

BIOMEDICINA, NEOLIBERALISMO E MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM TERRITÓRIO EM DISPUTA

Isadora Garcia¹
Iacã Machado Macerata²

RESUMO: Percebe-se o aumento expressivo de diagnósticos psiquiátricos no Brasil, especialmente no campo da infância, configurando um processo que tem sido chamado de medicalização da infância. O aumento crescente de encaminhamento de crianças aos serviços de saúde motivados por queixas de comportamentos no âmbito escolar e busca por diagnósticos que os definam faz dessa uma questão relevante a ser estudada no campo da saúde pública. Assim, o presente trabalho tem como objetivo compreender de que modo a incidência das racionalidades biomédica e neoliberal na Atenção Primária à Saúde (APS) produz modos de conceber e cuidar da infância atualmente, com efeitos na produção de saúde e subjetividade. Para isso, a pesquisa partiu de uma revisão narrativa de literatura. Conclui-se que a APS se configura como um território de tensionamento entre os princípios do SUS e a hegemonia da racionalidade biomédica que, articulada ao ideário neoliberal, tende a individualizar as questões de saúde e normatizar os corpos e condutas. A centralidade no diagnóstico pode produzir efeitos de captura das experiências da infância, reduzindo questões políticas e sociais ao aspecto biológico. Portanto, torna-se importante resgatar os princípios do SUS para uma clínica ampliada e contextualizada.

Palavras-chave: Medicalização da infância. Racionalidade biomédica. Atenção Primária à Saúde.

1

ABSTRACT: There has been a significant increase in psychiatric diagnoses in Brazil, particularly among children, reflecting a process that has been termed the medicalization of childhood. The growing trend of referring children to health services due to behavioral complaints in school settings and the search for diagnostic labels makes this a relevant issue for study in the field of public health. Thus, the present study aims to understand how the influence of biomedical and neoliberal rationalities in Primary Health Care (PHC) shapes current approaches to conceiving and caring for children, with implications for health outcomes and subjectivity. To this end, the research began with a narrative literature review. It is concluded that PHC constitutes a territory of tension between the principles of the SUS and the hegemony of biomedical rationality, which, linked to neoliberal ideology, tends to individualize health issues and standardize bodies and behaviors. The centrality of diagnosis can lead to the co-optation of childhood experiences, reducing political and social issues to biological aspects. Therefore, it is important to reclaim the principles of the SUS for an expanded and contextualized clinical practice.

Keywords: Medicalization of childhood. Biomedical rationality. Primary Health Care.

¹Pós- graduanda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

²Doutor em psicologia, Professor no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSC e orientador da pesquisa, Universidade federal de Santa Catarina (UFSC).

RESUMEN: Se observa un aumento significativo de los diagnósticos psiquiátricos en Brasil, especialmente en el ámbito infantil, lo que configura un proceso que se ha denominado medicalización de la infancia. El creciente aumento de las derivaciones de niños a los servicios de salud, motivadas por quejas sobre comportamientos en el ámbito escolar y la búsqueda de diagnósticos que los definan, convierte este tema en una cuestión relevante que debe estudiarse en el ámbito de la salud pública. Así, el presente trabajo tiene como objetivo comprender de qué manera la incidencia de las racionalidades biomédica y neoliberal en la Atención Primaria de Salud (APS) da lugar a formas de concebir y cuidar la infancia en la actualidad, con efectos en la producción de salud y subjetividad. Para ello, la investigación partió de una revisión narrativa de la literatura. Se concluye que la APS se configura como un territorio de tensión entre los principios del SUS y la hegemonía de la racionalidad biomédica que, articulada con el ideario neoliberal, tiende a individualizar las cuestiones de salud y a normalizar los cuerpos y las conductas. La centralidad en el diagnóstico puede producir efectos de captura de las experiencias de la infancia, reduciendo las cuestiones políticas y sociales al aspecto biológico. Por lo tanto, resulta importante recuperar los principios del SUS para una práctica clínica ampliada y contextualizada.

Palabras clave: Medicalización de la infancia. Racionalidad biomédica. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Nota-se, nos últimos anos, o aumento expressivo de diagnósticos psiquiátricos no Brasil, especialmente no campo da infância, acompanhado pelo crescimento do uso de psicofármacos como a principal via de tratamento. Diversos aspectos da vida cotidiana e das experiências de sofrimento passam a ser nomeados por categorias diagnósticas e medicalizados, por vezes antes mesmo de serem escutados, contextualizados e elaborados (Moura et. al, 2020). Esse processo passa a ser chamado de “medicalização da vida”, conceito que não se refere ao uso ou não de medicamentos, mas ao processo pelo qual diversas questões que antes não eram consideradas médicas passam a constituir-se como um campo de intervenção da medicina e são consideradas à nível biológico, transferindo elementos do campo político e social para o campo médico e individual (Conrad, 2007).

Esse cenário coloca a medicalização do sofrimento como uma questão urgente a ser problematizada no âmbito da saúde pública. No cotidiano dos serviços públicos de saúde, percebe-se uma ampliação da busca por atenção médica para os mais variados tipos de incômodos e dificuldades. Esse movimento torna-se particularmente relevante na Atenção Primária à Saúde (APS), visto que esta se constitui como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e como espaço estratégico para a organização do cuidado, na medida em que atende a demandas de saúde diversas (PNAB, 2006).

