

ANA CLARA MAGALHÃES CUNHA

DA CRISE NORMAL AO RISCO: produções da adolescência nos cenários da saúde
mental no Brasil

ASSIS

2014

ANA CLARA MAGALHÃES CUNHA

DA CRISE NORMAL AO RISCO: produções da adolescência nos cenários da saúde mental
no Brasil

Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências e Letras de Assis – UNESP –
Universidade Estadual Paulista para a obtenção
do título de Mestra em Psicologia (Área de
Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientadora: Prof. Dr. Cristina Amélia Luzio

ASSIS

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

C972d Cunha, Ana Clara Magalhães
Da crise normal ao risco: produções da adolescência nos cenários da saúde mental no Brasil / Ana Clara Magalhães
Cunha. Assis, 2014
127 f.

Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista.
Orientadora: Prof. Dra. Cristina Amélia Luzio

1. Adolescência. 2. Saúde mental. 3. Reforma psiquiátrica. 4. Psicologia do desenvolvimento. 5. Psiquiatria. I. Título.

CDD 155.5
616.89

FOLHA DE APROVAÇÃO

*À memória de **Sabrina Silva Magalhães**. Luz, força e
doçura que nos iluminou, e ilumina, em nossa
empreitada de viver e brindar à vida até a última gota.*

AGRADECIMENTOS

A inspiração vem de onde?

Pergunta pra mim alguém

Respondo talvez de longe

[...]

Das entrelinhas de um livro

Da morte de um ser vivo

Das veias de um coração

Vem de um gesto preciso

Vem de um amor vem do riso

Vem por alguma razão

[...]

Vem pela transpiração

(Alzira Espíndola e Itamar Assumpção)

Com muita transpiração, e a muitas mãos, esse trabalho foi pensado, repensado, escrito, reescrito. Me arrisco a enunciar algumas gotas da minha transpiração. Minhas inspirações! Agradeço...

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** e à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)** pelos financiamentos que possibilitaram uma exclusiva dedicação a esta pesquisa e a minha formação.

À professora **Cristina Amélia Luzio**, minha orientadora, pela confiança e disposição em acompanhar esta dissertação. Agradeço não só por fazer parte deste caminho, mas também de todo o meu percurso na universidade - desde os tempos de estágio na graduação. Seu modo singular de orientar nosso exercício do pensamento fortalece a realização de nossos trabalhos de forma livre e prazerosa, preenchendo-os pelo compromisso ético e político de produção, e afirmação, da vida.

À professora **Soraia Georgina Ferreira de Paiva Cruz**, companheira de trabalho desde minhas primeiras linhas na iniciação científica. Agradeço pela paciência, pelos conselhos, pelo olhar atento, pela confiança, pela parceria - e disposição – ímpar no desafio de construir esse caminho sem peso e com poesia. Sua presença fortalece muito a mim e a esse trabalho.

À professora **Rosane Azevedo Neves da Silva** agradeço pela participação no Exame Geral de Qualificação e na Banca de Defesa com apontamentos e sugestões que enriqueceram muito esse trabalho iluminando novos caminhos e possibilidades.

À professora **Elizabeth Maria Freire de Araujo Lima** pela conversa inicial que muito me moveu para chegar até aqui e por estar sempre disponível a acompanhar esse trabalho nos bastidores.

Ao professor **Hélio Rebello Cardoso Júnior**, primeiro contato com a filosofia - ainda no início da graduação -, por indicar-nos, sempre, a importância de borrarmos as fronteiras entre os saberes em nosso exercício do pensamento.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação da Unesp/Assis, em especial, **Sueli Aparecida Franco, Marcos Francisco D'Andrea e Ricardo Francelino da Silva** por acolherem, e transformarem, nossas angústias burocráticas em suspiros aliviados.

Aos colegas do Grupo de Orientação e Pesquisa: **Daniele Duarte, Renata Moura, Catia Paranhos, Barbara Sinibaldi, Ednéia Zaniani e Raphael Sanches** pela disposição, e cuidado, em acompanhar meu trabalho, e compartilhar os seus comigo. Agradeço a companhia nas longas sextas-feiras recheadas por olhares atentos, sugestões, críticas e apontamentos que muito engrandeceram esse trabalho – e a mim.

Aos bons encontros e grandes amigos que a vida em Assis me proporcionou, e proporciona, desde a graduação. Parcerias cotidianas de dores e delícias. Às parcerias da corrida inicial de respiração ofegante à caminhada de respiração compassada: **Caio Andréo, Deborah, Pedro (Boi), Marlon (Brando), Letícia Damasco, Morinele, Luis Gustavo (Gu), Aline (Dindi), Talita (Tata), Cinthia Pimenta, Edgard André, Leandru, Francis, Enara, Daniel Barroso, Monique Manfre e João Elias Cury Júnior**. Às parcerias da reta final e do último suspiro: **Camila López, Wellington Amarante, Ligia Carvalho, Rodrigo Cracco, Marina Tonon, Roberto Andreoni (Chu), Alexandre Simão, Roberto Nascimento, Maria Rita Barcelos, Lucas Mariani, Priscila Sales, Gonzalo Montenegro**. Sem todos vocês não teria sido tão bonito e divertido!

À **Juliana Bessa**, parceira dos – quase – primeiros dias em Assis. Agradeço a presença constante acompanhada pelos pães de queijo e muita potência de vida. Por resgatarmos a beleza de Assis quando ficamos tão enjoadas dela; e por me resgatar à vida quando eu me esquecia dela durante a execução deste trabalho!

À família Viotto da Silva, uma segunda família: **Maria, Romildo e Felipe**, pela acolhida sempre carinhosa, pelo apoio e confiança. À **Dona Victa** (*in memorian*) pelo carinho de vó, quando eu não podia estar perto das minhas.

Às minhas grandes amigas, irmãs de vida, **Thais Rodella** (Tha) e **Érica Diniz** (Keka). Por acompanharem, com muito afeto, tantas idas e vindas e, principalmente, minhas longas ausências. Por me ensinarem a sentir, desde sempre, que, sim, existe amor em SP! Obrigada pela presença (e por sempre me aceitarem de volta). Afinal, basta estar do lado de dentro!

À minha madrinha **Dolores**, meu padrinho **Anésio**, meus tios **George e Cristina** pelos exemplos de força e vida. À minha prima **Marina**, por todos os nossos sonhos e sorrisos.

À **Sabrina** (*in memorian*), doce prima, que partiu antes do combinado logo no início deste trabalho. Presença que permanece em mim e me acompanha neste e nos próximos itinerários. Obrigada pela linda e leve vida que compartilhamos!

À minha **avó Tude** pelos ensinamentos, mesmo sem saber, de que a força para nadar contra a corrente vem da coragem para dar a primeira braçada. À **Polyana**, prima/madrinha querida, pela coragem da primeira braçada me mostrando que a correnteza não é tão forte quanto parece.

Aos meus grandes amores, minha família: meus irmãos, meus primeiros amigos, **George Henrique**, pelo respaldo, pela força, pelo olhar orgulhoso, pelas longas risadas, pela confiança, pela presença, e por nunca cessar de me perguntar por que eu queria ser diferente - não sei se um dia conseguirei responder, mas, espero que esses primeiros passos possam ser o esboço de uma possível resposta; e **João Víctor**, pela doçura e sensibilidade, pelos beijos molhados e abraços de tirar o fôlego, pelas infinitas aventuras desde sempre, pela confiança plena. Agradeço, aos dois, por termos construído e entendido, juntos, o sentido da parceria, do amor e da amizade! É um prazer dividir minha vida inteira com vocês! Minha mãe, **Lauzimar**, e meu pai, **Gilmar**, meus primeiros professores, a vocês me faltam palavras e me sobra emoção. Obrigada por nos ensinarem, sempre, a importância da amizade, do respeito, do cuidado, do compromisso e da honestidade; da luta por tudo o que nos move; por nos deixarem fortes para voar e confiar em nossas escolhas. Agradeço, ainda, por todos os livros, mesmo quando achavam que eu já tinha demais! A vocês, minhas primeiras palavras!

Ao **Tiago**, companheiro de todo dia. Colo do dia, da noite e da madrugada. Cores e sorrisos que fortalecem meu caminho. Parceiro de anseios, de desejos, de filosofia, de fim de tarde no sofá, de amor, de vida e de sonhos. Afinal, sonho que se sonha junto é realidade!

“Nem tudo o que escrevo resulta numa realização, resulta mais numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem em tudo eu quero pegar. Às vezes quero apenas tocar. Depois o que toco às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos”.

(Clarice Lispector, 1992)

CUNHA, ANA CLARA MAGALHÃES. **DA CRISE NORMAL AO RISCO: produções da adolescência nos cenários da saúde mental no Brasil**. 2014. 127f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

RESUMO

O objetivo desta dissertação foi problematizar as produções da adolescência como conceito e objeto, de investigação científica e intervenção social, no campo da saúde mental no Brasil. Com isso, buscamos apreender as linhas de forças que compõem o processo histórico tanto de construção da adolescência como do cenário atual de patologização e psiquiatrização do comportamento adolescente. Para tanto, (re) construímos dois grandes cenários da história da saúde mental brasileira: do século XIX a fins do século XX, e de fins do século XX até o século corrente (XXI). A realização dessa empreitada se sustentou em um *corpus* documental referente às propostas de atenção à saúde mental em voga no Brasil, quais sejam: a psiquiatria do desenvolvimento e a Atenção Psicossocial; tais documentos envolvem leis, portarias, decretos, manuais, cartilhas, relatórios e materiais de divulgação. Como inspiração teórico-metodológica nos inspiramos na proposta arqueogenealógica de Michel Foucault, uma vez que esta nos permitiu realizar uma problematização crítica do presente e da história a partir de uma análise que, sem a pretensão de afirmar essências e universalidades, se debruçou sobre os engendramentos históricos, políticos e sociais implicados nas práticas da medicina, da psicologia, da psiquiatria e da justiça, no que tangem à adolescência. Nesse sentido, este trabalho intentou menos apresentar respostas definitivas que fortalecer tanto os questionamentos acerca das práticas hegemônicas em saúde mental no Brasil como o investimento em estratégias de resistência para a afirmação de práticas de cuidado e atenção à adolescência que considere a saúde mental enquanto um processo social complexo.

Palavras Chaves: Adolescência; Arqueogenealogia; Saúde mental; Psicologia; Psiquiatria

CUNHA, ANA CLARA MAGALHÃES. **FROM NORMAL CRISIS TO RISK: the adolescence productions at the mental health's scenario in Brazil**. 2014. 127f. Dissertation (Master's Degree in Psychology). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

ABSTRACT

The aim of this dissertation was to problematize the adolescence's production as and an object of scientific investigation and social intervention at the field of mental health's in Brazil. With this we seek to seize the lines of force which compose the historical process of construction of the adolescence and of the current scenario of the pathologization and psychiatrization of adolescent's behavior. For this, we (re)construct two major scenarios of Brazilian mental health's history: from 19th century to the finals of 20th century, and from the finals of 20th century to the current century (21st). The execution of this proposal was supported in a documentation *corpus* referring to the current proposals of mental health care in Brazil, namely: Development Psychiatry and Psychosocial Attention; this documentation involves laws, ordinances, decrees, manuals, booklets, reports and divulges materials. As an theoretical-methodological reference our inspiration was the archeo-genealogy perspective of Michel Foucault, since license us to do a critical problematization of the present and the history from an analysis which, without pretensions of affirm essences and universalities, focuses on the historical, political and socials engendered involved in the productions and practices of medicine, psychology, psychiatry and justice about the adolescence. In that way, this dissertation aimed less to presents answer than fortify the questions about the hegemony practices on mental health care in Brazil, and also charges resistance's strategies to the affirmation practices of care and attention to adolescence which consider mental health as a complex social process.

Key-words: Adolescence; Archeo-genealogy; Mental Health; Psychology; Psychiatry

SUMÁRIO

Construindo o horizonte da pesquisa	12
--	-----------

PRIMEIRO CENÁRIO

Implicações históricas, políticas e sociais da construção da adolescência como conceito e objeto de investigação e intervenção	25
---	-----------

1 A construção histórica da adolescência e as práticas médico-psicológicas	26
---	-----------

1.1 Regularidades discursivas e a produção da adolescência: medicina, psiquiatria e psicologia	32
--	----

1.2 A Psicologia e a produção conceitual da adolescência enquanto crise	37
---	----

2 Itinerários das políticas e práticas em saúde pública para a adolescência no Brasil	47
--	-----------

2.1 A interface jurídico-psiquiátrica e as práticas de controle social da adolescência	48
--	----

2.1.2 Os manuais de diagnósticos psiquiátricos como estratégia de controle das condutas.....	60
--	----

2.2 O Estatuto da Criança e do Adolescente, a Reforma Psiquiátrica e a construção de um novo olhar à saúde.....	65
---	----

SEGUNDO CENÁRIO

Políticas e práticas contemporâneas em saúde mental para a adolescência: reflexões sobre a psiquiatria do desenvolvimento e a Atenção Psicossocial	72
---	-----------

3 Psiquiatria do desenvolvimento e práticas contemporâneas em saúde mental para a adolescência: prevenir é o melhor remédio?.....	74
--	-----------

3.1 Antecipação diagnóstica e domesticação do futuro em amplo alcance.....	81
--	----

4 Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial para a adolescência: resistir é o melhor remédio	94
---	-----------

4.1 Lugares da adolescência nas estratégias da Atenção Psicossocial	97
---	----

Algumas considerações para um campo ainda aberto.....	109
--	------------

Referências Bibliográficas	115
---	------------

CONSTRUINDO O HORIZONTE DA PESQUISA

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o deslocamento daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.

(Michel Foucault, 1984)

Dos noticiários aos trabalhos científicos veiculam-se, atualmente, inúmeras imagens da juventude relacionadas, em sua maioria, a problemas concernentes à saúde mental. A temática tem se tornado recorrente principalmente como justificativa para acontecimentos que envolvem comportamentos agressivos, o uso de drogas lícitas e ilícitas, gravidez e, até mesmo, acontecimentos corriqueiros como faltas à escola ou mentiras contadas aos pais. Podemos dizer que tais práticas, fortalecidas pela via do diagnóstico psiquiátrico e da prescrição de psicofármacos, se orientam, de maneira geral, em prol de uma mitigação dos comportamentos considerados socialmente inadequados, compondo o que se pode nomear como processo de medicamentação¹ e patologização da vida.

Nesse sentido, as ações se concentram na busca por tecnologias eficazes e objetivas para o controle e prevenção generalizados das condutas consideradas inadequadas com a adolescência, junto à infância, determinada como um dos principais momentos da vida em que essas práticas serão efetivadas. Isso decorre da construção histórica de uma noção de desenvolvimento humano que elege esses sujeitos a uma condição de formação subjetiva passiva com a internalização dos comportamentos e regras sociais considerados adequados ao bom funcionamento das engrenagens sociais.

¹ O termo medicamentação é trabalhado por ROSA & WINOGARD (2011) para caracterizar o fenômeno cultural atual do uso de medicamentos ao nível social, sem estar necessariamente ligado à existência de alguma doença incluindo, enquanto um fenômeno amplo, o processo de medicalização – este, caracterizado pela expansão da demanda pela ação médica sobre aspectos da vida que não são doença (p.42).

Podemos elencar, como uma derivada desse processo de categorização e, conseqüente, patologização dos comportamentos, os avanços dos Manuais de Diagnósticos e Estatísticas de Transtornos Mentais (DSM) produzidos pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) que, desde a década de 1950, efetivam uma produção infinita de categorias de diagnósticos que incorporam, cada vez mais, elementos da vida cotidiana nas listas de sinais e sintomas de transtornos mentais.

No que tange a problemática infanto-juvenil, há uma seção exclusiva no DSM destinada ao que se considera como *Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância e na adolescência* (APA, 2013). Entre as categorias apresentadas destacamos o transtorno de conduta e o transtorno desafiador de oposição caracterizados, respectivamente, por padrões de comportamento que violam os direitos individuais dos outros e as normas e regras sociais esperadas e por um padrão de comportamento desafiador, hostil e desobediente para com figuras de autoridade (Idem).

Em adendo a isso, soma-se, ainda, a tentativa de inclusão, junto à última edição do manual, o DSM V (APA, 2013), de uma nova categoria diagnóstica com possibilidade de diagnóstico na adolescência: a Síndrome de Risco para Psicose (Psychosis Risk Syndrome). Embora a inclusão dessa categoria não tenha se efetivado nesta quinta edição do Manual, ela é incluída ao final do documento, junto ao item *Conditions for further study*, que apresenta propostas de novas categorias para pesquisas empíricas a fim de concretizá-las enquanto categorias futuras para as próximas edições. Nesta seção a Síndrome de Risco para Psicose aparece, porém, sob outra nomenclatura: *Attenuated Psychosis Syndrome* (Síndrome da Psicose Atenuada) (OLIVEIRA, S. M, 2012).

Apesar de estar localizada em uma seção que indica a necessidade de mais pesquisas, a categoria de Síndrome de Risco para Psicose já é muito bem caracterizada em relação aos sintomas e suas frequências de aparição, às co-morbidades, ao diagnóstico diferencial e, principalmente, à sua prevalência e desenvolvimento:

o início do desenvolvimento da Síndrome da Psicose Atenuada está normalmente na adolescência tardia ou no início da idade adulta. Ela pode ser precedida por desenvolvimento normal ou por evidência de déficits

cognitivos, sintomas negativos e/ou desenvolvimento social deficitário (APA, 2013, p. 785, tradução livre)².

Com essa proposta, baseada na ideia de que quanto mais cedo o tratamento melhor a possibilidade do diagnóstico, as novas roupagens da psiquiatria clássica investem nas práticas preventivas e elegem como alvo dessa nova categoria o adolescente, com o intuito de amenizar os danos decorrentes de uma possível psicose (BEZERRA JR., 2012). Apesar das intenções de “prognósticos positivos”, o que vemos, contudo, são os avanços da prática psiquiátrica clássica, que se ocupa menos dos sujeitos e mais da classificação das doenças e determinação de seu desenvolvimento ou prevenção. O investimento na detecção de riscos fortalece, assim, as práticas preventivas e culmina, justamente, num processo de patologização do comportamento cotidiano de maneira cada vez mais sofisticada, uma vez que o objetivo é evitar a emergência do sofrimento.

Nesse cenário, podemos dizer que a organização da problemática da saúde mental adolescente se fez, historicamente, a partir de um paradoxo que a localiza em um lugar social marcado pela exclusão e estigmatização a partir daquilo que é considerado como a própria essência de seu processo subjetivo: a crise e o comportamento rebelde e turbulento decorrente dela. Isso porque o que se apresenta como características do que se considera a adolescência normal é também delimitado como sintoma das categorias diagnósticas apresentadas nos Manuais da APA. Uma vez utilizados os mesmos critérios para definição de distintas condições, qual o limiar entre os desvios ditos desejáveis e indesejáveis?

