansiedade de Bruno, mas recusa os diagnósticos impostos. O desfecho do caso abre espaço para a possibilidade de um suporte não medicalizante, respeitando as subjetividades e as experiências do sujeito.

REFERÊNCIAS

- ALDA, J. A.; SERRANO-TRONCOSO, E. Attention-deficit hyperactivity disorder: agreement between clinical impression and the SNAP-IV screening tool. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 76–83, 2013.
- ANTONELLI, P. D. P.; GARCIA, M. R. V. Os “inconvenientes” na escola: medicalização de crianças e jovens e suas estratégias de resistência. *Perspectiva*, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 664–686, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2018v36n2p664>. Acesso em: 4 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para Diagnóstico Etiológico da Deficiência Intelectual. Brasília, 2020. Disponível em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/20201203_relatorio_572_pcdt_deficiencia-intelectual_.pdf. Acesso em: 4 abr. 2025.
- BRODERICK, A. A.; ROSCIGNO, R. Autism, Inc.: The Autism Industrial Complex. *Journal of Disability Studies in Education*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 77–101, 2021. Disponível em: https://brill.com/view/journals/jdse/2/1/article-p77_77.xml. Acesso em: 4 abr. 2025.
- CALIMAN, L. V. A constituição sócio-médica do “fato TDAH”. *Psicologia & Sociedade*, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 135–144, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000100016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2025.
- CALLISTO, S. P.; ILLAMOLA, S. M.; BIRNBAUM, A. K.; BARKLEY, C. M.; BATHENA, S. P. R.; LEPPIK, I. E.; MARINO, S. E. Severity of topiramate-related working memory impairment is modulated by plasma concentration and working memory capacity. *J Clin Pharmacol.*, v. 60, n. 9, p. 1166–1176, set. 2020.
- CHLEBOWSKI, C.; GREEN, J. A.; BARTON, M. L.; FEIN, D. Using the childhood autism rating scale to diagnose autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, v. 40, n. 7, p. 787–799, jul. 2010.
- CHRISTOFARI, A. C.; FREITAS, C. R. D.; BAPTISTA, C. R. Medicalização dos Modos de Ser e de Aprender. *Educação & Realidade*, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 1079–1102, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362015000401079&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2025.
- FOULKES, L.; ANDREWS, J. L. Are mental health awareness efforts contributing to the rise in reported mental health problems? A call to test the prevalence inflation hypothesis. *New Ideas in Psychology*, [s. l.], v. 69, p. 101010, 2023. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0732118X2300003X>. Acesso em: 4 abr. 2025.
- GARCIA, M. R. V.; BORGES, L. N.; ANTONELLI, P. P.. A medicalização na escola a partir da perspectiva de professores de educação infantil: um estudo na região de Sorocaba-SP. *Revista ibero-americana de estudos em educação*. Araraquara, v. 9, n. 3, p. 536–560, 2014. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7356/5297>. Acesso em: 05 abr. 2025.
- HALL, C. L.; GUO, B.; VALENTINE, A. Z.; GROOM, M. J.; DALEY, D.; SAYAL, K.; HOLLIS, C. The Validity of the SNAP-IV in Children Displaying ADHD Symptoms. *Assessment*, [s. l.], v. 27, n. 6, p. 1258–1271, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191119842255>. Acesso em: 28 mar. 2025.
- HAZIN, I.; FERNANDES, I.; GOMES, E.; GARCIA, D. Neuropsicologia no Brasil: passado, presente e futuro. *Estud. pesqui. psicol.* [s. l.], v. 18, p. 1137–1154, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000400007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 abr. 2025.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- MICHELAT, G. Sobre a Utilização da Entrevista Não-Diretiva em Sociologia. In THIOLENT M.J.M (org.). *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 3. ed. São Paulo: Polis, 1982. P.191-211.

“Engrenagens da medicalização”: discussão da construção performativa contemporânea dos transtornos psiquiátricos a partir de um estudo de caso

ORTEGA, F.; BARROS, D.; CALIMAN, L.; ITABORAHY, C.; JUNQUEIRA, L.; FERREIRA, C. P. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 14, n. 34, p. 499–512, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 abr. 2025.

PATTO, M. H. S. Para uma Crítica da Razão Psicométrica. *Psicologia USP*, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 47–62, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 9 abr. 2025.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. [S. l.]: Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, 2022. Disponível em: <https://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/932>. Acesso em: 4 abr. 2025.

PELBART, P. P.. Viver não é sobreviver: para além da vida aprisionada. In: **Conferência do 3º Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Reconhecer E Acolher As Diferenças”**. São Paulo, 2013. Fala proferida na mesa de abertura. *Youtube*, [S.l.], Canal Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 21 mar. 2015. 1 arquivo .mp4. 56 min e 29 s. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qaHSIm910II>>. Acesso em: 4 abr. 2025.

RICCI, T. E.; FERNANDES, A. D. S. A.; CESTARI, L. M. Q.; MARCOLINO, T. Q.; SOUZA, M. B. C. A. D. **Terapeutas cansadas: da precariedade do trabalho à precariedade da assistência na indústria do autismo** [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/6634/version/7021>. Acesso em: 4 abr. 2025.

ROSE, N. S. Governando a alma: a formação do eu privado. In: **SILVA, T. T. da (org.). Liberdades reguladas**. Petrópolis: Vozes, 1998.

ROSE, N. S. **Our psychiatric future: the politics of mental health**. Cambridge, UK Medford, MA: Polity press, 2019.

ROSE, N. S. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. [s.l.] Paulus Editora, 2022.

SCULL, A. **Loucura na civilização: Uma história cultural da insanidade – da Bíblia a Freud, das casas de loucos à medicina moderna**. Tradução: Humberto Amaral. São Paulo, SP: Sesc Sp, 2023.

VAUGHAN, C. A. Test Review: E. Schopler, M. E. Van Bourgondien, G. J. Wellman, & S. R. Love Childhood Autism Rating Scale (2nd ed.). Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2010. *Journal of Psychoeducational Assessment*, [s. l.], v. 29, n. 5, p. 489–493, 2011. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0734282911400873>. Acesso em: 28 mar. 2025..



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).