Ao analisar a hegemonia da biomedicina no cuidado em saúde, Tesser (2006) demonstra o quanto essa racionalidade encontra-se social e culturalmente legitimada no Ocidente, configurando-se, muitas vezes, como a principal referência epistemológica para a compreensão dos processos de adoecimento. Nesse sentido, o processo de medicalização social demonstra, de certo modo, “um epistemicídio de saberes e práticas não-científicos, populares ou tradicionais” (Tesser, 2006, p.348). A prática da biomedicina tende a mostrar-se insuficiente para lidar com a complexidade dos processos de adoecimento e sofrimento humano, tendo em vista que, por vezes, reduz tais experiências a explicações organicistas, fisiológicas e individualizantes. Com isso, abre-se pouco espaço para a construção de autonomia das pessoas em relação ao cuidado com a própria saúde, bem como para que os sujeitos possam situar o seu sofrimento em relação a sua história de vida. Nesse contexto, amplia-se a centralidade da intervenção medicamentosa como alternativa privilegiada de tratamento (Carneiro e Lopes, 2020).

Nesse sentido, à medida que a hegemonia do pensamento biomédico incide sobre os mais diversos campos da vida social, especialmente nos serviços de saúde, a APS passa a apresentar-se como um território no qual diferentes lógicas de cuidado se tensionam (Garcia Jr. e Yasui, 2018). Por um lado, é o lugar onde se propõe uma lógica de cuidado territorializado, longitudinal, interdisciplinar e humanizado, orientado pela perspectiva de uma clínica ampliada. No entanto, por outro lado, passa a ser um território cada vez mais capturado pela lógica biomédica, que incide sobre as práticas de produção de saúde e, atravessa, conseqüentemente, os processos de subjetivação (Tesser, 2006).

Tendo isso em vista, percebe-se que “entrando facilmente nos domicílios brasileiros, o PSF é uma ‘faca de dois gumes’: uma chance para a reconstrução da autonomia e/ou, simultaneamente, uma nova e poderosa força medicalizadora” (Tesser, 2006, p.349). No campo da infância, esse tensionamento torna-se ainda mais visível, na medida em que esses períodos da vida têm sido cada vez mais atravessados por ideais relacionados ao desenvolvimento, aos comportamentos e aos riscos. Nesse cenário, diversas dificuldades vivenciadas no ambiente escolar, familiar ou relacional passam a ser interpretadas como transtornos individuais (Carneiro e Lopes, 2020).

É a partir das inquietações que surgem da prática profissional de uma das autoras como psicóloga na Atenção Primária à Saúde, especialmente no atendimento a crianças e adolescentes, que esse artigo se constrói. A inserção no serviço evidencia a busca crescente por diagnósticos e encaminhamentos a serviços especializados, incidindo sobre as crianças cada vez

mais precocemente. Diante desse cenário, constrói-se a seguinte pergunta: de que modo a incidência das racionalidades biomédica e neoliberal na Atenção Primária à Saúde tem produzido modos específicos de conceber e cuidar da infância? E como essas lógicas se articulam aos processos de produção de saúde e subjetivação?

Trata-se de uma reflexão teórico-crítica, fundamentada em revisão narrativa de literatura e na experiência profissional na Atenção Primária à Saúde, que tem como objetivo problematizar a incidência da lógica biomédica e dos processos de medicalização da vida no cuidado à infância no contexto da Atenção Primária à Saúde, analisando seus possíveis efeitos sobre as práticas de cuidado e os processos de subjetivação no cotidiano do SUS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, fundamentado em revisão narrativa de literatura. Foram selecionadas produções científicas no campo da saúde coletiva, psicologia, psiquiatria, psicanálise e das ciências sociais e humanas que abordam os temas da medicalização da infância, neoliberalismo, produção de subjetividades e práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde. A análise partiu da leitura de obras clássicas (Foucault, 1985; Conrad, 2007; Rose, 2013; Illich, 1975) e de trabalhos contemporâneos.

Foi orientada por uma perspectiva crítico-interpretativa, analisando os conceitos trabalhados, bem como articulando os referenciais teóricos com as experiências no cotidiano profissional na Atenção Primária à Saúde, de modo que seja possível compreender o fenômeno estudado mais amplamente. A experiência no serviço não é tomada como um estudo de caso sistematizado, mas como disparador analítico para algumas problematizações teóricas. Nesse sentido, para além de problematizar e dar luz à algumas questões, pretendeu-se também pensar em novos caminhos para a atuação no contexto da atenção primária à saúde com crianças.

BIOMEDICINA E GERENCIAMENTO DAS INFÂNCIAS

Atualmente, a fronteira que separa o normal e o patológico tem estado cada vez mais nebulosa, fazendo com que diversos sofrimentos e comportamentos venham sendo definidos em termos médicos. Nesse contexto, diversos domínios da existência humana passam a não apenas ser categorizados a partir de nomenclaturas médicas, mas também tratados prioritariamente pela via medicamentosa. Tal processo se articula ao aumento exponencial de diagnósticos e transtornos, que passam a organizar a compreensão dos sofrimentos e de

comportamentos considerados fora da norma (Moura *et al.*, 2020).

A partir da segunda metade do século XIX surge uma “psiquiatria ampliada”, isto é, já não se trata mais do domínio da psiquiatria clássica em relação à loucura, mas ela se desloca também para os comportamentos e modos de vida cotidianos. Nesse sentido, as práticas e discursos psiquiátricos ultrapassam o espaço das instituições destinadas ao tratamento de doenças, incidindo sobre o campo social em suas mais variadas esferas. Assim, consolida-se não apenas um novo modo de classificar as doenças, mas de agir sobre os indivíduos (Caponi, 2009).