Essa difusão de diagnósticos é alarmante, pois torna cada vez mais imprecisas as fronteiras entre o normal e o patológico orientadas “[...] menos por uma inclusão pela norma dos casos abjetos e mais pela extensão do que é patológico” (OLIVEIRA, S. M., 2012, p.3). Um movimento de captura dos mínimos desvios de comportamento que consolida propostas de políticas e práticas de atenção à saúde que produzem estigmas e exclusões em detrimento da promoção da saúde e da garantia dos direitos.

Vemos, pois, desenhar-se uma lógica de atuação que constrói protótipos diagnósticos que se espalham, também, como identidades globais e que reduzem problemáticas sociais – como, por exemplo, violência, criminalidade, evasão escolar - às dimensões biológicas dos sujeitos. Isso decorre de uma prática histórica de produção da adolescência a partir de um

² “Onset of attenuated psychosis syndrome is usually in mid-to-late adolescence or early adulthood. It may be preceded by normal development or evidence for impaired cognition, negative symptoms, and/or impaired social development” (APA, 2013, p. 785).

paradigma que a considera com desconfiança e hostilidade, como um problema a ser tratado, paradigma que reflete em todas as práticas sociais e que não é diferente nas práticas hegemônicas em saúde mental (LUZ, 2007). Cabe-nos interrogar, como se constrói esse paradigma, a que demandas responde e qual nosso lugar nesse processo.

“Mas por que adolescência? Corajosa, hein?” ou De onde produzo e por que produzo

A hegemonia dos olhares e discursos negativos em torno da adolescência não se restringe apenas aos serviços em que é alvo de intervenção – sejam de saúde, assistência social, educação, etc. -, mas se espalham por todo o campo social. Deparei-me com esse cenário ante aos meus próprios pares – psicólogos, professores, pesquisadores, colegas de curso – em momentos de conversas e trocas sobre minhas escolhas para atuação e pesquisa. Ao discorrer acerca de meus temas de pesquisa, a adolescência é o que causa surpresa e estranheza, sempre acompanhada por enunciados como “Nossa, adolescência, que coragem!”, “Adolescência? É difícil, né? Ninguém gosta de pesquisar”. Ou, ainda, “Adolescência e saúde mental? Ihh!”.

Nesse contexto, retomar o compromisso ético e político que envolve a empreitada de uma escrita, de uma pesquisa comprometida com a produção menos de resposta que de interrogações, se inicia, justamente, com a interrogação a nós mesmos, aos campos, encontros e elementos que nos atravessam, compondo, assim, nossos caminhos e nossas escolhas. A pesquisa é, assim, ao mesmo tempo uma possibilidade de resistência e de produção de si. Assim, o olhar atento que despendo sobre essa construção da adolescência, da saúde mental, das práticas de atenção e cuidado não se faz neutro, tampouco descompromissado.

Não há, contudo, como identificar origens da produção de si - “o momento exato dos acontecimentos”. Posso indicar pistas, encontros, memórias turvas que reconhecemos como atravessamentos importantes para produção e transformação de si no itinerário do trabalho como pesquisadora. Assim, também não é possível afirmar um lugar neutro, distante do campo de trabalho, composto apenas pela busca da confirmação dos objetivos apresentados. Pelo contrário, há uma produção simultânea do campo de trabalho, de si e daqueles envolvidos.

Podemos afirmar, com isso, um papel para o intelectual distante do que se consagrou com as práticas da ciência normal (KHUN, 1975), nas quais o pesquisador assume uma

prática neutra atenta à comprovação de fatos previamente determinados ou a questões que, já se sabe previamente, podem ser resolvidas. Nesse modo de ação, toda e qualquer problemática que não seja redutível à formulação do paradigma de referência é afastada dessa comunidade científica – o que ocorre, principalmente, com as questões de ordem social que não podem ser enunciadas nos termos compatíveis com os instrumentos e conceitos proporcionados pelo paradigma adotado (KHUN, 1975).

A figura do intelectual a que recorro e busco afirmar se distancia, justamente, dessa proposta e se aproxima, por outro lado, de uma ética e uma política que caminham no sentido de um outro regime de produção intelectual que se organiza em torno de uma prática que, em seu domínio de competência, faz com que as pessoas apreendam o que está acontecendo (FOUCAULT, 2011).

Esse processo não se opera, contudo, de maneira soberana, uma vez que não há princípio de neutralidade. Portanto, o intelectual não escapa aos sistemas de poder e de saber em que está inserido e, consciente disso, assume justamente a luta contra essas formas de poder, soberanas e hegemônicas,

produzindo assim efeitos da transversalidade e não mais de universalidade, funcionando como permutador ou ponto de cruzamento privilegiado. Nesse sentido, o intelectual e mesmo o escritor podem (é apenas uma potencialidade) participar mais das lutas, das resistências atuais, porque essas se tornaram “transversais” (DELEUZE, 2005, p. 98).

Compondo e buscando esse posicionamento transversal ao longo de minha formação tive diferentes experiências de trabalho com adolescência e juventude em pesquisa científica, projetos de extensão e estágios profissionalizantes.

A primeira experiência ocorreu no primeiro ano da graduação com um Projeto Interdisciplinar de Iniciação Científica que objetivava apresentar aos alunos um primeiro contato com a prática em pesquisa científica. Nesse momento desenvolvi, junto a um grupo de colegas, um projeto de iniciação científica intitulada *A percepção de adolescentes em conflito com a lei sobre medidas sócio-educativas cumpridas no projeto “Jovens em Ação”* em que o público de trabalho era composto por adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas.

Em seguida, com a participação no Projeto de Extensão *A universidade nos programas sociais do município de Assis*, realizei um trabalho com oficinas e grupos de discussão com os adolescentes atendidos pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). No mesmo campo, realizamos uma pesquisa intitulada *Redes de atenção às crianças e adolescentes em vulnerabilidade social na cidade de Assis: uma perspectiva da Assistência Social*, como parte do Estágio Básico – atividade curricular organizada para inserir os alunos no campo da pesquisa científica. Nesta pesquisa, operamos um levantamento da rede das políticas públicas de assistência social e da rede de serviços para a infância e adolescência que existia na cidade de Assis e que atuavam em prol da afirmação dessas políticas.

Até esse momento as atividades que desenvolvi se concentravam na problemática da adolescência e juventude com pouca aproximação do tema da saúde mental e da Atenção Psicossocial. Foi no momento dos estágios profissionalizantes que encontrei essas duas questões e comecei a me interrogar a respeito de suas aproximações.

Com os estágios profissionalizantes continuei no campo da adolescência e o trabalho com oficinas e grupos de discussão e iniciei em um novo contexto adentrando ao campo da Atenção Psicossocial em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). Nessas duas experiências algumas questões me pareciam constantes, as principais foram:

1 – nas instituições que trabalhei com a adolescência: a naturalização das relações entre adolescência e mau comportamento (rebeldia, posturas de contestação, agressividades, desinteresse). As falas dos profissionais indicam esse caminho, mas o que vi na experiência direta com os adolescentes era que eles eram sujeitos ao mesmo tempo ativos e inseguros, sedentos por espaços para diálogos e olhares que caminhassem em direção oposta aos pré-conceitos em torno do desinteresse e da rebeldia como marcas da adolescência.

2 – no CAPS: acompanhando os prontuários e as falas de usuários, os momentos da primeira internação eram concernentes justamente ao período em que eram adolescentes/jovens, muitas vezes relacionadas ao que era considerado mau comportamento. Problemática que vemos crescer na contemporaneidade.

Conseguí desenvolver alguns pontos relacionados à primeira interrogação em pesquisa de iniciação científica intitulada *Desvelando a concepção de adolescência, por uma nova intensidade juvenil: juventude, multiplicidade e devir*³ com o objetivo de problematizar o

³ Pesquisa de Iniciação Científica desenvolvida no ano de 2011 com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processo 2011/07075-0).

conceito de adolescência enquanto uma construção histórica e desnaturalizar as relações imediatas entre adolescência e rebeldia marcadas pela negatividade. No percurso dessa pesquisa, percebi acentuadamente os atravessamentos do discurso psiquiátrico e de questões relacionadas à saúde mental nas discussões a respeito dos processos de subjetivação da adolescência; compus com essas questões o campo que concerne à segunda interrogação apresentada acima.

Ante a tantos encontros, coube, e cabe, a mim, interrogar: que discursos incorporam historicamente no desenvolvimento adolescente o elemento patológico? Quem é esse adolescente e essa adolescência? De que maneiras esse processo ocorre e quais as implicações dessa regularidade discursiva na organização histórica das políticas de saúde brasileiras destinadas a essa população? É possível construir outros cenários?

A essas, segue uma outra interrogação: Como operar essas interrogações sem cair na reprodução dos discursos e práticas já naturalizados? Sem delimitar uma maneira única de pensar esse processo?

Arqueogenealogia como ferramenta de pesquisa no campo da Atenção Psicossocial

Para efetivar essa empreitada nos aproximamos, então, da proposta de Foucault e Deleuze (FOUCAULT, 2011a) com a localização da teoria como caixa de ferramentas completamente atrelada ao lugar político do pesquisador e do caminho construído ao longo do campo de trabalho.

Ao considerarmos que a proposta apresentada por esses filósofos funciona como uma caixa de ferramentas podemos pensar as melhores maneiras de utilizar tal proposta teórico-filosófica em nosso campo de trabalho. Ante a isso, inspiradas em Foucault, optamos por trabalhar a perspectiva da arqueo-genealogia⁴ como orientadora de nossa pesquisa, a fim de problematizar as práticas discursivas e não discursivas que envolvem os saberes da psiquiatria e da psicologia no processo histórico de construção da adolescência atrelada às noções de

⁴ Cabe aqui destacar que não apresentamos a arqueo-genealogia como um conceito – mesmo porque isso seria um paradoxo ante a problematização a respeito da sistematização do trabalho de Foucault -, mas sim como uma perspectiva de trabalho que nos permite articular as produções, formações e práticas discursivas e não discursivas que envolvem nosso campo de trabalho. Apresentamos, assim, a arqueo-genealogia como uma articulação teórico-metodológica em interlocução com alguns estudiosos do pensamento de Foucault que auxiliam nossa discussão e a construção de nossa apreensão (ARAÚJO, 2001; 2007) (PAIVA, 2000) (ZAMBENEDETTI & SILVA, 2011) (LEMONS & CARDOSO JR, 2009).

crise e risco, desnaturalizar os consequentes processos de patologização dessas subjetividades e, assim, alcançar e compor as propostas e ações de ruptura organizadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e pelo paradigma da Atenção Psicossocial.

Ainda que não possamos definir um itinerário técnico para o trabalho com a arqueologia e a genealogia, pois estaríamos em contradição com a própria proposta teórico-filosófica de Foucault, há um compromisso ético e político que permeia e orienta essa perspectiva de trabalho. Tal compromisso se constitui, justamente, por um olhar e escuta cuidadosos à história e aos acontecimentos que consolidam as práticas – discursivas e não discursivas –, que busquem se distanciar das filosofias transcendentais e das produções de novos regimes de verdades. Falamos, então, de verdades produzidas e legitimadas em determinado campo discursivo, em determinada época.

Dessa maneira, a pesquisa arqueo-genealógica rompe com a noção de história contínua e linear, permitindo-nos operar com a multiplicidade de acontecimentos dispersos na problematização das práticas de poder, de subjetivação e discursivas, além da relação entre as formações de um discurso e certo conjunto de acontecimentos. Orientamos, então, nossas análises destacando a articulação entre saber e poder; a interdependência e complementaridade entre essas duas noções. Como organizamos, então, um trabalho arqueo-genealógico?⁵

A arqueologia é descrita por Foucault, em suas especificidades, em *L'archéologie du savoir*⁶ (1969), como uma experiência crítica das configurações do saber, daquilo que tornou possível que algo fosse dito em determinado campo discursivo, bem como as ideias e teorias que surgem desse espaço. Nas palavras do filósofo,

(...) esse termo [arqueologia] não incita à busca de nenhum começo; não associa a análise de nenhuma exploração ou sondagem geológica. Ele designa o termo geral de uma descrição que interroga o já dito no nível de sua existência; da função enunciativa que nele exerce, da formação discursiva a que pertence, do sistema geral de arquivo de que faz parte (FOUCAULT, 2013, p.161).

⁵ A título de elucidação, explanaremos a arqueologia e a genealogia separadamente para que possamos destacar as especificidades de cada uma, bem como identificar os elementos de articulação entre elas. Contudo, destacamos, novamente, a complementaridade das duas propostas enquanto uma ferramenta teórico-metodológica.

⁶ **A arqueologia do saber**. Trad: Luiz Felipe Baeta Neves, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

No caminhar em direção à produção de uma outra história, o documento e o trabalho documental também aparecem como importantes elementos de problematização. O documento passa a ter um lugar diferente: já não é mais matéria inerte, cuja interpretação possibilitaria uma reconstrução do “verdadeiro passado”, de uma memória coletiva e da explicação de grandes períodos históricos – monumentos transformados em documentos. Trata-se, agora, de uma inversão: “monumentalizar os documentos”, trabalhá-los em seu interior estabelecendo séries, unidades e relações multiplicando as rupturas. Em suma,

[...] a história, em sua forma tradicional se dispunha a ‘memorizar’ os *monumentos* do passado, transformá-los em *documentos* e fazer falarem esses rastros que, por si mesmos, raramente são verbais, ou que dizem em silêncio coisa diversa do que dizem: em nossos dias, a história é o que transforma os *documentos* em *monumentos* e que desdobra, onde se decifravam rastros deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade o que tinha sido uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjuntos (FOUCAULT, 2013, p.8, grifos do autor).

O arqueólogo se ocupa, assim, da descrição e análise das discursividades para encontrar a partir de quais conhecimentos e teorias os campos de saber se tornaram possíveis e em qual espaço de ordem se constituíram como tal - uma maneira de interrogar os fatos em um nível mais profundo e renunciar à função de garantir uma infinita continuidade ao discurso, de remetê-lo a uma longínqua origem – ou presença da origem -, para tratá-lo, agora, no próprio jogo de sua instância (FOUCAULT, 1996, 2013).

O trabalho descritivo se constituiu, assim, como possibilidade para estabelecer outras relações, que não as já determinadas e condicionadas, entre os fatos e os acontecimentos enunciativos. A partir daí, o discurso passa a ser considerado não mais como somente um conjunto de signos ou como um estado final da produção de saber, mas sim enquanto prática discursiva, que forma os objetos dos quais fala.

A descrição arqueológica pode ser caracterizada, então, como uma atividade de reescrita da história no plural, sem pretensão de tornar-se universal que percorre o eixo prática discursiva → saber → ciência, considerando o campo discursivo científico exatamente em sua existência histórica.

[...] gostaria de mostrar que os “discursos”, tais como podemos ouvi-los, tais como podemos lê-los sob a forma de texto, não são, como se poderia esperar, um puro e simples entrecruzamento de coisas e palavras: trama obscura das coisas, cadeia manifesta, visível e colorida das palavras; [...] Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2013, p. 59-60, grifos do autor).

Debruçar-se sobre a história e a existência histórica dos saberes, possibilita, assim, o aparecimento das relações entre os domínios discursivos e não discursivos no campo da produção dos objetos de saber. Tentar determinar como as regras de formação dos discursos podem estar articuladas aos sistemas não discursivos e quais as especificidades dessas possibilidades de articulação. É sobre esse “algo a mais” das produções discursivas que a genealogia se debruça.

Se a arqueologia interroga “Como?” foi possível a emergência de um enunciado, de um campo de produção de saberes, a genealogia interroga “Por quê?” uma prática discursiva foi possível em determinado momento histórico.

A genealogia exige, portanto, uma minúcia dos saberes para que possa, então, desdobrar-se no trabalho com os acontecimentos e elementos que configuram práticas não discursivas, bem como a introdução da questão do poder como instrumento para uma análise potente para pensar as relações de saber (MACHADO, 2011). Investe, pois, tal como a descrição arqueológica, no trabalho com uma história avessa às origens e às afirmações de essências e universalidades: uma história das transformações.

A atividade genealógica reforça, assim, a operação dos cortes das relações deterministas empregadas entre as palavras e as coisas. Opera com a busca por descontinuidades, com o deslocamento do lugar de imutabilidade das verdades e suas relações com o poder; “(...) é exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso considerado científico que a genealogia deve travar o combate” (FOUCAULT, 1999, p.14). Mais que conhecer o passado, a genealogia nos permite, então, conhecer o presente, operar uma história do presente a partir de um deslocamento do plano das formas para o plano das forças.

Nessa composição, “a arqueologia seria o método próprio das análises das discursividades locais e a genealogia seria a tática que, a partir das discursividades locais

assim descritas, colocam os saberes em jogo, liberados da sujeição que surgem delas” (FOUCAULT, 1993, p. 17).

A possibilidade desse trabalho crítico com a história e com as discursividades ultrapassa a dimensão linguística e nos possibilita acompanhar e desnaturalizar o processo histórico composto por um conjunto de elementos que articulam e localizam a experiência da adolescência sob o crivo do saber psiquiátrico. A arqueo-genealogia permite nos debruçarmos, exatamente, sobre a investigação desse processo histórico de organização da psiquiatria e do discurso psiquiátrico e seus efeitos sobre os processos de constituição dos sujeitos.

Nesse sentido, nosso trabalho se aproxima à dimensão epistemológica, ou teórico-conceitual, que é caracterizada como “o conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico” (AMARANTE, 2007, p. 1). Desse modo, a problematização das relações entre ciência e poder tornam-se fundamentais para o trabalho com a revisão de conceitos e da produção de verdades universais que perpetuaram a loucura sob as noções de periculosidade, alienação, anormalidade e exclusão.

Nosso trabalho de cunho epistemológico se faz, ainda, necessário, quando encontramos nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental destaque para o processo de problematização dos saberes hegemônicos vigentes. Como exemplo, o texto do relatório da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada ao final da década de 1980, que indica a imprescindibilidade de uma “revisão dos pressupostos das práticas preventivas e educativas em saúde mental, no sentido de se impedir a disseminação de práticas de controle social pela impregnação ideológica do saber” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, p. 19).

O compromisso ético-político imanente a proposta arqueo-genealógica, possibilita, assim, não só deslocar as naturalizações conceituais sustentadas por discursos médico-psiquiátricos específicos, mas, principalmente, deslocar a concepção de sujeito fundada sob ideais de normalidade, pensar o sujeito como efeito de práticas discursivas e não discursivas e que deve ser considerado sempre em termos dessa multiplicidade, e, ainda, problematizar o lugar de cada um – enquanto pesquisador, profissional da saúde e/ou sociedade civil -, nesse processo social complexo.