As sociedades modernas se constituem a partir de um processo no qual a vida passa a ser investida por múltiplas instituições, saberes e estratégias de poder. Conforme destaca Caponi (2009, p.533) “esse é o momento em que o biológico ingressa como elemento privilegiado no registro da política”. A partir daí, elementos vitais deixam de ser apenas questões individuais e passam a ser problemas políticos, passíveis de regulação e controle. Assim, os corpos e populações passam a ser geridos segundo ideais de melhoramento individual e societal, sustentados por determinadas concepções acerca do que seria normal e patológico, definindo o que estaria fora da norma como um elemento a ser corrigido ou normalizado. A saúde, nesse sentido, passa a ser equiparada à ideia de “normalidade”, que é vista como o que é comum, esperado, o que guarda uma certa frequência, de modo que as variações são interpretadas como negativas, precisando de intervenções profissionais (Rose, 2013).

5

O modo de gestão da vida passa a assumir novas configurações distintas das adotadas até então. Este é um período marcado pela ampliação das possibilidades de intervenção da medicina sobre a vida, fazendo com que este fosse século “biotécnico”. Os avanços no campo da genética, o desenvolvimento de novas tecnologias biomédicas e o surgimento de novos psicofármacos são exemplos de mudanças que ampliam significativamente a capacidade de ação sobre os corpos e processos vitais. Tais avanços biomédicos representam, por um lado, um caminho de expectativas e esperança em relação à cura de diversas doenças que trazem consigo sofrimento, e por outro, colocam em evidência alguns riscos e os limites relacionados à tendência em tratar a vida humana como infinitamente maleável e passível de maximização/otimização (Rose, 2013).

Surge, então, uma política da vida diferente das formas clássicas de biopolítica, pois já não se focaliza na oposição entre saúde e doença ou na eliminação de certas doenças em nome da nação. Em vez disso, ela “está preocupada com nossas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos

enquanto criaturas viventes” (Rose, 2013, p.16), caracterizando-se como aquilo que o autor chamará de “uma política da vida em si mesma”. Desse modo, percebe-se uma mudança na medicina moderna, em que já não se trata apenas de tratar ou curar doenças, mas de intervir e modular processos vitais do corpo e da mente. Como afirma Rose (2013, p.33) “é difícil imaginar um si-mesmo que não esteja aberto, desse modo, à modificação”.

Conforme apontam Molck, Barbosa e Domingos (2021, p.2):

No alinhamento entre a medicalização e o avanço da racionalidade biomédica hegemônica, o modelo de saúde está centrado no reducionismo, no individualismo e na tecnologização. A abertura do saber médico à medicalização de novos espaços, priorizando uma teoria das doenças e da anatomoclínica apresenta peculiaridades: uma visão do corpo humano como máquina, das doenças como concretas e sem variações em sujeitos e espaços distintos – como questões sociais, subjetivas, históricas e culturais – e da exacerbação do discurso sobre a imperfeição dos corpos. Esse complexo e imbricado sistema dialoga com a lógica capitalista emergente.

Portanto, é possível perceber que a racionalidade biomédica se articula ao neoliberalismo, enquanto sistemas que produzem modos de subjetivação. Na lógica neoliberal, o sujeito é orientado por princípios como a competição, o alto desempenho e performance, a autorregulação e a autorresponsabilização pela gestão de si. A vida passa, então, a ser um como um empreendimento constantemente monitorado e passível de otimização (Yaegashi et. al, 2020).

Nesse contexto, essa racionalidade passa a incidir também sobre o campo escolar, onde, por vezes, as crianças parecem ser capturadas pelos ideais neoliberais que as considera quase como microempreendedoras de si, precisam aprender, investir em si mesmas, manter a disciplina e o autocontrole, cessar o movimento, seguir a obediência, planejar o futuro para então, lá na frente, ascender. Crescem os números de encaminhamento da escola endereçados aos serviços públicos de saúde em relação a demandas comportamentais de crianças, que por vezes não incluem sofrimento dela ou de sua família e, tampouco, prejuízos no processo de aprendizagem. No entanto, incluem queixas referentes à “falta de foco”, “agitação” e “inquietação” nas salas de aula (Lopes e Carneiro, 2020).

Apesar de relatar essa experiência que é percebida no contexto da APS do município de Orleans (SC), há artigos científicos que sustentam um discurso diferente, reafirmando o papel da escola enquanto central na identificação de comportamentos de riscos e no encaminhamento aos serviços especializados de saúde mental, além de perceberem uma falha neste papel, como afirma Vieira *et al.* (2014, p.1):

No Brasil, como em muitos países, tem havido uma falha na identificação de problemas de saúde mental (PSM) em crianças e jovens e em encaminhá-los para os cuidados e apoio adequados. O ambiente escolar fornece um cenário ideal para isso. Portanto, programas eficazes precisam ser desenvolvidos para treinar

professores para identificar e encaminhar adequadamente crianças com possível PSM. Nosso objetivo foi avaliar a capacidade dos professores em identificar e encaminhar adequadamente os alunos com um possível PSM e a eficácia de uma estratégia psicoeducacional para aumentar a capacidade dos professores nessa área.

Em contraponto, em seu trabalho, Kamers (2012, p.154) também relata perceber em sua prática profissional um ciclo repetitivo no encaminhamento das crianças,

a escola, confrontada com as dificuldades de aprendizagem ou indisciplina da criança, solicita à família uma intervenção. Diante da “dita” insuficiência da intervenção parental, a escola, ou encaminha a criança ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, ou aciona o conselho tutelar, alegando negligência familiar. Em nossa experiência no consultório privado, em que atendemos uma clientela de nível socioeconômico mais favorecido, a situação não é muito diferente, com exceção de um aspecto: a vulnerabilidade frente à tutela e vigilância do Estado. Nesse caso, as crianças são encaminhadas pela escola ao psicólogo, que, por sua vez, encaminha a criança ao neuropediatra, que prescreve a medicação geralmente ritalina, concerta ou risperidona. Em outras ocasiões, a escola nem chega a encaminhar ao psicólogo, mas diretamente ao neuropediatra ou psiquiatra infantil, que identifica na criança um quadro de TDAH (Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade), ou de transtorno opositivo, prescrevendo o tratamento farmacológico.

Portanto, isso aponta para o lugar da escola enquanto um espaço regulador da inclusão da criança no domínio do saber psiquiátrico. Além disso, demonstra o uso da medicação como sendo comumente a principal forma de tratamento utilizada para responder às demandas da infância (Kamers, 2012).

Os ditos desvios de comportamento na infância são definidos por Brzozowski e Caponi (2013, p.210) como “qualquer conduta que destoe do que é socialmente desejável, mas que nem sempre representa uma entidade nosológica. Muitos desses desvios, porém, são considerados atualmente transtornos mentais”. Um dos exemplos disso seria a falta de atenção e hiperatividade que têm sido amplamente diagnosticadas e medicalizadas, associadas ao transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH). Nesse trabalho, as autoras discutem que, em muitos casos, o diagnóstico psiquiátrico produz mais benefícios para o entorno da criança do que para ela própria.

Rabinow (1999, p.127), por sua vez, aponta que “é o sofrimento, e não as mediações normativas ou os desvios-padrão, o que estabelece o estado da doença”. Essa afirmação torna-se extremamente relevante no contexto contemporâneo, em que muitas vezes não se diferencia aquilo que traz sofrimento ao sujeito e aquilo que apenas desvia dos ideais ou normas estabelecidas. No atendimento psicológico de crianças, não é raro que as famílias cheguem aos serviços motivadas por uma lista de sintomas encontrados na internet, em redes sociais ou que escutaram de algum amigo, parente ou conhecido. Ao reconhecerem em seus filhos

comportamentos semelhantes aos das listas, preocupam-se imediatamente com a possibilidade de um diagnóstico. Muitas vezes, trata-se de algo que não havia se estabelecido como uma questão para a criança ou a família antes disso, passando a ser por conta da possibilidade de uma nomeação diagnóstica, que reorganizaria certos comportamentos.

Assim sendo, é fundamental questionar se determinados comportamentos que chegam aos consultórios psicológicos, psiquiátricos ou neuropediátrico produzem, de fato, sofrimento para as crianças ou se o incômodo se localiza principalmente nos adultos e nas instituições que elas frequentam. Coloca-se, assim, a questão sobre se a resposta a essas situações deve, necessariamente ou exclusivamente, passar pela individualização e medicalização das crianças, com o objetivo de tornar os contextos institucionais melhor habitáveis e gerenciáveis, ou se é possível sustentar práticas de cuidado que desloquem o foco do diagnóstico para a contextualização e a elaboração dos comportamentos considerados desviantes, considerando os contextos que o atravessam. Tal deslocamento implica, ainda, incluir famílias e instituições como parte dessas questões, convocando-as também a se questionarem sobre seus modos de funcionamento.

A INFÂNCIA COMO CAPITAL HUMANO: NEOLIBERALISMO E REGULAÇÃO DOS RISCOS E DESVIOS

Um elemento central do neoliberalismo é a conversão de atividades e aspectos da vida humana em termos econômicos e empresariais. Nesse cenário, toda pessoa passa a ser vista em sua potência de “capital humano” e atividades como o consumo, a educação e a escolha de relações são atravessadas por uma lógica mercadológica, sendo vistas como práticas de investimento em si mesmo. A vida de cada um, portanto, passa a ser um negócio que pode ser rentável, contabilizável e produtivo (Brown, 2018).

As autoras Caponi e Daré (2020) também falam sobre esse investimento no sujeito enquanto um “capital humano”, visando a construção de “empresários de si mesmos”. A construção desse capital é estimulada a ser realizada cada vez mais cedo, sendo a infância um locus primordial de investimento. A educação, portanto, se volta aos princípios que permeiam a lógica capitalista, buscando o alto desempenho, a performance e a plena responsabilização e gestão de si.

Portanto, é preciso compreender o neoliberalismo para além de uma política econômica, mas como uma racionalidade que incide sobre as diferentes esferas da vida social e que tem

como característica principal “a generalização da concorrência como norma de conduta e da empresa como modelo de subjetivação” (Dardot e Laval, 2016). O sujeito, sendo cada vez mais estimulado a investir em si mesmo e a se perceber como principal responsável por esse processo, tal qual uma empresa que depende de ações individuais para prosperar e obter sucesso, quando falha, percebe essa responsabilidade atribuída a si, individualmente. Essa falha é interpretada como falta de esforço, motivação ou disciplina ou, em contraponto, pode ser localizada em um mecanismo cerebral ou neuroquímico que a justifique (Caponi e Daré, 2020).