Nesse contexto, consideramos a problematização teórico-conceitual e o trabalho com o aparato documental importantes instrumentos de problematização das verdades absolutas, dos discursos hegemônicos e dos estigmas e preconceitos que compõem o imaginário social. E, com isso, poderemos construir e fortalecer possibilidades de rupturas que alcancem as práticas e concepções sociais a respeito dos processos de subjetivação, do sofrimento psíquico, das políticas públicas de saúde mental e das estratégias de cuidado.

A perspectiva arqueo-genealógica, enquanto dimensão epistemológica da Atenção Psicossocial se constitui, pois, como um processo importante ao optarmos por trabalhar com a análise das produções e formações discursivas e não discursivas que envolvem o campo da saúde mental juvenil. Isso porque as estratégias da atenção psicossocial a essa população se encontram, atualmente, em momento de construção, o que indica a necessidade de pensarmos como esse campo foi articulado até então.

Quais os diagramas de saber e poder atravessavam a problemática da saúde mental adolescente, que, até meados do século XXI não era abarcada, oficialmente, pelas políticas de saúde? Essa lacuna possibilitou a consolidação de um discurso específico, de uma produção científica específica? Como escapar, produzir rupturas, em relação a essas homogeneidades discursivas?

Nesse contexto entendemos, então, que o trabalho teórico-conceitual é oportuno uma vez que nos permite problematizar: o conjunto das práticas discursivas que produziram e instituíram a adolescência no limiar do normal e do patológico; os diagramas de relações de poder que engendram naturalizações a respeito do comportamento e o desenvolvimento humano; os reflexos desse processo na elaboração das políticas públicas de saúde mental.

Como destaca Vera Portocarrero, essa proposta filosófica crítica se faz importante na medida em que

[...] exige um esforço permanente do pensamento para escapar de si mesmo e a tentativa de mostrar que as pessoas são muito mais livres do que pensam [...]; torna visíveis as falsas necessidades tanto das práticas quanto de temas considerados evidentes e verdadeiros e que foram fabricados, permitindo, assim, criticar e destruir sua pretensa evidência. Do ponto de vista político, esse quadro mostra-se relevante, na medida em que possibilita responder à questão quem somos nós no presente e como nos tornamos quem somos, de modo a provocar novas formas de pensar sobre nós mesmos e sobre o mundo (PORTOCARRERO, 2009, p. 144).

Debruçarmo-nos, então, sobre os discursos da psiquiatria biológica, da psicologia e da Atenção Psicossocial se constitui como possibilidade para compreender as implicações históricas das relações entre saber, poder, discursos e práticas sociais nos processos de medicalização e patologização da adolescência, bem como, para a consolidação de mudanças nas mentalidades, nas concepções, práticas e relações sociais, favorecendo o fortalecimento das estratégias e dispositivos da Atenção Psicossocial.

Seguindo esse caminho, investimos nessa pesquisa de Mestrado com o objetivo de avançar na colocação problemas e questões ao campo de saberes e práticas que envolvem as concepções, intervenções e olhares aos processos de subjetivação da adolescência, com o compromisso ético e político de produção de rupturas e transformações que alcancem o pensamento e ações de todos.

Nesse sentido, nosso trabalho tem como escopo a problematização dos processos de produção da adolescência, como objeto de investigação e intervenção, nos cenários das políticas e práticas em saúde mental no Brasil.

Para tanto, organizamos esta dissertação em duas partes a fim de contemplar os cenários que encontramos e que compõem a produção da adolescência no âmbito da saúde mental brasileira. No primeiro cenário, composto pelos capítulos um e dois, problematizamos a construção histórica da adolescência, em nossa sociedade ocidental, como conceito e objeto das práticas e políticas sociais no Brasil do século XX com destaque às produções médicas, psicológicas, psiquiátricas e jurídicas, bem como o cenário de atenção à saúde que deriva desse processo. No segundo cenário, composto pelos capítulos três e quatro, operamos uma discussão acerca das práticas contemporâneas em saúde mental para a adolescência, destacando duas concepções distintas de atenção e cuidado: a psiquiatria do desenvolvimento e a Atenção Psicossocial, a fim de problematizar os novos arranjos da psiquiatria e as possibilidades de resistência que a Atenção Psicossocial nos permite construir.

Por fim, apresentamos algumas considerações que configuram-se menos como final e mais como pontos de partida para a problematização das políticas e práticas de atenção e cuidado em saúde mental infanto-juvenil, como possibilidade para potencializar ações que escapem ao processo de patologização generalizada da vida cotidiana e investir em ações ético-políticas que, ao dar passagem aos processos de singularização existencial, escapem às capturas e imposições dos discursos hegemônicos e acarretem mutações no campo social para além do discurso.

PRIMEIRO CENÁRIO

IMPLICAÇÕES HISTÓRICAS, POLÍTICAS E SOCIAIS DA CONSTRUÇÃO DA ADOLESCÊNCIA COMO CONCEITO E OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E INTERVENÇÃO

A organização das práticas e políticas sociais voltadas aos adolescentes é, comumente, envolta por uma compreensão da adolescência que não se debruça aos elementos históricos, políticos e sociais que a compõem enquanto conceito e objeto – de investigação e intervenção. A compreensão da adolescência como um momento, impreterivelmente, de crise, reflete, pois, (n)um amplo processo de padronização e naturalização do desenvolvimento e dos comportamentos humanos.

Ante a tal conjuntura, o primeiro nó que buscamos desatar, em nossas linhas de problematização acerca do lugar da adolescência no campo da saúde mental brasileira é, portanto, o da construção histórica da adolescência em nossa sociedade ocidental. Para tanto, percorremos um itinerário envolto pelas relações de saber e poder que compõem o cenário da organização política e social, do Ocidente, e do Brasil - principalmente a partir do século XX.

Essa retomada histórica é importante pois nos permite margear as relações estabelecidas entre as práticas e formações discursivas e os acontecimentos históricos, políticos e sociais e, com isso, iniciar interrogações acerca dos modos pelos quais uma concepção naturalizada de adolescência tem sustentado ações – hegemônicas - em saúde mental que corroboram para um processo de patologização dos adolescentes e seus processos subjetivos.

1

A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ADOLESCÊNCIA E AS PRÁTICAS MÉDICO-PSICOLÓGICAS

“[...] é preciso desviar os olhos dos objetos naturais para perceber uma certa prática, muito bem datada, que os objetivou sob um aspecto datado como ela; pois é por isso que existe o que chamei [...] usando uma expressão popular, de "parte oculta do iceberg": porque esquecemos a prática para não mais ver senão os objetos que a reificam a nossos olhos.”

(Paul Veyne)

O percurso histórico da emergência da adolescência como objeto de investigação e, posteriormente, como conceito sustentado pela ideia de crise natural, é marcado pela composição de forças e linhas de saber e poder, como por exemplo: saberes médicos, psicológicos, psiquiátricos, jurídicos e poder disciplinar, poder sobre a vida, poder econômico. Levando em conta que as linhas que atravessam a problemática da adolescência não são passíveis de reduções e universalizações, podemos localizar a atual representação da adolescência – em suas determinações conceituais e limites cronológicos – enquanto uma construção histórica situada a partir dos movimentos de reorganização política, econômica e social que, engendrados pela expansão do capitalismo, marcaram o século XIX.

As transformações no bojo desse processo envolvem não só o campo da política e da economia, mas também as concepções a respeito do homem e de sua existência. Com os olhares centrados na consolidação do novo sistema, cresce o interesse pelos indivíduos e as possibilidades de melhor conhecê-los e lapidá-los em consonância às novas demandas sociais materializadas nas noções de ordem e progresso. Instaura-se, pois, um modo, também, de produção de individualidades e subjetividades pautada nos preceitos dessa sociedade desenvolvimentista.

Novas demandas instauram novas necessidades. Com a vida do ser humano elevada a cerne nos processos sociais é preciso uma nova economia do poder para a gestão da vida em suas vicissitudes – o biopoder - poder que organiza, gerencia e investe produtivamente na vida humana.

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos (FOUCAULT, 2012, p. 153).

Esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVIII em duas dimensões: a primeira é a disciplina, com a tomada do poder sobre o corpo em um eixo individualizante, corpo-máquina; a segunda, a biopolítica, com a tomada do poder sobre o corpo em um eixo totalizante, massificante, corpo-espécie:

A disciplina se configura como uma técnica, uma tática de poder em relação às multiplicidades humanas, e vai incidir e atuar amplamente nas diferentes esferas da vida humana. Com o objetivo de impor uma forma de controle social sobre os corpos busca forjar um corpo dócil que possa ser moldado e aperfeiçoado e útil para a produção e manutenção do presente e do futuro da nação; organiza-se uma política de controle e eficácia sobre o corpo humano em suas minúcias.

Enquanto tecnologia de poder, a disciplina é composta por um conjunto de instrumentos que abrangem suas funções fundamentais, são eles: vigilância hierárquica – com a função de inserir o controle dos corpos sobre a ótica do poder, conduzindo-os a um regime de visibilidade constante a fim de induzir sutilmente os efeitos de poder -; sanção normalizadora – que age sobre o comportamento dos indivíduos a partir de um regime de micro penalidades, mecanismo penal dos sistemas disciplinares, dirigidas a tudo aquilo que estiver inadequado às regras, inclusive pequenos desvios. Partindo, então, de uma premissa de homogeneidade, todo comportamento será situado entre os pólos do bem e do mal estabelecendo uma norma de conformidade que fortalece o processo de objetivação dos indivíduos (FOUCAULT, 1991).

A composição desses dois processos culmina na técnica central do poder disciplinar, o exame - instrumento que vai garantir a regularidade da nova organização social. A partir desse instrumento, poder e saber são reunidos numa só técnica em um ritual que vai situar a

individualidade em um campo documentário, no campo da escrita. Com a produção de arquivos e dossiês acerca das minúcias dos corpos e suas rotinas formam-se códigos da individualidade disciplinar que marcam a homogeneidade dos corpos e transformam os indivíduos em casos a serem trabalhados, descritos, analisados, comparados e, também, treinados, normalizados, categorizados. O exame é o centro dos processos constantes de objetivação e sujeição do indivíduo como efeito e objeto de poder e de saber (FOUCAULT, 1991).

Assim, a individualidade passa a ser o status de cada um nessa modalidade de exercício de poder e, no processo de disciplinarização da sociedade, adquire lugar central como objeto de dominação e meio de controle objetivando

[...] produzir uma individualidade que corresponda às expectativas de uma acumulação e uma gestão útil dos homens; produzir o indivíduo comum, de todos os dias e de todos os lugares, e não o indivíduo singularizado por atos e datas especiais; produzir um indivíduo que permite a extração de algo de todas as suas atividades e de seus momentos; produzir, enfim, indivíduos dóceis e úteis (FONSECA, 1995, p. 75).

A produção dessa individualidade moderna será composta, pois, por quatro características: celular, orgânica, genética e combinatória. Individualidade celular é que vai definir o indivíduo vinculado a posições e lugares precisamente determinados que garantem sua individualidade em meio ao coletivo homogêneo permitindo a máxima codificação das atividades. Pelo processo de codificação, o indivíduo é inserido em um mecanismo produtivo que exigirá dele um caráter de funcionalidade, por isso individualidade orgânica, que produz um indivíduo para ser ativo dentro do funcionamento geral da produção e acompanhado em seu rendimento. No caminho para uma maior rentabilidade o indivíduo adentra a dimensão genética da individualidade, que é o que vai permitir a acumulação e o armazenamento das durações temporais das atividades, produzindo uma memória no/do corpo exercitado. Por fim, dentro desse plano de composição de forças o indivíduo deve ser considerado como parte de um conjunto de elementos da estratégia da disciplina, por isso a individualidade é também combinatória uma vez que adquire sentido como um meio para a realização de uma finalidade (FOUCAULT, 1991).

Desse modo, a partir dessa discussão inicial, podemos identificar nos processos disciplinares uma concepção do tempo marcada pela linearidade, com momentos que se

integram uns aos outros orientados a um ponto final e estável. Em suma, um tempo evolutivo vinculado aos preceitos desenvolvimentistas do modelo de organização social vigente: evolução em termo de progresso.

[...] Progresso das sociedades, gênese dos indivíduos, essas duas grandes descobertas do século XVIII, são talvez correlatas das novas técnicas de poder e, mais precisamente, de uma nova maneira de gerir o tempo e torná-lo útil, por recorte segmentar, por seriação, por síntese e totalização. Uma macro e uma microfísica do poder permitiriam, não certamente a invenção da história [...], mas a integração de uma dimensão temporal, unitária, cumulativa no exercício dos controles e na prática das dominações [...] (FOUCAULT, 1991, p. 145).

No movimento de continuidade das dinâmicas evolutivas, o processo de constituição do indivíduo será conduzido a um estado final que perpetua a caracterização das individualidades em um regime normativo de funcionalidade, o que se chamou de sociedade de normalização, uma vez que o controle dos indivíduos se efetua a partir da criação de padrões de comportamento social onde o fundamental é a norma.

Os agentes responsáveis por essas determinações de comportamentos são destacados por Foucault (1991; 1999) como legais e normativos: a lei - que opera por meio de um poder essencialmente punitivo define um espaço de liberdade, traça limites; a norma - que tem uma compreensão junto à noção de dispositivo, age no espaço vazio deixado pela lei na regulação dos indivíduos e torna-se referência para valores de justiça, de moral, de trabalho, etc.

Podemos dizer que a norma emerge, pois, como um conceito moderno, que está atrelado, principalmente, às produções discursivas da medicina e da fisiologia – saberes que designarão as regras de um jogo de oposições entre o normal e o anormal, tal como destacado por François Ewald (2000),

[...] no princípio do século XIX irá dar-se uma singular alteração nas relações entre regra e norma. Norma já não será um outro nome para regra, antes vai designar ao mesmo tempo um certo tipo de regras, uma maneira de as produzir e, sobretudo, um princípio de valorização [...], a norma toma agora o seu valor de jogo das oposições entre o normal e o anormal ou entre o normal e o patológico (p. 79).

As disciplinas - como mecanismo para toda a produção social útil - são o primeiro conjunto de práticas da norma; “[...] a norma é precisamente aquilo pela qual e mediante a qual a sociedade comunica consigo própria a partir do momento em que se torna disciplinar [...]” (EWALD, 2000, p. 83). Definem-se, assim, hábitos humanos que se convertem em normas coletivas de vida – uma alta gama de produção de saberes que produzirá o homem médio⁷ (da média), o modelo de homem calcado na figura tradicional do homem-branco-heterossexual-adulto. O uso das tecnologias disciplinares com base na norma configura-se, então, como um importante recurso para a ordenação das multiplicidades humanas; uma referência nos processos de objetivação dos indivíduos (MORAES & NASCIMENTO, 2002).

O investimento nessa produção não se restringe, contudo, aos elementos individuais, ao corpo enquanto organismo físico. A dispersão dessa produção e o controle no cotidiano elementar da existência do homem trazem à luz a própria vida e os fenômenos e acontecimentos que a compõe, um misto de disciplina e controle dos corpos e da vida.

Essa entrada dos fenômenos próprios à vida na ordem do saber e do poder é o que vai caracterizar, então, as estratégias da tecnologia biopolítica. Aplicadas à multiplicidade dos homens, na medida em que formam uma massa global, atuam em complemento às técnicas disciplinares a fim de organizar, aperfeiçoar, maximizar e extrair as forças que a vida pode gerar, alocando-as a favor da preservação e da continuidade da organização social. Entra em cena, portanto, o “problema da vida” da população, e, com isso, diversas instituições e disciplinas científicas emergem a fim de regular, controlar e prescrever empreendimentos de vida à população.

Sendo a vida, agora, objeto de preocupação do Estado, quais os processos que a compõem e que a tecnologia biopolítica almeja alcançar? Os primeiros objetos de saber e alvos de controle da biopolítica foram os processos biológicos globais que apresentavam implicação direta nas questões políticas e econômicas, quais sejam: processos de natalidade, mortalidade e longevidade. O mapeamento desses fenômenos desencadeia, pois, a estatização do biológico e, com isso, o desenvolvimento de estratégias e mecanismos de capilarização da intervenção do Estado junto à população – que se torna, a um só tempo, problema científico e problema político (FOUCAULT, 1999; 2012).

⁷ Adolphe Quételet, o primeiro a utilizar a curva normal não apenas como uma lei de erros, apresentou em 1835, na obra *Sur l'homme et le développement de ses facultés, essai d'une physique sociale*, a concepção de homem médio como o valor central para as medidas das características humanas agrupadas de acordo com a curva normal. O conceito é apresentado reduzindo a noção de média como “sinal incontestável da existência de uma regularidade” (CANGUILHEM, 2002, p. 124).

Em prol da ordem, do progresso e do controle, investe-se na busca, e acumulação, do máximo conhecimento possível a respeito do homem, da população e seus processos de desenvolvimento. Isso se torna possível a partir de estratégias de segmentação da existência humana que, construídas ao longo do século XIX, visam o cerceamento dos corpos e possibilitam uma produção mais específica dos discursos científicos e da produção de dossiês e exames acerca do homem e sua vida em sociedade.

Um dos principais elementos desse processo é a divisão em fases da vida humana, que permitirá cercear o desenvolvimento humano em processos de cristalização social múltiplos e convergentes concernentes sempre com a meta final de formação do indivíduo apto às demandas sociais. A transformação da família burguesa, a redefinição do lugar da criança na família e na sociedade, a instauração do processo de escolarização e a exclusão das crianças do mundo do trabalho formam os principais subsídios para a cristalização do processo de constituição do indivíduo em termos de divisão etária que permite fabricar o homem esclarecido da sociedade capitalista (CARON, 1996).

Nesse ínterim, ao longo do século XVIII, que o conceito de infância começa, então, a mudar. Com a ascensão da burguesia um novo hábito se cunhou e a palavra *infância* se restringiu a seu sentido moderno marcada pela ideia de dependência. Em meados do século XIX a infância foi reconhecida como objeto de investigação científica, principalmente nos estudos médico-psicológicos. Assim, o valor político-econômico da criança se alterou no jogo de forças da organização social e as acepções acerca do desenvolvimento adquiriram lugar de destaque nos motes de formação dos homens de corpos educados e adequados.

Acompanhando esses movimentos podemos destacar que é junto a conjuntura política e social discutida, aqui, brevemente, que identificamos a emergência da ideia de adolescência fortemente relacionada aos movimentos e transformações políticas, econômicas e sociais vinculadas à necessidade de garantir a manutenção, e continuidade, do sistema político-econômico do capitalismo dos fins do século XIX.

A partir de então o desenvolvimento humano se insere em uma condição, que se pode chamar equacional, pois ao adolescente antecederá uma criança responsável pelo seu desenvolvimento, e suceder-se-á um adulto adequado. Nessa lógica de formação gradual investe-se na definição e afirmação do lugar no mundo de cada idade da vida (PERALVA, 2007).

Nesse processo, a aliança entre ciência e Estado moderno se faz fundamental. As produções científicas configuram-se como parte da política e estratégia do Estado. O campo do desenvolvimento humano se configura, assim, como a via principal de inserção das práticas médico-psiquiátricas e psicológicas, bem como jurídico-políticas nos liames da formação e organização social.

Podemos destacar, assim, que o capitalismo, enquanto modo de organização social, não é apenas modo de produção de bens e capital. Para garantia de seu pleno funcionamento, consolidação e constância, configurou-se também como modo de produção de comportamentos, ações, sentimentos e pensamentos: modo de produção de subjetividades (GUATTARI & ROLNIK, 2005). As engrenagens da máquina estatal se concentram, então, no valor dos atos dos indivíduos e estes são constituídos de modo a corresponder às demandas sociais.

Como se organiza a regularidade discursiva em que encontramos as produções a respeito da adolescência que a delimitam como fase do desenvolvimento humano sustentada pela crise? Como se entrelaçam os diferentes campos de saber em torno da adolescência enquanto conceito e objeto de intervenção? Como esse processo atravessa algumas práticas contemporâneas?

1.1 Regularidades discursivas e a produção da adolescência: medicina, psiquiatria e psicologia

A produção da adolescência como conceito e fase do desenvolvimento está atrelada também à sua emergência como objeto de intervenção médico-estatal. Isso porque, em prol do desenvolvimento do Estado-Nação brasileiro, o saber médico terá lugar imprescindível nos processos de (re)organização social principalmente a partir do século XIX.

O século XIX assinala para o Brasil o início de um processo de transformação política e econômica que atinge igualmente o âmbito da medicina, inaugurando duas de suas características, que não só tem vigorado até o presente, como têm-se intensificado cada vez mais: a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médica, e a situação da medicina como apoio científico

indispensável ao exercício do poder do Estado (MACHADO et. al., 1978, p. 155).

É o que podemos denominar como o nascimento da medicina social brasileira. O médico emerge, aqui, como cientista social, planejador urbano e analista de instituições estatais. Com a saúde como fio-condutor, a medicina penetra no campo social e no aparelho estatal e torna-se parte integrante do novo Estado como condição de possibilidade para uma normalização da sociedade. Um novo modelo de saber adequado a um novo tipo de sociedade, base para a construção de uma nova ordem.

Integrada às estratégias de otimização dos estados de vida, a ciência médica passa a intervir amplamente na existência do indivíduo e da população - um poder médico ao mesmo tempo individualizante e totalizante e, sendo assim, com efeitos disciplinares e reguladores. Ou seja, um poder produtivo que vai além das dimensões jurídico-legais. Uma prática social que não se restringe a uma estrutura de dominação, não se exerce de modo vertical e coercitivo; pelo contrário, configura-se enquanto campo de ações e relações:

É um conjunto de *ação sobre ações possíveis*: ele opera sobre o campo de possibilidades em que se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou dificulta, amplia ou delimita, torna mais ou menos provável; no limite, coage ou impede absolutamente, mas é sempre um modo de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis a agir. Uma ação sobre ações (FOUCAULT, 2010, p. 288, grifos nossos).

Junto a esse lugar de poder produtivo emerge, também, a figura do médico político. Assume, então, uma função política de luta, em consonância as proposições estatais, contra tudo o que pode interferir no bem-estar físico e moral dos indivíduos. Nasce, com isso, o controle das virtualidades, a periculosidade e, junto a ela, a necessidade da prevenção. A medicina é incorporada, assim, como uma tecnologia biopolítica que, coadunada aos mecanismos disciplinares, procura agir e regular todos os fenômenos, universais e singulares, que compõem a vida da população (FOUCAULT, 1999).

Assim, em uma sociedade regida pela norma, o discurso médico passa a ser o grande trunfo do Estado para uma socialização do corpo em função da força produtiva a partir do controle dos excessos, das desordens e desequilíbrios que viessem a atrapalhar o

funcionamento das máquinas humanas (FONSECA & COELHO, 2007). As práticas preventivas se configurarão, assim, como garantia não só de saúde, mas também de segurança.

O lugar de poder assumido pela medicina higienista, e sua convergência com os objetivos do Estado nacional, favorecem, pois, a implantação de uma promoção higiênica do nacionalismo, uma vez que entendemos que “(...) a ação da norma se desencadeia tanto mais eficazmente quanto mais íntima for a relação entre medicina e Estado: é à luz da ordem normativa que se concebe o progresso da nação” (MACHADO et. al., 1978, p. 494). É nesse ínterim que o Projeto de Defesa e Promoção Social Brasileiro, no século XIX, passa a ser orquestrado pelas práticas médicas de higiene que, enquanto equipamento normalizador, acurarão os comportamentos desviantes e os focos de resistência ao controle estatal.

As práticas e propostas estatais vão, então, ao encontro das intervenções higienistas e eugênicas, refletindo a regularidade discursiva que caracterizava as relações entre saber médico e poder estatal, entre médicos e juristas. As práticas eugênicas se tornam política de Estado e a higiene social como estratégia de governo marca os primeiros passos da nova República brasileira.

O Brasil desejado diria respeito, portanto, não só a um país que conseguisse desenvolver plenamente suas riquezas, explorar adequadamente o potencial de sua economia, mas a um país no qual, sobretudo na visão dos médicos, prevalecessem os fundamentos da higiene e da eugenia – passíveis, em seu entender, de assegurar saúde e capacidade produtiva ao trabalhador – com a ocupação econômica de seu amplo território por elementos capazes, resultantes do aperfeiçoamento racial e moral de sua população [...] (MOURA, E., 2009, p. 29).

A dispersão de tais práticas se inicia com uma intervenção médica nas cidades e sua organização, início de uma medicalização da sociedade: casas, hospitais, cemitérios, fábricas, ruas, escolas, prisões e quartéis. Essa análise médica das instituições se atrela, sucessivamente, à análise da constituição do indivíduo, sustentando, assim, as noções primeiras do estado de saúde como bem estar físico, moral e social.

O que se tem chamado de *medicalização da sociedade* - processo que na atualidade cada vez mais se intensifica - é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; [...] é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma

sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante - sejam quais forem as especificidades que ele apresente - em um ser normalizado [...]” (MACHADO et. al., 1978, p. 156, grifos do autor).

É nesse campo de produção de uma “vida normal” que a adolescência começa a emergir como objeto. Pelos olhares dos defensores do patriotismo enxergava-se na puberdade e na adolescência um dos momentos mais delicados e promissores para o fortalecimento da nação, sugerindo que o investimento na promoção do amor à pátria emergia em momentos específicos da evolução biológica e só se desenvolveria circunda por determinadas condições.

Considerada, então, como o tempo da abertura para o mundo, a adolescência, e o adolescente, mereceriam cuidados especiais, principalmente em relação a sua atividade (hetero)sexual – real via de acesso ao patriotismo: “o nacionalismo político ganhava, assim, uma nova ordem biológico-moral e a medicina inventava um personagem higiênico, cuja existência social era, até então, quase desapercibida” (COSTA, J., 2004, p. 72). Junto à figura do adolescente emergem outras figuras, uma vez que “ao adolescente deveria corresponder um adulto adequado ao seu desenvolvimento e uma criança responsável por seu crescimento” (IDEM, p. 73). A maneira como o indivíduo é tratado em sua infância e sua adolescência passa a ser definidora, então, de suas qualidades morais e corporais quando adulto. Os corpos necessitavam, assim, ser educados para a saúde, a ordem e o progresso.

Disso decorre o reconhecimento, contudo, de dois lugares para os indivíduos adolescentes: como potencial para implantação do futuro do Brasil (em geral, os abastados) e como ameaça à realização de tal projeto (os pobres). Diferentes lugares sociais resultam em diferentes práticas sociais.

Os corpos juvenis da elite eram trabalhados em casa, pelas famílias. A família burguesa, medicalizada, passa a ser construída sob um novo regime moral da vida e do corpo pautado no controle higiênico microscópico. Todo o universo familiar é atingido pela intervenção normativa trazendo, assim, novas ações de controle: da arquitetura e organização das residências ao investimento em vestuários, os indivíduos passam a reconhecer os detalhes da higiene em si e nos outros em um constante estado de alerta que vai efetivar as práticas de controle cotidianas da sociedade. “O controle familiar da higiene inseriu-se nesta política populacionista. Os médicos higienistas, através da disciplina do físico, do intelecto, da moral e da sexualidade visavam a multiplicar os indivíduos brancos politicamente adeptos da ideologia nacionalista” (COSTA, J., 2004, p. 213). Temos, assim, que à tomada de

consciência do corpo, realizada o quanto antes, fazia parte, também, o plano de formação da consciência de classe e raça necessárias ao projeto nacionalista.

Já aos corpos pobres a vigilância institucional travestida de proteção social. Formalizam-se institucionalmente - pelas instituições educacionais e correcionais-, e legalmente - pelas políticas de proteção social possibilitando uma ampliação dos mecanismos de normalização. A escola para os populares será uma das instituições de reunião desses corpos para realização de uma codificação dos comportamentos. Como exemplo, os primeiros projetos do Serviço de Higiene Mental do Departamento de Educação do Rio de Janeiro, a partir de fins da década de 1930, organizado com o intuito de conhecer e analisar o perfil de crianças consideradas problema pelos professores. Os resultados indicavam que os problemas apresentados eram resultantes de “desajustes domésticos próprios à situação de pobreza” e que poderiam “ser mitigados ou diminuídos por uma ação inteligente do Estado” (FREITAS, 2009, P. 74).

A medicalização da sociedade se instaura, assim, como um processo avassalador que sobrepõe os saberes médicos e psiquiátricos a todos os outros deixando a sociedade a sua mercê. Nesse ínterim, uma vez que a medicina assume a tarefa de definir o que é bom e o que é mau aos indivíduos, as regras de conduta tornam-se, também, regras de higiene mental. E, para esse campo, outra aresta da medicina social se constitui: a psiquiatria como medicina do comportamento. A fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em meados entre os anos de 1920 e 1930, facilitará esse processo.

Se, no início, as ações em psiquiatria se organizavam em prol da prevenção do perigo em potencial que os loucos representavam à moral pública, aos poucos esse modelo de trabalho se difundirá a todo o campo social e ao cotidiano da organização social.

O corpo psiquiátrico da LBHM, organizado a partir de um trabalho com viés biologicista - que parte do princípio da causalidade biológica para associar questões psiquiátricas às culturais -, inicia um processo de elaboração de projetos de prevenção, eugenia e educação dos indivíduos. Assim, com a difusão da psiquiatria enquanto instrumento de aprimoramento da sociedade, a ideia de prevenção à doença mental se estende aos cuidados das “pessoas normais” a partir de um investimento na renovação moral da sociedade (COSTA, J., 2007).

Destarte, na busca pela constituição e consolidação de um novo tipo de indivíduo e de população, concernente ao projeto de nação brasileira, o horizonte da psiquiatria será a família e, principalmente, a criança e o adolescente: corpos puros programados para o futuro da

nação. Em uma associação entre trama médica e trama social, modelos de saúde e de identidades passam a ser construídos sobre um modo de diagnóstico absoluto e binário: ou é ou não é desviante. Instaure-se, dessa forma, uma prática de perícia que engaja o destino social dos homens (CASTEL, 1978).

1.2 A Psicologia e a produção conceitual da adolescência enquanto crise

Se a medicina social passa a se ocupar da produção de saúde, a psicologia, muito próxima às práticas médicas, se debruçará sobre os desvios dos comportamentos e a possibilidade de corrigi-los. A partir desses investimentos, a adolescência ganha visibilidade no campo de saber das ciências humanas, que terá o século XX como o grande momento das produções discursivas acerca dessa problemática: “o século da adolescência” (CÉSAR, 1998).

No campo de saber da Psicologia, não foi diferente. É o trabalho do psicólogo norte-americano Stanley Hall, no século XX, que marca a entrada da adolescência como uma etapa da organização do campo de saber da psicologia do desenvolvimento. No livro *Adolescence: its psychology and its relations to anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (1904), o autor insere a adolescência como uma das esferas da vida humana elaborando uma descrição das condições de existência desse momento do desenvolvimento.

O autor demarca, então, a adolescência como o período, entre os 13 e os 22/25 anos de idade, no qual a raça humana passa por turbulências e transições. Esta é a primeira, e decisiva, localização da adolescência, operada pela psicologia, como um estágio de tormentas e tensões. Esse trabalho tornou-se um marco nas investigações sobre a adolescência exercendo grande influência na Psicologia Evolutiva e em suas produções subsequentes, consolidando um discurso hegemônico que considera a adolescência como um período de instabilidades.

É a partir de Hall que torna-se possível à psicologia do desenvolvimento⁸ edificar seu caráter evolutivo tomando o desenvolvimento humano como um processo contínuo e

⁸ A Psicologia do Desenvolvimento organizou-se em várias vertentes, entretanto, ainda que com diferentes abordagens, conservou-se a concepção de desenvolvimento a partir de uma organização cronológica e gradual em termos evolutivos. Entre as principais teorias e os principais autores estão: a Psicanálise – que discutiremos ao longo desse trabalho; a Epistemologia Genética de Jean Piaget, com publicações tais como *A Evolução Intelectual da adolescência à vida adulta* (1993) e *Da lógica da criança à lógica do adolescente* (1986); a Psicologia Sócio-histórica, como em trabalhos de Henri Wallon, *A Evolução Psicológica da criança (s/d)*, entre outros autores. Reconhecemos, pois, a variedade de vertentes da Psicologia do Desenvolvimento e nosso trabalho não pretende negar a importância delas. Portanto, as interrogações que apresentamos aqui são em

ordenado com uma sequência uniforme. Em uma configuração de tempo linear, a psicologia investe na divisão em fases da vida – infância, adolescência, idade adulta, velhice -, com limites cronológicos bem definidos. Essas divisões reiteram o caráter evolutivo da psicologia e a consonância do desenvolvimento humano com os preceitos de ordem e progresso que marcam a organização social capitalista desde o século XIX. Nesse sentido, a psicologia evolutiva se configurará, segundo Dotti (1973), como uma psicologia individual que tem como meta a compreensão do psiquismo do indivíduo em particular, preocupada, essencialmente, com a normalidade do processo de desenvolvimento individual. A noção de desenvolvimento é construída, assim, como uma espécie de norma em relação a qual os sujeitos são situados e não como uma possibilidade existente para cada um em seu processo de formação subjetiva e social (FOUCAULT, 2006).

Uma série de produções acerca da adolescência passa a ser desenvolvida. Torna-se comum a composição desse campo discursivo por séries de Manuais de Psicologia da Adolescência⁹ que, inseridos na perspectiva da máxima produção de conhecimento sobre o homem, organizam descrições do que seria “o novo período da vida humana” essencial ao pleno desenvolvimento do sujeito ideal. A matriz de organização desses manuais compõe um detalhado aparato documental que apresenta o desenvolvimento humano a partir de características gerais. Podemos dizer que esse modelo de produção discursiva se utiliza da tecnologia do exame, uma vez que marca os indivíduos no campo documentário com a produção de dossiês das minúcias comportamentais a fim da máxima apreensão e controle do comportamento individual em todas as esferas da vida.

Encontramos, assim, nesses Manuais de Psicologia¹⁰, certo padrão de produção textual marcado por um discurso imperativo e prescritivo do comportamento humano. O desenvolvimento é localizado em tarefas evolutivas que devem ser respeitadas pelo sujeito adolescente a fim de garantir uma existência saudável. Nesse sentido, encontramos uma marcada divisão do desenvolvimento a fim de melhor extrair – e determinar – conteúdos

relação à concepção de psicologia do desenvolvimento tal como trabalhada pelos autores tomados como referência. Não temos, portanto, a pretensão de generalizar as afirmações aqui expostas.

⁹ No Brasil, a produção de tais manuais data, principalmente, na segunda metade do século XX, período em que houve a entrada da Psicologia no campo das produções científicas e, ao mesmo tempo, momento de inúmeras transformações nas (re)organizações políticas, econômicas e sociais do país. Coincide, ainda, com os avanços da dos saberes e práticas da medicina e psiquiatria preventivas ao campo social.

¹⁰ No intuito de melhor localizar as produções nacionais a respeito do tema, elegemos, a título de fonte, dois Manuais de Psicologia da Adolescência produzidos no Brasil na década de 1970. Quais sejam: PFROMM NETO, S. *Psicologia da Adolescência*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1971 e DOTTI, S. *Psicologia da Adolescência – uma psicologia do desenvolvimento*. Porto Alegre: Livraria Sulina Editora, 1973.

específicos de cada momento, quais sejam: desenvolvimento físico, intelectual, emocional, (hetero)sexual, social e moral (MAGALHÃES, 2012).

Maturidade é a palavra de ordem, a meta final de todo o caminho evolutivo e, portanto, “deve ser prevista e construída paulatinamente pelo indivíduo, desde a infância e, principalmente, desde a adolescência” (DOTTI, 1973, p. 414). O desenvolvimento emocional ganha destaque uma vez que é, propriamente, objeto de intervenção da Psicologia. Reforçar-se, dessa maneira, a noção de adolescência como o momento primordial dos conflitos que perturbam a existência isolando-a em um único movimento, qual seja: a busca pela plena identidade adulta. As experiências do indivíduo adolescente serão tomadas, a partir de então, como resultado imediato de tal perturbação e localizadas como acontecimentos passageiros que constituem essa fase da vida.

A adolescência é, assim, abarcada como o período crítico de estabilização do desenvolvimento, estruturação e maturação da personalidade. O final da adolescência é localizado, também, como o final das tarefas evolutivas do homem, constituído, assim, em um modo de vida determinado e concernente à ordem e ao progresso social, e orientando-se para

aceitar e aproveitar o máximo do corpo; estabelecer relações sociais mais adultas com companheiros de ambos os sexos; chegar a ser independente dos pais e de outros adultos, dos pontos de vista emocional e pessoal; escolha de uma ocupação e preparação para a mesma; preparação para o noivado e matrimônio; desenvolvimento de civismo; conquista de uma identidade pessoal, uma escala de valores e uma filosofia de vida (PFROMM NETO, 1971, p. 7).

Seguindo essa mesma regularidade discursiva, entre as formações discursivas que mais se organizaram no sentido de uma delimitação conceitual precisa da adolescência, identificamos algumas produções de cunho psicanalítico. Isso porque, tais produções terão grande reverberação na literatura brasileira do século XX em torno da problemática da adolescência e sua universalização enquanto fase do desenvolvimento.