Desse modo, as condições sociais, históricas e políticas que atravessam aquilo que é nomeado como erro, desvio ou inadequação tendem a ficar de fora da cena, excluídas desse cenário ou vistas como pequenas partes que compõem esse todo, quase que insignificantes diante da dimensão biológica e cerebral do humano. É assim que as condições concretas de vida são deslocadas para um olhar direcionado a uma suposta entidade cerebral, ainda que para uma parte das categorias diagnósticas da infância, como o TDAH ou o TOD, não sejam identificáveis causas orgânicas específicas (Kamers, 2012; Lopes e Carneiro, 2020).

Nesse movimento, observa-se o aumento dos diagnósticos psiquiátricos e das prescrições de psicofármacos que passam a substituir respostas que poderiam ser oferecidas por instituições sociais e políticas públicas (Lopes e Carneiro, 2020). Está aí outra relação percebida com a política neoliberal, que tem como premissa a diminuição das intervenções do Estado, das instituições ou de políticas de bem-estar social em prol das respostas individuais que cada um pode dar às questões que se colocam (Brown, 2018).

É aí que a política neoliberal e a biomedicina, enquanto práxis, por vezes se articulam. A biomedicina compreende a doença como algo material, observável e distinta do sujeito. Nesse sentido, compreende que o tratamento é a cura e a eliminação disso que comparece como um desvio da normalidade. Por vezes, sustenta-se em uma visão individualizante e biologizante, desconsiderando a complexidade envolvida no processo saúde-doença. Tal qual a racionalidade neoliberal que reduz a complexidade do sujeito e de sua experiência a ideias de mérito próprio, responsabilização e individualização de suas experiências (Brown, 2018). Nesse cenário, a vida passa a ser concebida como um campo permanentemente aberto a intervenções voltadas à modulação, otimização e maximização de si, tendo a infância um lugar central, visto que é sob esse período que recaem as expectativas acerca do desenvolvimento e as tentativas de prevenção de doenças futuras (Rose, 2013).

Em uma sociedade marcada pela busca da performance, eficiência e produtividade, sinais como falta de concentração ou desorganização são vistos como defeitos intoleráveis, já que atingem a engrenagem do sistema capitalista. Nesse contexto, para atingir as expectativas impostas, recorre-se aos medicamentos psicotrópicos, que longe de serem apenas meios de tratamento para algumas doenças, passam a ser vistos também como caminhos de ampliação das potencialidades de rendimento individual, um *plus*, uma maximização de si (Yaegashi et al., 2020). Exemplo disso são os casos em que estudantes universitários e/ou trabalhadores, sem qualquer diagnóstico, passam a fazer uso de psicofármacos para esses fins (Souza e Baiense, 2023;

Submeter-se a esse regime, tentando alcançar os ideais impostos e buscando por saídas diagnósticas e medicamentosas faz com que, cada vez mais, a lógica desse sistema fique de fora da cena a ser analisada. As responsabilidades recaem sob o indivíduo, no seu corpo, no seu mérito ou falta dele e não em um sistema que tem se mostrado adoecedor (Yaegashi et al., 2020). Estando as famílias, comunidades e instituições escolares capturadas pelos ideais do “neosujeito”, tal como formulado por Dardot e Laval (2016), isto é, um sujeito neoliberal investido por princípios específicos, observa-se como um de seus efeitos a intensificação das estratégias de antecipação de riscos e prevenção de supostas falhas.

Conforme aponta Rose (2013), as tecnologias médicas passam não apenas a tratar doenças já manifestadas, mas a controlar e modular processos vitais do corpo e da mente em nome da otimização e prevenção. Configura-se, assim, uma lógica preventiva, na qual o presente é continuamente mobilizado e modificado para gerir os futuros possíveis. É evidente que, em diversos casos, a avaliação diagnóstica e a intervenção precoce são fundamentais e produzem efeitos positivos na vida das crianças e das suas famílias. No entanto, percebe-se uma ampliação dessa lógica de tal forma que comportamentos antes considerados comuns à certo período do desenvolvimento passa a entrar em um campo de preocupação e necessidade de regulação.

No cotidiano da Atenção Primária à Saúde (APS) observa-se que muitas famílias procuram o atendimento psicológico não necessariamente em razão de um sofrimento já instituído, mas tomadas pelo medo de possíveis doenças ou comportamentos dito desviantes futuramente. Assim, a busca pelo serviço de psicologia entra numa lógica de prevenção, partindo do entendimento de que, quanto antes a criança passar por um acompanhamento, menor será o risco de desenvolver algum sofrimento futuro. Instaura-se uma lógica de que é possível, inclusive, se preparar para os sofrimentos comuns à existência humana, numa

tentativa infinita de modular a humanidade e sensibilidade de modo a passar “ílesos” pela vida. Contudo, é necessário reafirmar, como pontuam Santos et. al (2025, p. 15148) que “não se trata de negar a importância da prevenção, mas de questionar sua captura pela lógica da antecipação patológica, que transforma a APS em máquina de produção de diagnósticos”.

Illich (1975) aborda as mudanças que as sociedades atuais experimentam em sua relação com a vivência de dor e sofrimento, demonstrando que, ao retirar da dor a sua dimensão de experiência pessoal e viva, os indivíduos tornam-se cada vez mais consumidores de anestésias, submetidos à tratamentos ainda que isso os retire uma certa capacidade sensível e a autonomia diante da própria vida. O sofrimento ou as expressões emocionais passam a ser consideradas reações de um organismo que, a partir do avanço da ciência e das tecnologias, pode ser melhor medidos e manipulados. Observa-se, portanto, o que ele nomeia como uma “coisificação da experiência subjetiva”. Ainda segundo o autor (Illich, 1975, p.127) “essa medicalização da dor reduz a capacidade que possui todo homem de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade de sua transformação, capacidade em que consiste precisamente a saúde”.

É nesse contexto que se intensifica o movimento de aproximação da psiquiatria com o contexto escolar, na tentativa de reafirmar o papel da escola e dos professores como atores principais de identificação e prevenção dos riscos de transtorno mental, sendo responsáveis pelo encaminhamento das crianças aos serviços de saúde. Nesse sentido, fica evidente que “a racionalidade biomédica contemporânea se estruturou sobre um deslocamento: do tratamento da doença para a antecipação da possibilidade de adoecimento” (Santos et. al, 2025, p. 15145). Percebe-se que essa centralização em identificar precocemente os sinais de suscetibilidade de desenvolvimento de transtornos mentais na infância, para além de prevenir riscos médicos, visa também prevenir riscos jurídicos. Isto é, estima-se evitar a cronificação dos transtornos mentais que podem se intensificar na vida adulta causando sofrimento, mas, por outro lado, a tentativa de detectar comportamentos desviantes na primeira infância também visa antecipar questões vistas como problemáticas na sociedade, como a delinquência e a criminalidade. Desse modo, há uma tentativa de evitar tanto o sofrimento quanto os possíveis desvios de conduta por vir (Amaral e Caponi, 2020).

INFÂNCIA, CUIDADO E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM TERRITÓRIO EM DISPUTA

A Reforma Sanitária no Brasil, que tem como um dos seus efeitos a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), traz consigo mais que um projeto setorial, defendendo um projeto social e civilizatório. Isto é, apesar de propor inúmeras transformações no campo da saúde, inclusive vinculando-a enquanto um direito universal e não mais a um bem restrito aos trabalhadores formais, propõe também diversas transformações para a sociedade enquanto um todo. Nesse sentido, tem “como horizonte uma reforma dos modos de vida” (Paim, 2008, p.38).

A Atenção Primária à Saúde que tem seus princípios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006, é responsável por uma série de ações que visam a promoção e prevenção em saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são os pontos de referência da atuação e se localizam no território existencial em que a vida das pessoas acontece, devendo ser a porta de entrada da população a outros serviços. O trabalho é realizado de forma multidisciplinar, em equipe, com práticas de cuidado e gestão que partem da realidade de cada território em suas particularidades e que tem como princípios norteadores a universalidade, continuidade do cuidado, integralidade e humanização da atenção, entre outros (Brasil, 2012).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como um ponto central na APS, ao propor o cuidado territorializado e vinculado a equipes multiprofissionais, que devem elaborar ações para enfrentar os determinantes sociais do processo de saúde e doença, bem como promover ações intersetoriais (Brasil, 2006). O território, neste cenário, é concebido para além de suas características geográficas, não é estático e constitui-se como uma figura viva, “mais que uma delimitação espacial, um território existencial é uma localização espaço-temporal, não sendo objeto com essência e identidade, mas uma forma que está sempre submetida ao pulsar do tempo” (Macerata, 2010, p.78). Assim, o cuidado em saúde implica uma visão ampliada do processo saúde-doença, necessitando de ações integrais e que considerem o modo de vida das coletividades. Portanto, é necessário romper com uma tradicional fragmentação dos saberes e fazeres, saindo de uma prática centralizada nos especialismos para uma prática transdisciplinar e humanizada (Brasil, 2009).

No entanto, a consolidação do SUS enfrenta desafios em um contexto social neoliberal, tendo em vista que este também é um projeto civilizatório que, para se manter, produz modos de subjetivação. Desse modo, “a influência neoliberal, privatista e individualizante, passa a disputar espaço com uma política de saúde de cunho universal e solidário” (Neto e Araújo, 2014,

p. 677). É possível perceber que no campo da promoção da saúde, essencial no trabalho da APS, estão em disputas diferentes lógicas que podem ser identificadas tanto nos documentos legais quanto nas práticas cotidianas dos serviços (Tesser, 2006).

Nesse sentido, percebe-se que as práticas podem ser pensadas a partir de uma visão comportamental que tenha como fim a mudança de hábitos individuais, tendo como foco um melhor desempenho individual na vida dos sujeitos ou podem ser direcionadas a partir de uma perspectiva que tem como alvo às transformações dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), visando assim uma certa transformação a nível social e coletivo. Portanto, há nos serviços de saúde diversas racionalidades em constante tensão que se expressam na concretude do trabalho cotidiano (Mattioni *et al.*, 2022).

Em nome de uma pretensa “promoção de saúde”, por vezes, os profissionais atuam na contramão disso, modulando condutas a partir de ideais específicos. Nesse sentido, Vasconcelos *et al.* (2018, p. 218) afirmam que “sob o nome de cuidado, tutelam-se corpos”. Portanto, é preciso se atentar ao que guia as práticas cotidianas nos serviços de saúde e em nome de que elas estão à serviço. Entendendo que saúde está mais relacionada à ampliação da autonomia, produção da vida e ativação do comum (Lancetti, 2016) que à ausência de doenças ou eliminação de supostos desvios.