Não obstante, alguns desdobramentos da corrente psicanalítica também se engendram na produção discursiva sobre o tema partindo das acepções de Hall e localizando a construção da identidade pessoal como tarefa mais importante nesse período de transformação do indivíduo em adulto maduro e produtivo. Os desdobramentos dessas acepções realizados,

principalmente, por Anna Freud¹¹ marcam as produções que versam sobre a adolescência e investem em caracterizações universais desta como “fase crítica” do desenvolvimento desde o século XX.

Destacamos, entretanto, no círculo da Psicanálise, os trabalhos organizados pelos autores argentinos Arminda Aberastury (1980) e Arminda Aberastury & Maurício Knobel (1971/1985)¹², que aparecem no início da década de 1960. Como uma nova perspectiva na literatura científica a respeito da adolescência, esses trabalhos compõem uma regularidade discursiva que caracteriza as produções de fins do século XX e produz um campo de ressonâncias, para além da psicologia, no Brasil e em toda a América Latina.

Tais propostas emergem com caráter inovador pois indicam, inicialmente, uma possibilidade para se pensar os processos subjetivos na adolescência por uma via não patologizante dos comportamentos – isso porque, ao incluir a crise como parte da construção subjetiva, se abre uma passagem para concepções e ações que não cerceassem os comportamentos adolescentes pelo viés da patologia. Entretanto, essas formulações incorrem em algumas ambiguidades conceituais.

Ao afirmarem a crise como essencial acabam por condicionar a realidade biopsicossocial às condições internalizadas nos sujeitos. A noção de essência localiza a crise como uma condição que preexiste à adolescência e lança um terreno para produção de bases universais para o desenvolvimento e para os processos subjetivos. Com isso, tornam-se possíveis interpretações da própria adolescência como desviante incorrendo na patologização da adolescência como tal (PERES & ROSENBERG, 1998).

A adolescência é conceituada, então, como uma fase do desenvolvimento humano, com uma demarcação cronológica bem definida, integrada por duas etapas: a puberdade e a adolescência propriamente dita. Nela, o indivíduo estaria apto a sofrer os impactos de uma

¹¹ Ao passo que Sigmund Freud quase não tenha discutido a adolescência em seus trabalhos, sua filha, Anna Freud (2006), consolidou uma teoria sobre o desenvolvimento da adolescência, destacando a necessidade da crise para que o indivíduo se tornasse um adulto normal. A partir de uma valoração do biológico em detrimento dos processos emocionais, percebemos uma alocação do sujeito a mercê das transformações biológicas, principalmente no que se refere ao desenvolvimento sexual, e, também, dos processos emocionais, uma vez que se estabelece uma relação de causa e efeito entre tais acontecimentos, que se organizam em torno do objetivo fundamental do desenvolvimento humano: o alcance da identidade adulta.

¹² ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. *Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico*. Tradução: Suzana Maria Garagoray Balve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. Em uma coletânea de textos, de Aberastury, Knobel e outros autores, elaboram-se as fronteiras desse momento do desenvolvimento humano a partir dos acontecimentos tomados em uma perspectiva de tensões e turbulências. Trabalham tanto sobre a delimitação conceitual da adolescência e de sua fase cronológica, como nas definições das condutas normais e patológicas aos quais os indivíduos estariam sujeitos durante o período.

realidade frustrante – a transição entre a infância e a idade adulta. Tal sofrimento seria recorrente de três lutos fundamentais, quais sejam: luto pelo corpo infantil, luto pelo papel e a identidade infantil e o luto pelos pais da infância. Há, ainda, um quarto luto caracterizado pela bissexualidade infantil perdida. Esses fatores, tomados como intrínsecos ao indivíduo adolescente determinam, então, a crise como necessária para que se estabeleça a identidade adulta – “objetivo fundamental desse momento da vida” (ABERASTURY, 1985, p. 9).

Uma vulnerabilidade especial é localizada, assim, à adolescência na qual mudanças corporais e psíquicas implicarão a busca por uma nova identidade que, tratada sempre em relação ao passado e ao futuro deverá, ainda, ser acompanhada por terceiros para que não incorra em um processo difícil que se distancie do desenvolvimento padrão. Tal como destacado por Aberastury (1985)

a prevenção de uma adolescência difícil deve ser procurada com a ajuda de trabalhadores de todos os campos do estudo do homem que investiguem para a nossa sociedade atual as necessidades e os limites úteis que permitam a um adolescente desenvolver-se até um nível adulto. Isto exige um clima de espera e compreensão, para que o processo não se demore nem se acelere. É um momento crucial na vida do homem e precisa de uma liberdade adequada, com a segurança de normas que lhe possam ir ajudando a adaptar-se às suas necessidades ou a modificá-las, sem entrar em conflitos graves consigo mesmo, com seu ambiente e com a sociedade (p. 22-23).

Percebemos, aqui, indicações das considerações sobre a crise que demonstram sua ambiguidade. A caracterização das ações profissionais sob um viés preventivo não só a aproxima da dimensão patológica, como também desvela uma proposição padronizada do desenvolvimento. Isso porque haveria uma determinação do que seria útil e necessário a um desenvolvimento adequado, e esperado, socialmente. O sujeito adolescente passa a ser considerado dentro de um contexto subjetivo específico, que, marcado pela crise – e com uma universalização dos conflitos – exigirá um aparato de saberes que o cerceiem entorno de uma normalidade socialmente (pré)estabelecida.

Nesse contexto, Mauricio Knobel (1985) também organiza seu texto, *A Síndrome da adolescência normal*, a fim de delimitar quais características compõem a dinâmica dessa personalidade adolescente. Como parte do percurso evolutivo, dito normal, soma-se ao processo de luto, outrora apresentado por Aberastury (1985), um grau de conduta patológica que deve ser considerada inerente e sem a qual não se conseguiria a estabilização da personalidade: "Penso que a estabilização da personalidade não se consegue sem passar por

um certo grau de conduta "patológica" que, conforme o meu critério, devemos considerar inerente à evolução normal desta etapa da vida" (KNOBEL, 1985, p.27).

Às suas considerações sobre a "normal anormalidade" do desenvolvimento humano na adolescência o autor denomina Síndrome da Adolescência Normal ou Síndrome Normal da Adolescência, que, situada como entidade nosológica, com uma detalhada sintomatologia, consolidará a aproximação entre adolescência e crise no movimento de estabelecimento da identidade adulta.

Ao destacar o processo de desenvolvimento como uma "síndrome" e a conduta que o compõem como "patológica", podemos perceber que o ponto de partida de suas descrições são os elementos patológicos. A normalidade é construída, e adjetivada, assim, por termos com significados patologizantes. As referências permanecem na patologia e a classificação das condutas ideais será, então, construída, a partir da dualidade normal/patológico.

A descrição sintomática - do comportamento adolescente - que integra a Síndrome da Adolescência Normal caminha nesse sentido e corrobora uma padronização do comportamento humano, tornando um tanto paradoxal a distinção entre o normal e o patológico: 1 - busca de si mesmo e da identidade: cuja função essencial é a cristalização da identidade e do caráter no processo total do viver que levará o indivíduo à maturidade; 2 - tendência grupal: uma ponte para o alcance da individualização adulta, facilitador da conduta patológica normal; 3 - necessidade de intelectualizar e fantasiar: caracterizada como um mecanismo de defesa às perdas que compõem a crise e a síndrome; 4 - crises religiosas: caminho para construção de "verdadeiras ideologias de vida"; 5 - deslocalização temporal: processo individual da busca da identidade adulta vinculado à capacidade de conceituar o tempo; 6 - evolução sexual que vai desde o autoerotismo até a heterossexualidade: movimento exploratório e preparatório para a maternagem e a paternagem; 7 - atitude social reivindicatória: elaboração das situações conflitivas imprescindíveis à entrada no mundo adulto; 8 - contradições sucessivas nas manifestações de condutas: localização da conduta normal como frágil; 9 - separação progressiva dos pais; e, por fim, 10 - constantes flutuações do humor e do estado de ânimo: caracterizando um momento no qual a depressão e luto acompanham o processo identificatório do adolescente (KNOBEL, 1985).

Diante disso, vemos construir-se um modelo de adolescência que favorece a naturalização e universalização dos processos de subjetivação. As condutas, resultantes das determinações fisiológicas, são tratadas como traços típicos e gerais, constituindo uma identidade adolescente cerceada em referência a uma normalidade pré-determinada.

Tipologias de comportamento como as apresentadas nos Manuais de Psicologia compõem a mesma regularidade do discurso produzido por Knobel (1985) acerca da conduta semipatológica, consolidando uma tradição nas práticas discursivas em que os “desvios desejáveis” e os modos de ajustamento adolescente adquirem lugar de ação e contribuição para o bem-estar da sociedade (PFROMM NETO, 1973) (DOTTI, 1971). Assim, uma lei geral do desenvolvimento se instala e reverbera o campo discursivo que marca o século XX.

Encontramos, ainda, tais elementos que caracterizam unilateralmente a adolescência na produção discursiva nacional contemporânea. Entre os principais autores, destacamos David Levisy (1998) e Luiz Carlos Osório (1992). Destacamos, em seus trabalhos, reverberações das acepções de Knobel (1985) quanto à universalidade da crise normal da adolescência e sua congruência com os critérios de bom comportamento:

Mesmo em condições de vida extremamente adversas, desde que assegurada a satisfação das necessidades básicas de alimentação e agasalho, podemos encontrar a seqüência dos eventos psicodinâmicos que configuram o processo adolescente e a crise de identidade que o caracteriza (OSÓRIO, 1992, p. 21).

Qualquer que seja o contexto sociocultural, a adolescência será sempre um período de crise e de desequilíbrio. Estas características são devidas tanto às mudanças fisiológicas quanto às repercussões de inserção do jovem na comunidade adulta (LEVISKY, 1998, p. 26).

O contexto social, nesse caso, é considerado, quase exclusivamente, como definidor de critérios que cercarão essa inserção do sujeito adolescente na “sociedade adulta”; tais como: “maturidade, independência, autodeterminação, responsabilidade e atividade sexual efetivamente adulta. Compreende-se este último aspecto como implicitamente ligado à possibilidade de procriação e as condições socioeconômicas para estabelecer uma família” (LEVISKY, 1992, p. 30). A definição de critérios indica, aparentemente, que o adolescente está, então, “fora” da sociedade; à margem de seu funcionamento.

Ao mesmo tempo o processo subjetivo é determinado, basicamente, como de responsabilidade individual. A tendência grupal é tomada como mais uma gradação do desenvolvimento, “constitui a transição necessária no mundo externo para alcançar a individualização adulta [...] e facilita a conduta psicopática normal no adolescente [...]” (KNOBEL, 1985, p. 37). Paradoxalmente Knobel afirma, ainda, a incapacidade do sujeito de

participar de seu processo de desenvolvimento: “As mudanças biológicas que têm lugar na adolescência produzem grande ansiedade e preocupação, porque o adolescente deve assistir passiva e impotentemente às mesmas [...]” (Idem, p. 46).

Podemos delimitar, assim, que o fio condutor dos discursos aqui apreciados é a localização da adolescência como o momento de definição e cristalização da personalidade, marcado pela perda da identidade infantil e a busca pela identidade adulta, como encontramos nos trabalhos de Aberastury (1985): “a adolescência é uma etapa decisiva de um processo de desprendimento que começou com o nascimento” (p. 13), e de Knobel (1985) que apresenta a adolescência como “o processo de elaboração das ansiedades básicas desde o nascimento que levará o indivíduo até a maturidade” (p. 29). Ainda, em produções mais contemporâneas, encontremos em Levisky (1998) considerações em torno de uma ideia de que “o processo adolescente marca a transição do estado infantil para o estado adulto” (p.21), e em Mohr & Valore (2009), que caracterizam a adolescência como “fase de elaboração daquilo que foi a infância, buscando estabelecer uma identidade adulta [...]” (p. 7).

Vemos, assim, a localização do indivíduo adolescente em um “entre dois”, um “não lugar” no processo de desenvolvimento (MOURA, F., 2005). Encontramos, nessa via, uma ilustração da adolescência a partir do mito da ave Fênix, o que reforça uma acepção de adolescência como um momento vazio da existência, um não-ser: a matriz Fênix → cinza → nova Fênix se atualiza no desenvolvimento humano e suas etapas infância → adolescência → idade adulta:

Enfim, parece que a adolescência pode ser resumida como o fim da vida infantil, de uma etapa em que, socialmente, tudo, ou quase tudo, é possível, e início dos lutos e da confusão, sendo apurada, como resultado, a ‘perda de si mesmo’, ou melhor, a perda de quem se era e não se é mais. *Talvez a vida adulta realmente só comece depois das cinzas* e da apuração de tudo o que foi nossa infância (MOHR & VALORE, 2009, p. 9, grifos nossos).

Temos, assim, que a imagem da adolescência naturalizou-se e universalizou-se em semelhança a um cataclismo a ocorrer entre os períodos da infância e da idade adulta (ZANOTTI, 2006); período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista e em torno da necessidade de controle do desenvolvimento humano a fim de atender uma demanda de preparo de mão-de-obra para o mercado de trabalho, bem como para a adequação às normas sociais.

Universalização, contudo, que não se dá de maneira equânime. Na tentativa de universalizar da experiência adolescente negligenciam-se os atravessamentos singulares da existência dos diferentes sujeitos adolescentes – sua história, suas condições de vida, seus recursos materiais e imateriais, etc. Assim,

ao supor uma igualdade de oportunidades entre todos os adolescentes, a psicologia que se encontra presente nos manuais de Psicologia do Desenvolvimento, dissimula, oculta e legitima as desigualdades presentes nas relações sociais (OZELLA, 2002, p. 18).

Ao adolescente burguês, tal como em algumas práticas da medicina social do início do século XX, a “fase de crise” é contemplada como moratória, um período de latência social - momento de preparação para entrada no mundo adulto (da moral e do trabalho). A crise, aqui, se adequa aos caminhos da norma - ou do normal.

Ao adolescente pobre, contudo, a crise é vista sob o viés da anormalidade – ou do patológico. De possível processo de construção subjetiva, a “crise” - contemplada enquanto essência-, passa a ser vista sob a perspectiva do desvio, do risco, do indesejável. Constrói-se, pois, um padrão de adolescente que corre o “risco de se perder” pelas “crises” que enfrenta destacando, assim, um “substrato de vulnerabilidade” (PERES & ROSENBERG, 1998, p. 63). Esses elementos trazem como foco de ação principal as ações preventivas que, como já destacadas por Aberastury (1985), devem prevenir “a adolescência difícil”.

Esse processo paradoxal denuncia, assim, a força massificante e individualizante da lógica social capitalista:

Se, por um lado, a lógica desenvolvimentista quer fazer acreditar em uma etapa homogênea e universal para todos os sujeitos, a chamada adolescência, a lógica individualista e culpabilizante da subjetivação capitalística vai dizer que o modo como cada um enfrenta e resolve tal fase será determinado pelo próprio indivíduo e por sua capacidade, ou falta dela, para lidar com as questões de seu desenvolvimento. É o modo de ser indivíduo intensificado pelo neoliberalismo, no qual predomina a figura do self made man: qualidades e defeitos, méritos e fracassos são atribuídos aos indivíduos como sendo inerentes à sua natureza. Vir a ser um adulto maduro, estável e integrante do mundo do trabalho ou vir a ser um desempregado sem família nem rede social dependeria exclusivamente de cada um e de suas competências individuais [...] (COIMBRA et. al., 2005, p. 6-7).

A preocupação com a adolescência vem se deslocando, então, da dimensão dos processos subjetivos para a dimensão dos comportamentos sociais e hábitos de conduta caracterizando um olhar que a encara, quase sempre, como um problema (GROSSMAN, 2010). E aos problemas, soluções – menos que os resolvam, mais que os evitem.

Nesse ínterim, o elemento patológico da crise é incorporado e elevado ao primeiro plano do desenvolvimento juvenil. A crise, até então normal ao adolescente burguês, se torna um risco patológico ao adolescente pobre. Justifica-se, assim, a entrada da psiquiatria biológica no campo social com estratégias e práticas de prevenção, de predição, de modulação e de afastamento dos riscos ao “desenvolvimento adequado/normal”. O risco passa a ser evidenciado como instrumento de controle social.

O lugar social que a problemática do risco assume também é construído historicamente e incide diretamente na produção e apropriação da adolescência como objeto de investigação e intervenção. Reflexo da regularidade discursiva que caracterizou o século XX, sendo o entrelaçamento entre as produções discursivas dos saberes médico, psiquiátrico e psicológico e o aparato jurídico-legal imprescindível nesse processo de construção, e posterior naturalização, das relações imediatas entre o comportamento do adolescente pobre e o perigo, o desvio e o risco.

Acompanhamos até aqui, com mais afinco, a produção da adolescência como conceito e o compromisso desse processo com um modelo de organização política e social. Vimos, pois, que o entrelaçamento dessas práticas discursivas com as práticas estatais assume lugar de destaque. Nos debruçaremos, então, no próximo capítulo, de maneira mais detalhada, às implicações de tais engendramentos na organização, e nas proposição, do aparelho jurídico-estatal e das políticas sociais de atenção à adolescência a fim de acompanhar os modos pelos quais ela é produzida e apropriada também no contexto das políticas públicas e, especificamente, no contexto da atenção à saúde mental.

2

ITINERÁRIOS DAS POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE PÚBLICA PARA A ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

“pues detrás de toda política se encuentra una noción determinada del o los sujetos a quienes se destina y sus problemáticas concretas, y dependerá de esa noción el tipo de políticas y programas que se generen como respuesta.”

(Oscar Dávila León)

Seguindo as linhas descontínuas dessa história, cabe agora debruçarmo-nos sobre os caminhos da assistência pública à infância e à adolescência¹³ no Brasil a partir do século XIX. Isso porque, como vimos, a produção discursiva da adolescência como fase do desenvolvimento com características específicas é acompanhada por sua localização como objeto de intervenção do Estado a partir das práticas da medicina social higiênico-preventivista. Elucidando, assim, o lugar que a aliança entre saber científico e ações estatais adquire na organização da sociedade brasileira.

Essa aliança se materializa com o engendramento entre práticas médicas e jurídico-legais. Órgão máximo de representação do Estado, o aparato jurídico se faz, também, fundamental nesse processo de ordenação e controle da população infanto-juvenil pela via das políticas de defesa e proteção social. Endossam, pois, a ideia de perigo que compõem a concepção de adolescência forjada nesse processo.