Mattioni e Rocha (2023) demonstram que práticas de promoção de saúde no campo da APS que se sustentem em uma visão crítica, com a intenção de melhorar os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), visando, portanto, transformações sociais mais que mudanças individuais comportamentais são práticas que podem ter efeitos positivos no cuidado realizado a população. Entre esses, a diminuição da medicalização, a construção e fortalecimento dos vínculos comunitários, constituindo-se de certo modo como uma resistência à ampliação do tratamento hegemônico da biomedicina como única alternativa possível.

Santos *et al.* (2025) indicam que, sendo capturada pela racionalidade tecnocrática e por uma lógica da performance, produtividade e gestão de riscos, a APS o risco de deslocar o seu papel de acolhimento e vínculo para operar práticas de normatização das condutas e controle dos corpos, esvaziando o potencial relacional do cuidado e tornando o que deveria ser uma clínica ampliada em uma clínica de classificação.

Esse risco é percebido, especialmente, no cuidado às infâncias oferecidos pelos serviços de saúde. Torna-se necessário avaliar o quanto as práticas estão direcionadas à uma modulação dos comportamentos infantis, em uma certa tentativa de adequação e normatização da infância

e o quanto, em contrapartida, elas têm contribuído para transformações mais sociais e coletivas dos modos de viver esse período, considerando os territórios e os diversos atravessamentos sociais que incidem nesse processo.

Em uma construção de grupo com crianças mediado por duas psicólogas e realizado em 2025 no contexto da APS, por exemplo, tinha-se como objetivo estimular a convivência entre os pares, proporcionar dinâmicas reflexivas acerca desse período da vida, abrir espaço para que as crianças pudessem trazer suas angústias e prazeres cotidianos. No primeiro encontro, quando questionados sobre o que eles achavam que estariam fazendo ali, um participante de 7 anos respondeu: “*Estamos aqui para descobrir se temos TDAH ou autismo!*”. Essa frase me marcou pela sua força em demonstrar o que, por vezes, tem representado os serviços em saúde atualmente, em espaços onde o cuidado passa a ser resumido na busca por uma nomeação diagnóstica para os sofrimentos e para as experiências. Em contraponto a isso, sustentamos o grupo enquanto um lugar de trocas sobre o período da infância e um espaço para cuidarmos uns dos outros.

Desse modo, tendo em vista que o trabalho em saúde incide sobre a vida humana e, portanto, ao mesmo tempo que produz saúde produz subjetividades, pensar nos modos possíveis de criar e reinventar práticas de cuidado nos serviços é, de certo modo, criar e reinventar práticas de resistência à um modo de subjetivação neoliberal crescente. Como é possível pensar no cuidado às infâncias para além da nomeação e categorização diagnóstica? Como pensar em práticas que, inclusive, articulem o território como um todo considerando-o produtor de saúde ou de sofrimento também? Incluindo escola, comunidade, família, espaços de lazer, de habitação, uso de telas e isolamento social, entre outros pontos importantes. Tendo em vista que, quando os serviços passam a tornar-se apenas um lugar de descrição de check-lists sintomatológicos e nomeação de sofrimentos a partir de uma lógica médica e psiquiátrica, perde-se um tanto da própria experiência subjetiva, tornando o ato médico um ato mecânico (Illich, 1975).

Portanto, como referem Santos *et al.* (2025, p.15156) “não se trata de negar a importância dos saberes técnico-científicos, mas de integrá-los aos saberes populares, construindo uma ecologia de saberes”. A ecologia de saberes, por sua vez, propõe o reconhecimento dos múltiplos conhecimentos que compõem o processo do cuidado em saúde, deslocando-se da hegemonia da medicina ocidental. Nesse sentido, é possível que saberes populares e comunitários sejam incluídos nas práticas, de modo a ampliar o cuidado realizado e valorizando a experiência concreta dos sujeitos (Santos, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento de diagnósticos na infância e a consequente ampliação do de medicações para o seu tratamento constituem-se, na contemporaneidade, uma questão relevante de saúde pública. Tal movimento não pode ser compreendido de forma desarticulada ao cenário social, político e econômico atual, marcado pela ascensão de uma racionalidade neoliberal que ultrapassa o campo estritamente econômico e incide sobre os modos de viver e de se relacionar. Trata-se, portanto, de um regime de produção de subjetivação.

Através da pesquisa realizada, pode-se compreender a produção de saúde como indissociável da produção de subjetividades (Benevides e Passos, 2005), evidenciando que as práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde podem estar ancoradas em diferentes racionalidades e, portanto, atuarem em prol de diferentes modos de subjetivação. O SUS, em seu projeto social civilizatório, sustenta uma noção de cidadania que não está vinculada à produtividade e ao trabalho formal, visto que o direito à saúde deixa de depender desses elementos. Em contraponto, na sociedade atual é possível perceber a tensão deste modelo com a constituição de uma “cidadania biológica” como elabora Rose (2013) e uma “cidadania da sujeição” como pontua Carvalho (2009).

Nesse sentido, o SUS, desde sua implementação, esteve vinculado à diversas lutas sociais e políticas que visavam mais que um projeto setorial em saúde, insistindo em sua materialização enquanto um projeto ético-político civilizatório e, portanto, sustentado em preceitos de concepção de vida, direito e sociedade. Desse modo, seus princípios como a integralidade, humanização, territorialização do cuidado exigem que as práticas realizadas no cotidiano dos serviços estejam para além da fragmentação, do isolamento em disciplinas específicas de saber e de atendimentos individualizantes das demandas.

Nota-se que, quando as práticas se restringem aos especialismos, corre-se o risco de reduzir a complexidade das experiências infantis. Em contraposição, a transversalização de saberes e o trabalho em rede possibilitam sustentar uma concepção ampliada de saúde, sustentadas nos preceitos da clínica ampliada. A saúde, aqui, é entendida não como a ausência de doenças, mas como produção de vida, ampliação da autonomia e consideração dos determinantes sociais. No cuidado às infâncias, isso implica reconhecer a complexidade dos sofrimentos e distinguir aquilo que se configura como experiência de sofrimento e aquilo que comparece como um desvio em relação às expectativas de comportamento ou desempenho. Deslocar o foco exclusivo do diagnóstico não significa negar a importância de avaliações clínicas

e do uso de medicamentos quando necessário, mas evitar a sua automatização e sua banalização no cuidado em saúde.

Além disso, a corresponsabilização da família, da escola e dos demais atores do território é fundamental nesse processo. Atribuir à criança um problema de ordem cerebral e, portanto, individual como a única explicação possível pode desimplicar outros atores sociais em suas responsabilidades de produção ou manejo das dificuldades presentes. A Atenção Primária à Saúde, enquanto organizadora do cuidado em rede, possui a capacidade de articular ações coletivas, como a construção de grupos e ações no território que estejam ancoradas nas necessidades da comunidade, bem como ações articuladas à comunidade escolar dos territórios, mantendo o diálogo intersetorial de modo a ampliar as respostas oferecidas aos problemas identificados. As crianças e as infâncias precisam ser escutadas, portanto, em sua complexidade e a Atenção Primária à Saúde revigorada em sua capacidade de interlocução das ações em rede, sustentando a possibilidade de construir com a família atendida um caminho de cuidado que vá além dos exames ou classificações diagnósticas.

Por fim, foi possível perceber que a consolidação do projeto do SUS não é um dado garantido desde a sua implementação, sendo este um movimento a ser renovado a cada vez, a cada dia, nas práticas concretas dos serviços e não só em seus marcos legais e jurídicos. A disputa entre uma lógica medicalizante e orientada pela gestão de riscos e uma lógica territorial, de produção do comum e ampliação da autonomia atravessa o cotidiano dos serviços. Desse modo, é preciso fortalecer as práticas que ampliem a escuta, as ações, fortaleçam os vínculos comunitários e reconheçam os determinantes sociais da saúde. Assim, é possível construir uma política de vida que não se restrinja à modulação de corpos e condutas, mas que aposte no reencantamento das infâncias enquanto experiências vivas e humanas.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Letícia Hummel. H.; CAPONI, Sandra. Novas abordagens em psiquiatria no século XXI: a escola como lócus de prevenção e promoção em saúde mental. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. esp5, p. 2820–2836, 2020.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561–571, jul./set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). 108p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 60p.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf.; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, p. 208–221, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>.

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

CAPONI, Sandra.; DARÉ, Patricia Kozuchovski. Neoliberalismo e sofrimento psíquico: a psiquiatrização dos padecimentos no âmbito escolar. **Mediações**, v. 25, n. 2, p. 302–320, 2020.

CARNEIRO, Cristiana.; LOPES, Ana Flávia Pedrosa. Mais categorias diagnósticas? Interloquções entre saúde mental e educação. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 21, n. 3, p. 349–356, 2020.

CARVALHO, Sérgio Resende. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, Sérgio Resende; BARROS, Maria Elizabeth;

FERIGATO, Sabrina (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 23–41.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima.; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). **Série Ideias**, v. 23, p. 25–31, 1994.

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

DARDOT, Pierre.; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

SANTOS, Antonio Nacilio Sousa Dos. et al. Prevenção ou medicalização? Os desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) na era do rastreamento populacional e da gestão de risco. **ARACÊ**, v. 7, n. 3, p. 15130–15161, 2025.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da Clínica**, v. 18, n. 1, p. 153–165, 2013.

MACERATA, Iacã Machado. “... como bruxos maneando ferozes”: relações de cuidado e de controle no fio da navalha. Experiência “psi” em dispositivo da política de assistência social para crianças e adolescentes em situação de rua. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

MOLCK, Bárbara Vukomanovic; BARBOSA, Guilherme Correa; DOMINGOS, Thiago da Silva. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200129, 2021.

MOURA, Ana Karina Barbosa; et al. Medicalização da infância e psicanálise: o caso TDAH. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 41, n. 1, p. 5–18, 2020.

NEVES, Tiago Iwasawa; SOUZA, Vinicius José de Lima. Patologia do desempenho: TDAH, drogas estimulantes e formas de sofrimento no capitalismo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e236353, 2022.

RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. Tradução de Paulo Ferreira Valério. São Paulo: Paulus, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (org.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010.

SOUZA, Eduardo Oliveira Neves; BAIENSE, Alex Sandro Rodrigues. Uso indiscriminado de psicoestimulantes para estudantes universitários. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 9, p. 3442–3457, 2023.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 347–362, 2006.

VIEIRA, Marlene Apolinário et al. Evaluating the effectiveness of a training program that builds teachers’ capability to identify and appropriately refer middle and high school students with mental health problems in Brazil: an exploratory study. **BMC Public Health**, v. 14, p. 210, 2014.

YAEGASHI, Solange Franci Raimundo et al. Aprimoramento cognitivo farmacológico: motivações contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, v. 25, p. e46319, 2020.

YASUI, Silvio.; GARCIA JUNIOR, Carlos Alberto Severo. Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in(ter)venção nos cenários das práticas e dos serviços. **Interação em Psicologia**, v. 22, n. 3, 2018.