¹³ Ainda que nosso trabalho se circunscreva à discussão sobre a adolescência é inevitável versarmos, em alguns momentos, a respeito também da infância. Isso por que, como vimos no capítulo 1, a definição da adolescência como conceito e fase da vida está atrelada a definição de infância que a precede. No âmbito das políticas de saúde, essa aproximação fica ainda mais evidente quando consideramos a própria nomenclatura das políticas, sendo a principal delas denominada Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil, e também a legislação que orienta essas ações o Estatuto da Criança e do Adolescente. Sendo assim, traremos a infância, em alguns momentos, como um elemento secundário de nossa discussão. Vale destacar que trabalhos importantes se debruçam, especificamente, a discussão acerca da construção histórica da infância e suas interfaces com a problemática da saúde e da saúde mental, como por exemplo: Sinibaldi (2013), Cervo (2010), Zaniani (2008).

Caminhemos ao longo desse processo, a fim de acompanhar: de que maneira se organiza o cenário das práticas de atenção à adolescência; que adolescência e que concepção de saúde se produzem nesse processo e que desdobramentos encontramos nos discursos, práticas e políticas contemporâneas no campo da saúde mental brasileira.

2.1. A interface jurídico-psiquiátrica e as práticas de controle social da adolescência no século XX

É, decididamente, pelo discurso regular acerca das relações entre condições sociais e econômicas e o bom desenvolvimento da população, fortalecidas com a organização política e social preponderante no século XX, que o aparato jurídico estatal organizará suas determinações e orientações em relação ao controle da população brasileira e, conseqüentemente, da população infanto-juvenil. O compromisso com o projeto nacionalista inclui no debate jurista a população infanto-juvenil e os papéis que representava no futuro da nação: potencial para a consolidação do futuro do país e ameaça à realização da tal projeto.

Assim, a partir da preocupação com a defesa e promoção social ganha contorno a função protetiva a ser assumida pelo Estado para a gestão e controle dessa população a partir da produção de discursos e práticas – mais que políticas – sociais favorecedores ao projeto de nação. Emerge, com isso, a problemática da segurança social e o início de um processo de intervenção do governo a partir de um planejamento social muito bem determinado com o objetivo de influir no curso dos acontecimentos a fim de minimizar, ou mesmo anular, o que é considerado perigoso, indesejável, desviante. Ou seja, “a segurança tem essencialmente por função responder a uma realidade de maneira que essa resposta anule essa realidade a que ela responde – anule, ou limite, ou frei, ou regule (FOUCAULT, 2008, p.61).”

A realidade a se interferir aqui é a ameaça, o perigo, que, como vimos acompanhando, o pobre representa. As estratégias de regulação dessa população são sintetizadas em duas: regulação social e a regulação institucional, ambas derivadas, e sustentadas, a partir da aliança com os saberes e práticas médico-psiquiátricos.

O campo da saúde emerge, então, nos planos dos reformadores sociais, como instrumento dessas estratégias que possibilita a transformação, e afirmação, das diferenças sociais, culturais e econômicas em patologias e perigos sociais validando-se uma dimensão objetivo, individual e natural do adoecimento. Concepções fortalecidas, também, com a

afirmação de um saber epidemiológico¹⁴ que “passa a apreender o espaço público da saúde na forma de uma mecânica de interdição e facilitação extra-orgânica dos eventos fisiopatológicos intra-orgânicos.” (AYRES, 1997, p. 28). Ou seja, a preocupação com a saúde se estende, agora, aos indivíduos uma vez que seus processos de saúde-doença passam a ser compreendidos a partir de uma relação negativa com o meio externo, como uma ameaça. Propostas que ampliam as possibilidades de participação da medicina na construção de um projeto nacional.

Com a presença marcante, já na primeira metade do século XX, de representantes da medicina no corpo do Plenário da Assembléia Nacional Constituinte, bem como de membros da Liga Brasileira de Higiene Mental em cargos no Ministério da Saúde e Educação, a saúde pública ganha destaque nas discussões do plenário como via para o diagnóstico social dos males que assolavam o país e para a elaboração de intervenções estratégicas para remissão de erros futuros. Um processo de medicalização da sociedade, e da legislação, que evidencia o lugar político ocupado pelo saber médico em todas as instâncias sociais (MOURA, E., 2009).

Demarca-se, pois, uma concepção de saúde em um sentido normativo absoluto, a partir da definição um ideal de estrutura orgânica ou de comportamento que deva ser alcançado a fim de se obter a “saúde perfeita” (CANGUILHEM, 2002). Tendo essa noção de saúde como subterfúgio, a aliança jurídico-psiquiátrica encontra terreno fértil para uma atuação que se focará no controle das virtualidades dos comportamentos e dos desvios em prol da segurança nacional afirmando o lugar do Estado de dirigentes das questões, e entraves, sociais.

Os reflexos dessa proposta se fazem presentes, assim, nas discussões e determinações da Assembléia Nacional Constituinte na elaboração da lei magna federal de 1934¹⁵ que

¹⁴ No campo da medicina social, a epidemiologia emerge como possibilidade para formação de um saber objetivo entre saúde coletiva e vida social consonante às propostas e projetos preventivos da psiquiatria preventivo comunitária, da epidemiologia, da toxicologia e da engenharia. Uma confluência de saberes que opera a partir de uma abordagem individualizante a fim de atenuar problemas futuros, organiza, pois, um olhar científico que começa a se forma a partir da busca da compreensão entre fenômenos de saúde e doença e os modos de viver dos grupos humanos. Para tanto, organiza sua ação de pesquisa e intervenção a partir da articulação de um conjunto de três características: controle técnico, comportamento coletivo e variação quantitativa. A atuação da epidemiologia se faz, contudo, no momento de sua afirmação enquanto um campo de saber, em relação à saúde coletiva no que seria o nível da atenção básica, em torno das doenças crônicas, epidemias, etc. (AYRES, 2009). Posteriormente, como discutiremos na próxima etapa do trabalho, o saber epidemiológico será dobrado a outros campos da saúde, como o campo da saúde mental, como uma tentativa, por parte da psiquiatria biológica, de determinar a organicidade do sofrimento psíquico e a, com isso, a possibilidade de uma ação preventiva dos transtornos mentais.

¹⁵ A Constituição Federal de 1934 foi a lei magna com o menor tempo de duração na história do Brasil. Teve validade de apenas três anos, e fora aplicada efetivamente durante um ano. Contudo, merece destaque aqui devido ao importante lugar ocupado no processo de institucionalização da organização política e social brasileira

propunha, então, “a organização de um regime democrático, que assegure à Nação a unidade, a liberdade, a justiça e o bem-estar social e econômico” (BRASIL, 1934, s/n). É, então, em nome dos direitos dos homens e em defesa da saúde física e moral das famílias burguesas que se posicionam as propostas estatais para atuação das políticas, não só de saúde, mas também de assistência a partir de ações sustentadas nas propostas higienistas e eugênicas direcionadas àqueles não correspondentes aos ideais da burguesia.

Em tal modelo constitucional o Estado (re)afirma seu lugar de dirigente das questões sociais, incluindo em suas pautas aspectos da organização da família, da educação, da saúde, da cultura que, no caso da população infanto-juvenil, só tendeu a reforçar sua condição de tutelada. “Com menções à infância, à juventude e ao menor – termo alusivo, particularmente, à pobreza – explicitava-se, sem reservas, no texto constitucional, a concepção do Estado protetor” (MOURA, E., 2009, p. 27), refletindo o papel e o lugar que esses sujeitos deveriam ocupar no espaço social.

Lugar, outrossim, reafirmado também na Constituição de 1937:

Art 127 - A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento das suas faculdades.

O abandono moral, intelectual ou físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda e educação, e cria ao Estado o dever de provê-las do conforto e dos cuidados indispensáveis à preservação física e moral (BRASIL, 1937, s/n).

Temos, assim, o papel de destaque assumido pela lei nesse processo não só de regulação da vida e dos comportamentos, mas também de produção e apropriação da adolescência pobre pelo aparelho administrativo-burocrático. Isso porque os avanços desses dispositivos possibilitam “unificar sob um mesmo rótulo e fazer depender da mesma instância de decisão casos absolutamente heterogêneos” (CASTEL, 1987, p. 105). A negligência da família pobre em relação aos cuidados aos menores é generalizada como uma característica essencial da pobreza; o comportamento, considerado desviante, dos abandonados é naturalizado como inerente a esses sujeitos. Um processo individualizador e culpabilizador da pobreza em relação às desigualdades sociais.

no início do século XX, principalmente com a inclusão dos temas da saúde, da educação e da tutela do Estado sobre a população pobre.

Evidência desse processo é a promulgação do Código de Menores, decreto nº 17943-A de doze de outubro de 1927, que se consolida como o aparelho jurídico orientador das ações e produções dos pobres infante-juvenis:

não é por acaso que, da aliança entre médicos e juristas da época, surge em 1927 a primeira lei brasileira específica para a infância e adolescência, o primeiro Código de Menores. Data daí a utilização do termo “menor”, não mais para menores de idade de quaisquer classes sociais, mas para um determinado segmento: o pobre (COIMBRA & NASCIMENTO, 2009, p.60).

Como primeira estrutura jurídico-legal destinada a gerir a infância e a adolescência o Código define não só as responsabilidades do Estado quanto à tutela da criança órfã ou abandonada, mas também determina o corte etário que caracteriza a concepção de “menor” e as práticas de internamento como principais estratégias destinadas àqueles considerados em situação irregular ou inadaptados às normas sociais.

Essa concepção jurídica de *menor* passa a identificar, então, os considerados expostos, abandonados e delinquentes como perigosos e, portanto, alvo da assistência e proteção estatal, como podemos encontrar no artigo primeiro do Código: “Art. 1º O menor, de um ou outro sexo, abandonado ou delinquente, que tiver menos de 18 anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência e proteção contidas neste Código” (BRASIL, 1927, s/n). Os menores tornam-se, então, problema do poder público a partir de um ideário de periculosidade, e a preocupação, veremos, se faz em torno da disciplina e do controle a partir de práticas preventivas para o governo das condutas inadequadas.

A emergência desse aparato jurídico-legal, ao longo do século XX, com o objetivo de regulamentar a proteção do adolescente amparam-se, assim, “na seguridade social simultânea às práticas de controle dos perigos virtuais, que começam a ser medidos como uma tática política, um mecanismo de segurança” (LEMOS; NASCIMENTO; SCHEINVAR, 2010, p. 98). O aparelho de proteção social confunde, então, proteção com vigilância, controle e prevenção; e, em prol da segurança social, sob a marca judiciária da tutela, a infância e a adolescência pobres são universalmente instituídas na intersecção entre o campo da medicina, da justiça e da assistência. Dessa maneira, “reencontra-se na segurança o mesmo apetite insaciável de saber: a partir do momento em que é submetida a um risco, uma população será incessantemente vigiada, controlada, observada, decomposta, recomposta.” (EWALD, 2000,

p.111). A preocupação com a adolescência se coaduna, pois, ao programa de gestão racional das populações concernente ao projeto maior de construção da nação brasileira.

Dessa maneira, a noção de periculosidade é disseminada, também, pelas próprias políticas destinadas a essa população. Assim, com o investimento na definição de políticas sistemáticas de intervenção que visassem à recuperação dos filhos da pobreza, as instituições de vigilância serão as principais tecnologias.

Esse aparato institucional se configura, ainda, como possibilidade para o exame desses sujeitos e incorpora os avanços do saber psiquiátrico e psicológico, bem como da organização da psiquiatria infantil¹⁶. Isso porque, a produção acadêmica acerca da infância começa a se organizar também nas primeiras décadas do século XX e as instituições, principalmente as educacionais, serão um ponto de ancoragem importante para a produção dos dados e aplicação das intervenções a partir da problemática dos testes de inteligência e do desenvolvimento mental como possibilidade para a busca das patologias do adulto na criança (ASSUMPÇÃO Jr., 2012). Dessa maneira, além da criação das alas infantis nos hospitais psiquiátricos, outras instituições de pesquisa e formação são inauguradas, na década de 1920, como, por exemplo, o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico de Minas Gerais – criada pela psicóloga Helena Antipoff –, e o Instituto de Psicologia – criado pelo psiquiatra Ulysses Pernambuco (RIBEIRO, 2006).

O paradigma psiquiátrico orientador dessas práticas é sustentado, pois, por uma visão biologicista que associa não só as questões psiquiátricas, mas também sociais, a uma causalidade biológica. Assim, “a psiquiatria infantil portava, em seu bojo, portanto, todo o conteúdo ideológico representado pelas ideias de higiene mental associados aos preconceitos, estigmas e estruturas de segregação existentes na época” (ASSUMPÇÃO Jr., 2012, p.7). Herdando as propostas higiênicas da medicina social e da psiquiatria de Morel tem como principais projetos a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos a partir dos trabalhos de higiene mental realizados nos estabelecimentos psiquiátricos, destacando-se, mais uma vez, o papel assumido pelo saber psiquiátrico de defensor da ordem social (COSTA, J., 2007).

¹⁶ Ainda que a nomenclatura da especialidade da “psiquiatria infantil” pareça destacar apenas a infância como objeto de estudo e intervenção, ocupava-se, também, da adolescência. Contudo, em seu início as definições conceituais acerca da adolescência estavam se formando, o que impede que se fale deliberadamente em adolescência. Ao longo dos anos, o conceito fora incorporado modificando-se a nomenclatura para psiquiatria da infância e da adolescência e, mais recentemente, psiquiatria do desenvolvimento.

O higienismo, aliado aos ideais eugênicos e à teoria da degenerescência de Morel, concebe que os vícios e as virtudes são, em grande parte, originários dos ascendentes. Afirma que aqueles advindos de “boas famílias” teriam naturalmente pendores para a virtude. Ao contrário, aqueles que traziam “má herança”, leia-se os pobres, seriam portadores de degenerescências. Dessa forma, justifica-se uma série de medidas contra a pobreza, que passa a ser percebida e tratada como possuidora de uma “moral duvidosa” transmitida hereditariamente (COIMBRA & NASCIMENTO, 2009, p. 60).

Corrobora-se, dessa maneira, com o fortalecimento e naturalização de uma noção universal de sujeito e das práticas de prevenção aos que escapam a essa universalidade, o que reafirma as relações imediatas construídas entre pobreza e periculosidade, bem como a necessidade de manter esses sujeitos sob as rédeas do saber-poder psiquiátrico. Sustentadas na noção dos riscos, as práticas psiquiátricas tomam como referência a possibilidade da ocorrência de eventos futuros e se organizam, então, enquanto estratégias de domesticação desses elementos (HILLESHEIM & CRUZ, 2008).

Uma das principais práticas organizadas a partir dessa proposta do saber psiquiátrico, destinadas à população juvenil considerada perigosa, serão as práticas de institucionalização. Consideradas ideais para as intervenções preventivistas, e para a retirada desses sujeitos do convívio social, são disseminadas amplamente durante o século XX, caracterizando esse período como um momento de apogeu do internamento. Essas estratégias se organizam, grosso modo, em duas vias: educacionais e correccionais, ambas organizadas a partir de um mesmo tipo poder: poder de sequestração que atuará, basicamente, como via de garantia ao mesmo tempo de proteção e recuperação (FOUCAULT, 1991).

Roberto Machado et. al. (1978) destacam que esse poder de sequestração será a principal estratégia de aproximação entre Estado e saber psiquiátrico. Isso porque, permitirá que as ações estatais de isolamento e exclusão sejam legitimadas técnica e cientificamente pela psiquiatria. Tais práticas se iniciam com o sequestro do louco “para garantir os seus direitos e ao mesmo tempo que para prevenir a sua periculosidade” (p. 489) e daí se estendem à todo o campo social em defesa da sociedade, contra os indesejáveis e indisciplinados. “O governo dos loucos – o governo dos presos, doentes, prostitutas, escolares, soldados, operários – permite a aplicação de técnicas médico-políticas de controle em proveito de um Estado cuja ação legal é medicamente orientada” (p. 492).

As estratégias médico-psicológicas, psiquiátricas e sociais organizadas em torno das estratégias preventivas assumem, assim, um papel de rastreadora de riscos, das virtualidades do perigo. Prevenir torna-se, antes de tudo, vigiar (CASTEL, 1987).

Assim [...] criaram-se postos de atendimento de saúde, o que permitiu a profissionais de medicina, educação e psiquiatria, ao lado de homens de Estado e da Lei, administrarem recursos e com eles, a forma de vida das classes populares [...]. Um projeto mais policial do que psicopedagógico, portanto; muito embora, o atendimento psicológico, educativo e sanitário tenham sido o instrumento (GUIRADO, 1984, p. 37).

As instituições educacionais, os colégios internos, se ocupavam, pois, dos considerados recuperáveis – aqueles retirados das famílias pobres consideradas carentes de recursos morais e intelectuais e, por isso, incapazes de afastar as crianças e adolescentes do perigo e da vulnerabilidade das ruas da cidade. Com o investimento no que hoje poderíamos chamar de ensino profissionalizante, o controle do aprendizado intelectual configura-se como dupla estratégia de prevenção: a disciplinarização de condutas e a instauração da moralidade. Assim, vemos que

a disciplina colegial não se deu em função da teoria do aprendizado nem da estrutura e funcionamento dos processos intelectuais. O controle e a regulação do processo intelectual implantou-se no terreno previamente preparado pela higiene (COSTA, J., 2004, p. 197).

A instituição escolar adquire assim status de primeira instância profilática e as estratégias de regulação do ambiente escolar alcançam, para além da disciplinarização dos gestos e condutas infanto-juvenis, a formação dos trabalhadores e professores da educação pública; o que marca uma extensão das práticas médico-psiquiátricas a todo o campo social. Podemos acompanhar, como um exemplo desse processo, a problematização realizada por Silva et. al. (2010) acerca de um curso de Biopsicologia Infantil requerido, em 1940, pelo Departamento de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e, por isso, passível de ser considerado como uma medida de política pública.

Destinado aos professores das escolas públicas, e ministrado por psiquiatras do Hospital Psiquiátrico Público São Pedro de Porto Alegre, o curso objetivava capacitar os professores para reconhecer as anomalias, defeitos e desvios sociais dos alunos e, assim,

encaminhá-los à psiquiatria para que recebessem o tratamento adequado. Com esse trabalho intuía-se práticas preventivas no nível mais primário das relações sociais, responsabilizando também os educadores pelas distinções entre aptos e inaptos, os normais e os desviantes, e assim entregando-lhes um lugar social de gestores desses riscos potenciais. Para tanto, o curso era dividido em dois grandes temas: os estudos da inteligência e os estudos da moral.

Vemos, assim, um reforço da determinação da educação como uma aresta da medicina social em seu amplo projeto de homogeneização nacional. As instituições educacionais são organizadas, assim, como instrumento de vigilância a serviço dessa adaptação à ordem social. Mais uma possibilidade de disseminação das práticas psiquiátricas ao campo social e fortalecimento da noção de que sem a intervenção médico-educativa essas crianças e adolescentes estariam fadados aos desvios à ordem e à imoralidade e, conseqüentemente, a um outro circuito de institucionalização: o hospital psiquiátrico e as instituições correcionais.

Os hospitais psiquiátricos assumem, nesse momento, basicamente uma função de abrigagem aos menores abandonados a partir do nexos que passa a se estabelecer entre abandono e doença, entre pobreza e degeneração moral. Essa configuração, organizada também na primeira metade do século XX com as primeiras alas específicas à população infanto-juvenil inauguradas nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro e São Paulo, se estende ainda hoje como estratégia de atenção à saúde mental marcadas por um discurso sustentado, ainda, por noções higiênico-morais (SCISLESKI, 2006).

As instituições correcionais, por sua vez, além do abrigo, desenham uma proposta inicial de recuperação. O tratamento emerge, assim, como forma de punição, e a ideia de correção passa a fazer parte das estratégias de proteção, prevenção e assistência. Como resultante dessa aproximação entre as práticas psiquiátricas de tratamento e as práticas jurídicas de punição, é inaugurado o Serviço de Atendimento ao Menor (SAM) que, no bojo do ideário de recuperação, consolida amplamente a política de bem-estar social da primeira república e reforça as associações não só entre abandono-pobreza-adoecimento, como também abandono-pobreza-criminalidade (OLIVEIRA, S. S., 1999). Reforça, ainda as relações entre Direito e Psiquiatria na tutela das periculosidades.

Com um modelo de intervenção baseado na contenção e repressão abrigava os menores delinquentes e, com uma estrutura de base análoga às instituições penitenciárias, acreditava-se poder extinguir a criminalidade a partir da correção das condutas e defeitos morais pela via da disciplina e do trabalho. Ledo engano, o caminho para a institucionalização

apenas (re)marcava sob o crivo da periculosidade e vulnerabilidade, com o aval do saber psiquiátrico, os corpos dos menores pobres e abandonados.

O SAM perdura até o início da década de 1960 quando, com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), os juristas entram conflito em relação ao lugar social desses menores: objeto do direito penal ou cidadãos de direitos? (RIZZINI, 1995). Desse embate, desdobram-se práticas que possibilitaram incluir minimamente elementos do direito civil preservando, contudo, em primeiro plano as ações coercitivo-penais. Entre essas estratégias, vemos primeiramente a instauração, pelo governo militar, da Política de Bem-Estar do Menor (PNBEM) e da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM) como novo órgão de proteção que incorpora o patrimônio e as atribuições do antigo SAM.

A tutela estatal torna-se política nacional criando, para isso, uma nova instituição que incorporar essas práticas: a Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (FEBEM).

Art. 5º A Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor tem como objetivo formular e implantar a política nacional do bem estar do menor, mediante o estudo do problema e planejamento das soluções, a orientação, coordenação e fiscalização das entidades que executem essa política.

Parágrafo único. As atribuições do atual Serviço de Assistência a menores passam à competência a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (BRASIL, 1964, s/n).

Principal instituição desse novo processo, a FEBEM possibilita uma ampliação do alcance das práticas e complexos de internação em todo o país, uma vez que passam a ser parte do aparato institucional dos governos estaduais. Essa instituição pode ser considerada como uma das grandes derivadas das relações de poder que marcaram as décadas de 1960 e 1970 no Brasil: período mais acirrado do regime político totalitário da ditadura militar brasileira. Preservam, também, as formas de tratamento coercitivas que endossam a regularidade da produção da concepção de adolescência pobre atrelada ao perigo junto a um discurso de prevenção que reforça sua conotação de compromisso com a segurança nacional.

Outro desdobramento de tais práticas tutelares foi a organização de uma revisão do Código de Menores com uma nova promulgação em 1979.

Art. 1º Este código dispõe sobre assistências, proteção e vigilância a menores:

I – até dezoito anos de idade, que se encontrem em situação irregular;

II – entre dezoito e vinte e um anos, nos casos expressos em lei.

Parágrafo único – As medidas de caráter preventivo aplicam-se a todo menor de dezoito anos independentemente de sua situação (BRASIL, 1979, s/n).

Com essa reformulação do Código, a concepção de menor passa a ser constituída em duas vias: a) relacionada às preocupações com a regulação dos distúrbios sociais e a criminalidade juvenil; b) consonante ao Código Penal Brasileiro¹⁷, promulgado em 1940, que determinava os 18 anos como maioridade penal. A preocupação do Estado se mantém, ainda, em prol da garantia da tranquilidade social com ações paliativas de controle social reforçando as já disseminadas práticas de institucionalização daqueles considerados “em situação irregular” ou inadaptados à sociedade: os abandonados; os carentes; os infratores; os que apresentavam condutas ditas anti-sociais; deficientes, ociosos e desviantes aos ideais de ordem e progresso afirmando as práticas preventivas como principais estratégias (BRASIL, 2005) (ARANTES, 1999).

A ampliação dessas categorias de perigo permite que, junto à FUNABEM, e na tentativa de se esquivar das críticas crescentes ao sistema repressivo e coercitivo que o representava, incorpora-se um novo pressuposto: o menor antissocial reconhecido como “doente” e, por isso, passível de tratamento. Novas práticas para velhos problemas: a ação corretiva da FUNABEM, materializada nas FEBEMs, passa a se organizar em torno de terapêuticas que visassem, além de recuperar, formar os sujeitos para a vida em sociedade (GUIRADO, 1984). Uma estratégia que se torna prática de saúde, sem ser necessariamente nominada como tal, mantendo o lugar de instrumento de controle social outrora outorgado as ações em saúde.

Fortalece-se, novamente, a configuração de uma assistência técnico-jurídico-policia em que educadores, sanitaristas, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras atuam como um braço do Juiz – por sua vez, braço do Estado – nas ações de reeducação pela vigilância e o controle. Reforça-se, com isso, o cordão sanitário formado em torno do desenvolvimento

¹⁷ O Código Penal Brasileiro elaborado em 1940 reflete, também, a preocupação com os perigos à ordem correspondente aos anseios do direito moderno. Como bem destacado por Salete Oliveira, “o discurso que permeia todo o direito penal moderno tem como um dos principais pressupostos o conceito de periculosidade, assentado no saber do exame que comporta uma argumentação exterior ao próprio direito, mas simultaneamente, incorporado por ele” (OLIVEIRA, S. S., 1999, p. 76).

humano desde o início do século e a ampliação dos circuitos de controles e segurança a partir do fortalecimento das práticas de prevenção.

Deparamo-nos, ainda nessa mesma regularidade discursiva, com o auge das produções dos Manuais de Psicologia do Desenvolvimento ocupados com a definição das características e delimitações da adolescência como fase do desenvolvimento e da descrição dos comportamentos juvenis (PFROMM NETO, 1971) (DOTTI, 1973). Caracterização tal que consolida, como vimos, as noções de crise e vulnerabilidade como inerentes a esses sujeitos e definidoras de seus comportamentos marcando, contudo, as diferenças, também históricas, entre duas adolescências, a burguesa e a pobre, a partir, justamente, do elemento das patologias sociais.

A novidade introduzida pelo discurso da psicologia do desenvolvimento em relação ao antigo discurso filantrópico, que enxergava a delinquência juvenil como vinculada apenas às patologias sociais, foi o estabelecimento de uma ligação natural entre delinquência e adolescência. A partir de então, a delinquência juvenil passou a ser abordada não apenas através do ponto de vista das teorias sociais e morais, mas também e cada vez mais pela perspectiva naturalizante da psicologia do desenvolvimento, que colocava o comportamento transgressor da adolescência no âmbito da natureza (CÉSAR, 1999, p.3).

Seguindo, ainda, a discussão realizada por César (1999) podemos perceber que o caráter determinista do comportamento transgressor transforma o risco de transgressão em um dado natural. A incorporação e composição de tais teorizações constituem, pois, terreno fértil para o fortalecimento da aliança jurídico-psicológica, e jurídico-psiquiátrica, já organizada na afirmação e produção da delinquência como inerente a população juvenil pobre e como risco a ser prevenido e tratado.

Essa regularidade de práticas é inerente a própria formação discursiva da psiquiatria à época: paradigma preventivo-comunitário norte-americano que se evidencia, no século XX, como uma corrente de grande influência na organização da psiquiatria brasileira. Herdeira da psiquiatria higienista de Morel, a Psiquiatria Preventivo-Comunitária se orienta com o objetivo de reorganizar a assistência psiquiátrica norte-americana a partir do trabalho direto com a comunidade no nível da prevenção a partir de três programas: prevenção primária – com o objetivo de reduzir os transtornos mentais em uma comunidade; prevenção secundária – programas para reduzir a duração dos transtornos mentais; prevenção terciária – com

programas para reduzir a deterioração que resulta dos transtornos mentais (LANCETTI, 1989).

Esse processo se efetiva, ainda, com a apropriação pelo paradigma da psiquiatria preventiva do campo de saber epidemiológico e sua proposta de produção de um estado normal de saúde coletiva e da noção de risco como um instrumento de organização das ações em saúde. A afirmação do risco como conceito e categoria de intervenção em saúde possibilita a objetivação probabilística da problemática da saúde no âmbito individual e no âmbito das relações causais; estabelecendo-se, também, uma lógica de antecipação do futuro onde “trata-se menos de afrontar uma situação já perigosa do que antecipar todas as figuras possíveis de irrupção do perigo” (CASTEL, 1987, p. 126) caracterizando um uso tecnicista do risco como mecanismo de controle que remonta as funções primordiais da afirmação do saber psiquiátrico enquanto uma tecnologia geral do corpo social:

[...] o projeto psiquiátrico está ligado aos problemas colocados pela sociedade pós revolucionária, industrial e urbana; ele está integrado a toda uma estratégia da regulação, da normalização, da assistência, da aposta no estado de vigilância e de tutela das crianças, dos delinquentes, dos vagabundos, dos pobres, enfim e sobretudo dos operários (FOUCAULT, 2001, p. 273, tradução livre)¹⁸.

O que decorre desse processo, contudo, é uma ampliação ainda maior da função medicalizadora das práticas psiquiátricas. Isso porque com sua expansão ao espaço público a partir das intervenções preventivo-comunitárias no âmbito da saúde mental passa a incorporar sob o crivo da saúde mental tudo aquilo que representasse possível causa de patologias, tudo aquilo que pudesse, de alguma maneira, interferir no bem-estar social idealizado até então. Nesse contexto a doença é considerada um desvio da norma, uma inadaptação ou um desajuste, um desvio, às normas sociais e culturais (LANCETTI, 1989) (LUZIO, 2010).

Nesse sentido, a localização da adolescência sob o paradoxo insolúvel do normal e do patológico, derivada desse processo, possibilita a abertura de/para uma proliferação das práticas psiquiátricas no campo social, com a produção de

saberes especializados na saúde mental da infância e da adolescência, criando também uma especificidade de intervenções e políticas no âmbito da

¹⁸ “Le projet psychiatrique est lié aux problèmes posés par la société postrévolutionnaire, industrielle et urbaine; Il s’est intégré à toute une stratégie de la régularité, de la normalisation, de l’assistance, de la mise en état de surveillance et de tutelle des enfants, des délinquants, des vagabonds, des pauvres, enfin et surtout des ouvriers”.

produção de uma ideia de saúde associada aos critérios de normalidade socialmente aceitos (SILVA et. al., 2010, p. 409).

2.1.1 Os manuais de diagnósticos psiquiátricos como estratégia de controle das condutas

As relações securitárias estabelecidas entre risco e prevenção têm sua possibilidade de ampliação e extensão social amplamente efetivada, no campo da saúde mental, com o fortalecimento dos Manuais de Diagnóstico e Estatísticas de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM)¹⁹. Elaborados pela Associação de Psiquiatria Americana (APA) configura-se como instrumento principal para a atuação e divulgação dessa proposta psiquiátrica, bem como para a elaboração de um sistema classificatório numa tentativa homogeneizar a ocorrência das patologias psíquicas. Esses manuais começam a ser elaborados na década de 1950, mas é a edição publicada na década de 1980, o DSM-III, a representante maior das práticas da psiquiatria preventivo-comunitária; principal representação da instauração de uma lógica classificatória das condutas humanas e da ascensão da psiquiatria biológica sustentada em uma compreensão fisicalista do ser humano (MAYES e HORWITZ, 2005).

Nos anos 2000 duas novas versões foram publicadas: a quarta versão em 2002 e a quinta versão em 2013; ambas reforçando, com a ampliação desenfreada das categorias diagnósticas o processo de biologização e psiquiatrização da vida. É importante destacarmos que os organizadores do manual posicionam o instrumento como não-teórico, ainda que possamos identificar na maneira nosológico-descritiva com que apresentam as categorias, as bases do paradigma psiquiátrico biológico. Tal posicionamento é defendido com a intenção de que o material possa ser utilizado pelos médicos indiscriminadamente; indicação que corrobora,

¹⁹ A ampla divulgação da psiquiatria preventiva a todos os setores e demandas sociais é viabilizada, na segunda metade do século XX, com a criação dos Manuais de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM). Apesar de sua elaboração estar vinculada, baseada e direcionada ao contexto norte-americano, esses materiais são utilizados como referências nas pesquisas, na formação e no ensino em saúde mental em todos o mundo; é, ainda, incorporado pelo Catálogo Internacional de Doenças (CID) na seção direcionada às categorias de diagnóstico no âmbito da saúde mental. Até hoje foram publicadas cinco edições, sendo a primeira em 1952 e a última em 2013. A maior preocupação e crítica em torno desses materiais é a ampla abrangência de sinais e sintomas componentes das categorias diagnósticas; fato que possibilitou que, a cada nova edição, um número maior de categorias emergisse: de 106 categorias de diagnósticos na primeira edição, em 1952, para 297 categorias na quarta edição revisada, em 2002.

justamente, para universalização dos comportamentos. Impossível, portanto de não afirmar uma posição teórica específica como viemos problematizando até aqui. É, então, justamente

a partir dos pressupostos biológicos, as tecnologias fisicalistas têm expandido seus domínios de atuação, englobando um número cada vez maior de perturbações mentais, assim como as regularidades de comportamentos consideradas desviantes ou socialmente problemáticas, ainda que não reconhecidas uniformemente como pertencentes a uma categoria de perturbação mental codificada (MARTINS, 2008, p. 333).

O compromisso com a prevenção angaria, pois, a população infanto-juvenil como via para possibilidade de tratar os transtornos mentais o mais cedo possível. Nesse sentido, uma seção do DSM merece destaque: a seção nomeada *Distúrbios que habitualmente se manifestam primeiro na infância ou adolescência* (DSM, 1989) renomeada para *Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência*²⁰ (DSM, 2002). Dessa seção, destacaremos as descrições acerca dos Transtornos de Déficit de Atenção e os Disruptivos, em especial a classificação dos Transtornos do Comportamento Disruptivo, como possibilidade para evidenciar, justamente, as implicações desse saber psiquiátrico na produção do comportamento transgressor adolescente como patológico.

Nessa classificação são definidas as categorias: transtorno da conduta e transtorno desafiador de oposição caracterizados, respectivamente, por um “padrão de comportamento que *viola os direitos individuais dos outros* ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade” (DSM, 2002, p. 72, grifos nossos) e por um “padrão de comportamento negativista, hostil e desafiador” (Idem, p.72). Características que possibilitam a afirmação de um processo de estatização do biológico, onde ao definir a normalidade a “partir da inadaptação social é aceitar mais ou menos a ideia de que o indivíduo deve aderir à maneira de ser de uma determinada sociedade e, portanto, adaptar-se a ela como uma realidade que seria ao mesmo tempo um bem” (CANGUILHEM, 2002, p. 255).

²⁰ Na última edição do DSM (2013) essa seção não é apresentada. As seções são intituladas com as próprias categorias. Não é possível, então, encontrar, de imediato, quais seriam as categorias relacionadas especificamente à infância e adolescência; podem ser encaixadas, agora, em qualquer quadro sintomático. Há, contudo, em algumas categorias, a indicação da prevalência do transtorno na infância e/ou adolescência. Essa nova organização resulta, acreditamos, da própria indicação do DSM IV (2002) na introdução da seção destinada à infância e adolescência: “o oferecimento de um seção separada para os transtornos que geralmente são diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência serve apenas a razões práticas, e não pretende sugerir a existência de qualquer distinção clara entre transtornos “da infância” e “da idade adulta” [...]. Para a maior parte dos transtornos do DSM-IV [...], um único conjunto de critérios é oferecido, aplicando-se a crianças, adolescente e adultos (p. ex., se uma criança ou adolescente tem sintomas que satisfazem os critérios pra Transtorno Depressivo Maior, este diagnóstico deve ser dado, não importando a idade do indivíduo)” (p.71) .

Debruçando-nos mais detalhadamente aos Transtornos da Conduta, encontramos outros elementos que evidenciam esse processo. O cerne dessa definição é o comportamento agressivo, provocador e/ou ameaçador da criança e, principalmente, do adolescente. Contudo, a lista apresentada com os sinais a compor o diagnóstico é muito abrangente, reunindo sob a mesma categoria quatro agrupamentos: 1 – conduta agressiva causadora ou com perigo de lesões corporais a outras pessoas ou a animais: comportamento de provocação, ameaça ou intimidação, fazer uso de arma que possa causar lesão corporal, demonstrar crueldade física com as pessoas ou animais, roubar em confronto com a vítima (desde “bater carteira” à assalto a mão armada), forçar alguém a manter relações sexuais; 2- conduta não agressiva que causa perdas ou danos ao patrimônio: se envolver em lutas corporais, provocar incêndios, atos de vandalismo em geral, furtos sem confronto com a vítima; 3 – defraudação ou furto: arrombamento de estabelecimentos e automóveis; 4 – sérias violações de regras: mentir, não cumprir promessas em benefício próprio, violações de regras parentais como a permanência fora de casa durante a noite contra a vontade dos pais, fugas de casa durante a noite (pelo menos duas vezes, ou uma vez sem retorno), faltas à escola sem justificativa (DSM, 2002, 2013). E, mais, os níveis de gravidade do transtorno dependerão, necessariamente, do efeito das condutas sobre os outros.

Vemos, assim, que apesar de necessariamente vinculados às relações e contextos sociais, uma vez que o comportamento antissocial só é possível a partir da interação com a sociedade, reforça-se a noção de que tais condutas são sintomáticas de uma “disfunção básica interior ao indivíduo” (DSM, 2002, p. 122). Elementos que nos apresentam um posicionamento teórico atrelado, pois, ao paradigma psiquiátrico aqui apresentado que busca comprovar a organicidade dos transtornos mentais e corrobora com práticas de responsabilização e culpabilização individual das condutas e comportamentos, bem como com as correlações entre pobreza e comportamento desviante patologizado.

É possível destacar essa postura no trecho em que são apresentados fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno. De uma maneira muito sutil, as condições que caracterizam a população pobre brasileira como, por exemplo, família numerosa e exposição à violência no bairro em que reside, são incluídas como fatores para o desenvolvimento do transtorno da mesma maneira que problemáticas mais complexas como abuso físico e sexual e a negligência parental. Associa-se, ainda, aos riscos, o gênero masculino, os comportamentos sexuais, o consumo de álcool e outras drogas, o baixo rendimento escolar e a falta de supervisão da família (DSM, 2002, 2013).

Encontramos tais associações reificadas, ainda, em outros documentos dedicados à divulgação da psiquiatria da infância e adolescência como, por exemplo, a publicação brasileira *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*²¹, com sua segunda edição publicada em 2012:

os fatores ambientais mais relacionados aos transtornos disruptivos são pobreza, falta de moradia, casas com muitos moradores, desorganização social, vizinhança violenta, doença mental familiar e pobre funcionamento familiar associado a maus tratos como abuso físico, sexual, abuso psicológico, abandono, negligência (ANDRADE, 2012).

Essa descrição simples e esvaziada de problematização dificulta a discussão necessária acerca da saúde mental como um processo complexo que não se restringe apenas à prevenção e/ou detecção de uma doença. Ignoram-se, pois, aspectos políticos, econômicos e sociais que produzem historicamente essas condições que são consideradas de risco, apresentando um viés muito mais de produção de práticas discriminatórias que produtoras de saúde. Corrobora-se, ainda assim, para a produção de perfis ideais de desenvolvimento e comportamento a favor de um ideal de sociedade, de homem, de família e de moral.

Encontramos, assim, o discurso regular, já mais sofisticado, em relação a organização das práticas de proteção social ao longo do século XX: parece-nos permanecer a preocupação mais com a defesa da sociedade, com a garantia da ordem social, do que de fato com a proteção e cuidado desse sujeitos. Esses sujeitos, e a saúde, aparecem em segundo plano, mantendo-se o lugar de subterfúgio e instrumento de garantia do bem-estar social e moral. Isso porque, a indicação de mentiras, faltas à escola, comportamentos desafiadores retomam uma preocupação com a disciplina das condutas e dos gestos e com a preservação dos bons costumes.

Assim, com a afirmação das categorias diagnósticas e, junto a isso, as possibilidades de investimento em intervenções precoces, reafirmam a adolescência como o principal alvo dessas ações, reforçando, ainda, as aceções que equivalem o comportamento juvenil as

²¹ Único Tratado produzido no Brasil esse documento teve sua segunda edição publicada em 2012, organizado por Assumpção Jr. e Kuczynski é composto por textos de vários outros autores – psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, neurologistas, pediatras, neuropediatras, professores. Com pouco mais de 1000 páginas se apresenta com a função de manual aos trabalhadores da saúde e caminha da história da psiquiatria infantil brasileira à descrição das categorias dos transtornos mentais infanto-juvenis. Embora, em alguns momentos, apresente breves indicações acerca da necessidade de avançar a discussão da problemática infanto-juvenil para além das questões biológicas e organicistas, a maioria dos textos ainda prioriza essa dimensão de análise.

inclinações a condutas de riscos ou infradoras da ordem. A detecção dos riscos, e a posterior definição de estratégias de prevenção se coadunam, assim, à proposta da psiquiatria preventivo-comunitária possibilitando a materialização da aproximação entre o comportamento desviante – do pobre – e a patologia psíquica categorizada como conduta antissocial. Conduta que tem no bojo de sua definição as tipologias de comportamento muito próximas ao que se definiu, como vimos, como comportamento do adolescente normal.

Dessa maneira, todos os adolescentes, com destaque aos pobres, passam a ser considerados “em situação de risco” de desenvolvimento de condutas antissociais, tornado-se passíveis, portanto, a intervenções sociais e, mais que isso, psicossociais. A rebeldia natural, apresentada por Aberastury & Knobel (1985) é paulatinamente transformada em delinquência juvenil. O adolescente pobre, em perigo, é transformado em perigoso; a crise normal dessa adolescência é transformada em risco de transgressão. Nessa conjuntura, podemos pensar, então, que a condição adolescente já é, em si, um risco?

Como vimos, em um cenário que coaduna práticas políticas, assistencialistas, higiênicas e repressivas os discursos de proteção corroboram, pois, práticas de exclusão. O século XX é atravessado por uma construção de um não-lugar social para a adolescência pobre e suas demandas. Nesse cenário, a saúde pública não aparece como uma política ou um campo, mas como mais um instrumento de controle social que permite a produção e preservação de normas morais e sociais. A concepção de saúde que sustenta essas práticas permanece atrelada à noção de simples ausência de doença, de impedimento de que a doença se manifeste, do sofrimento como ameaça. Corroboram, ainda, para o fortalecimento do binômio problema-solução em que os sujeitos são exclusivamente responsabilizados seja pelo seu padecimento seja pelo seu tratamento – aqui considerado como a busca pela normalidade outrora perdida (LUZIO, 2010).

Contudo, não devemos perceber esse cenário como uma construção em via única. Apesar de uma implantação secular e massiva, tais propostas não se desdobraram sem resistência. Em fins do século XX, momento político definidor de caminhos para o processo de redemocratização nacional no Brasil, eclode uma série de lutas e movimentos em prol da

construção de possibilidades de enfrentamento às práticas e políticas hegemonicamente assistencialistas e produtoras de exclusão.

2.2. O Estatuto da Criança e do Adolescente, a Reforma Psiquiátrica e a construção de um novo olhar à saúde

As possibilidades de atenção à infância e adolescência estão atreladas, necessariamente, a consideração desses sujeitos como cidadãos de direitos. A condição que se tinha, contudo, até fins do século XX, não favorecia esse processo. A noção de proteção disseminada pelas políticas estatais somente reforçavam a condição de tutela a que esses sujeitos estavam submetidos.

Esse modelo de atenção, contudo, adquire a representação maior da produção de exclusões que se consolidou ao longo do século do século XX. E, em meados da década de 1980, junto ao processo de abertura política e redemocratização do país, as críticas e questionamentos se tornam mais veementes e incisivos em relação a eficiência do Estado menos um protetor do que um produtor de “*menores abandonados, menores de rua, menores em situação de risco*, mediante políticas/práticas de exclusão social” (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005, p. 45, grifos das autoras).

A mudança desse cenário se inicia a partir de uma ampla mobilização política e social nacional com a luta pelos direitos sociais básicos e o fortalecimento do processo de redemocratização do Brasil. Um dos marcos desse processo é a elaboração da Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como Constituição Cidadã por inaugurar um novo momento em termos de cidadania e de avanço social democrático a partir da garantia dos direitos humanos de maneira igualitária. Torna-se possível, a partir de então, ampliar as discussões sociais, as funções do Estado na garantia desses direitos, bem como o lugar de cada sujeito nesse processo. Torna-se possível, também, falar de infância e adolescência enquanto prioridades junto à ação estatal.

Nesse sentido, no texto da Constituição os direitos da criança e do adolescente já aparecem em destaque:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010) (BRASIL, 1988, s/n.).

Somando-se a isso a realização da *Convenção sobre os Direitos da Criança* realizada em 1989, um novo lugar começa a ser pensado às crianças e adolescentes. No Brasil, um esboço de mudança se efetiva com a promulgação do *Estatuto da Criança e do Adolescente*²² (2010), Lei Federal 8.069/1990 que revoga o Código de Menores de 1979.

Nele, a infância e adolescência adquirem *status* de sujeitos de direitos – revelando a profunda alteração representada em termos legislativos, normativos, culturais e conceituais para as diretrizes, políticas públicas e serviços destinados ao atendimento da criança e do adolescente no Brasil (PEREZ & PASSONE, 2010, p. 651, grifo dos autores).

Configura-se, assim, um novo cenário no âmbito da assistência à infância e adolescência e na definição de suas especificidades enquanto etapas do desenvolvimento humano. O ponto principal é a revogação da separação entre “menores” e crianças e adolescentes. Novas nomenclaturas se definem: são crianças aqueles com 12 anos de idade incompletos e adolescentes aqueles entre 12 anos completos e 18 anos de idade incompletos.

Além localização das crianças e adolescentes como cidadãos - sujeitos de direitos e deveres – o principal posicionamento em oposição à legislação anterior é a proposta de uma política de proteção integral universal em prol da garantia de condições de desenvolvimento para a toda a população infanto-juvenil sem distinção socioeconômica. Uma tentativa de sanar as práticas históricas de discriminação e de produção de infâncias e adolescências desiguais (COIMBRA & NASCIMENTO, 2009).

A nova noção de proteção traz, em seu bojo, uma tensão entre a produção de autonomia e a função de tutela outrora exercida amplamente pelo Estado no direcionamento das práticas e políticas de assistência a essa população.

²² Edição Especial, com revisão e inclusão de novos artigos, comemorativa dos 20 anos de promulgação da Lei federal 8.069/1990 que promulgou o Estatuto da Criança e Adolescente como legislação magna que garante os direitos e deveres das crianças e adolescente brasileiros.

Agora cidadãos de direitos, crianças, adolescentes e suas demandas, tornam-se destaque na agenda dos direitos sociais e, entre eles, está o direito à saúde. A pauta infanto-juvenil é incorporada no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que inaugura um novo modo de se pensar os processos de subjetivação e a atenção e cuidado em saúde mental.

Opera-se, dessa maneira, a proposta de um outro paradigma para a organização das estratégias de cuidado em saúde mental: a Atenção Psicossocial, pautada na reorientação do cuidado em saúde mental e do olhar ao sofrimento psíquico. A inversão nas concepções e práticas de saúde e doença mental é, aqui, o principal fio condutor: inversão, pois, em oposição ao comumente realizado pelo modelo psiquiátrico vigente – priorização da doença em detrimento do sujeito -, a Atenção Psicossocial prioriza o sujeito, colocando a doença entre parênteses para entrar em contato com a existência-sofrimento e assim desnaturalizar as verdades estabelecidas a respeito dos modos de vida e experiência de sofrimento. Saúde e doença são consideradas, aqui, como um processo dinâmico que inclui a participação ativa do sujeito (LUZIO, 2010).

Se a atenção e o cuidado em saúde mental para adultos já se organizam e se fortalecem há algumas décadas – orientados pelo paradigma da Atenção Psicossocial -, a inclusão da infância e da adolescência nessa discussão é recente e considerada um dos grandes desafios das atuais políticas de saúde. Tal lacuna passa a ser minimamente preenchida nas primeiras Conferências de Saúde Mental²³, em fins dos anos 1980 e início da década de 1990. A discussão a respeito da população infanto-juvenil continua na primeira década dos anos 2000 com a publicação do Ministério da Saúde – *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (2005); bem como com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) que organizam as diretrizes para a construção da Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil enquanto uma articulação intersetorial.

Porém, a lacuna existente em relação à organização de uma política estatal, visto que é só em 2005 que a população infanto-juvenil é efetivamente incluída nas propostas de atenção

²³ As Conferências Nacionais de Saúde Mental constituíram-se como um importante instrumento na luta pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Integrando todos os setores da sociedade envolvidos com as questões da saúde mental, possibilita uma discussão exaustiva acerca da situação da saúde mental no país. A primeira Conferência, realizada junto a 8ª Conferência Nacional de Saúde, é considerada um marco para a consolidação do movimento, bem como para o processo de elaboração de propostas para a inserção das ações de saúde mental nas ações de saúde em geral. Anterior a legislação federal a respeito da saúde mental, as discussões e o relatório provenientes desse encontro são um documento essencial para a compreensão das primeiras estratégias organizadas para a problematização da reorganização da assistência à saúde mental brasileira em seus atravessamentos políticos, científicos, econômicos e sociais.

em saúde mental, assim como a urgente necessidade de pensar tal processo de cuidado, não é uma situação exclusiva do Brasil. Foi somente em 2003 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou suas primeiras deliberações a respeito do cuidado para crianças e adolescentes em sofrimento psíquico determinando, assim, esse mesmo ano como o ano da saúde mental infanto-juvenil. A partir daí, elabora o *Plano de Cuidado à Saúde Mental da Criança e do Adolescente* com o intuito de formalizar e articular a organização das políticas de saúde mental infanto-juvenis em todo o mundo.

É no relatório intitulado *Caring for children and adolescents with mental disorders – settings WHO directions* (2002) que a OMS destaca a necessidade de criar deliberações gerais para a organização e implantação dessas políticas: “Ao longo da história do Programa de Saúde Mental da OMS a atenção dedicada às crianças e adolescentes não foi proporcional àquela dedicada aos adultos e idosos” (WHO, 2002, p. 1, tradução livre)²⁴. Sublinha, ainda, a preocupação com as condutas medicalizantes que se instalaram com a ausência das políticas de saúde destinadas a essa população.

Nós estamos bem conscientes dos riscos inerentes de medicalização em qualquer discussão sobre problemas de saúde mental de crianças e adolescentes – ou pior, sua ‘psiquiatrização’ –, dos problemas da vida e do desenvolvimento psicossocial normal. Nós também estamos conscientes sobre os interesses espúrios, perigosos e imparciais, de uma abordagem imparcial e objetiva das questões do desenvolvimento normal, que tendem a colocar indevidamente muitos problemas da vida normal na cesta de ‘transtornos mentais’ (WHO, 2002, p. 1, tradução livre)²⁵.

Resultado de um encontro entre diversos líderes mundiais, esse documento orienta a elaboração do *Child and Adolescent Mental Health Care Plan*²⁶ com o intuito de organizar, e implementar, o cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes em todo o mundo. Para tanto, a OMS se propõe a: identificar as lacunas no tratamento; promover treinamento e

²⁴ “throughout the history of WHO Mental Health Programme the attention dedicated to children and adolescents has not been commensurate with that dedicated to adults and the elderly”.

²⁵ “We are well aware of the risks inherent of medicalization in any discussion of mental health problems of children and adolescents – or worse, its ‘psychiatrization’ – of problems of normal living and normal psychosocial development. We also aware of the many spurious interests endangering an unbiased, objective approach to normal developmental issues, that tend to unduly put many problems of normal living in the basket of “medical mental disorders”.

²⁶ Plano de cuidado à saúde mental da criança e do adolescente (tradução livre).

formação para os profissionais que trabalham com essa população; encorajar um tratamento humanizado; promulgar políticas modelo de saúde mental infanto-juvenil.

Para conhecer, então, o cenário que se apresenta, a OMS organiza uma nova ferramenta: o Projeto Atlas/WHO – *Children and adolescent mental health resources. Global concerns: implications for the future* (2005)²⁷ ²⁸. Essa edição do projeto intenta fornecer informações a respeito dos recursos mundiais para o desenvolvimento de programas de Saúde Mental, o que inclui: as políticas de saúde disponíveis, os recursos profissionais e os mecanismos de financiamento de serviços.

Estamos esperançosos que o Atlas de saúde mental da criança e do adolescente irá estimular o debate sobre o desenvolvimento dos recursos da saúde mental da criança e do adolescente ao nível do país. O Atlas, unido a política e ao pacote de serviços de orientação em saúde mental da criança e do adolescente da OMS, e o Instrumento de Avaliação de Sistemas de Saúde Mental da OMS, fornece ferramentas anteriormente indisponíveis para ajudar os governos e outras partes interessadas em apoiar o desenvolvimento dos serviços de saúde mental da criança e do adolescente (WHO, 2005, p.5, tradução livre)²⁹.

Recolhendo dados, em nível mundial, a respeito da necessidade de serviços de saúde mental infanto-juvenil, da existência deles e dos recursos destinados a eles, o documento apresenta o seguinte cenário a respeito da situação da rede de saúde mental infanto-juvenil mundial.

No âmbito epidemiológico sugere a prevalência de 20% de transtornos mentais em crianças e adolescentes no mundo; indica que metade dos casos de transtornos mentais se inicia em torno dos 14 anos de idade e destaca, ainda, a crescente medicalização desses

²⁷ O Atlas é um projeto da Organização Mundial da Saúde em parceria com a World Psychiatric Association Presidential Global Programme on Child Mental Health e com a International Association for Child and Adolescent Mental Health and Allied Professions. Buscam realizar uma cartografia, e um diagnóstico, da situação da saúde mundial e, com isso, indicar caminhos para as políticas de saúde. Conta com publicações de diferentes temas da saúde coletiva e mental que podem ser acessadas na plataforma online: www.who.int/globalatlas/.

²⁸ Recursos para a saúde mental de crianças e adolescente. Preocupações globais: implicações para o futuro (tradução livre)

²⁹ “We are hopeful that the child and adolescent mental health Atlas will stimulate debate on the development of child and adolescent mental health resources at the country level. The Atlas coupled with WHO’s policy and service guidance package on child and adolescent mental health and WHO Assessment Instrument for Mental Health Systems provides previously unavailable tools to help governments and other interested parties to support the development of child and adolescent mental health services”.

sujeitos, bem como a ausência de fiscalização a respeito da prescrição de psicotrópicos para a população infanto-juvenil como o ponto mais delicado e que necessita maior atenção;

Em uma era em que há grande entusiasmo para melhor entendimento dos fundamentos biológicos dos transtornos mentais e uso de medicamentos para tratamento, deve-se lembrar que o objetivo para o cuidado de crianças e adolescentes é promover um tratamento racional. O tratamento deve ser baseado na promoção de uma avaliação diagnóstica ampliada e a utilização de terapias que tenham demonstrado um efeito positivo e que não cause danos (WHO, 2005, p. 25, tradução livre)³⁰.

[...] em mais de 70% dos países pesquisados não há uma lista básica para a medicação psicotrópica da criança. Raramente há alguma indicação de um sistema nacional para o controle da prescrição de medicamentos psicotrópicos para crianças e adolescentes (WHO, 2005, p. 25, tradução livre)³¹.

Somam-se a isso, as lacunas nas políticas e gestão enquanto uma problemática, também mundial, da saúde mental infanto-juvenil. De acordo com o Atlas (WHO, 2005) apenas 7% dos países³² pesquisados (191 no total) apresentavam política de saúde mental para infância e adolescência claramente articulada. Entre as ausências, a maioria está nos países em que há maior porcentagem de crianças e adolescentes em suas populações. Além disso, a insuficiência universal na provisão de recursos e a inexistência de uma sistematização de dados para acompanhamento e avaliação dos serviços configuram importantes indicadores da necessidade de investimentos nos serviços destinados a essa população. As preocupações da

³⁰ “In an era when there is great enthusiasm for better understanding of the biological underpinnings of mental disorders and use of medications for treatment, it must be remembered that the goal for the care of children and adolescents is to provide rational treatment. Treatment must be based on the provision of an appropriate comprehensive diagnostic evaluation and the utilization of therapies that have been demonstrated to have a positive affect and that do no harm”.

³¹ “[...] in more than 70% of the countries surveyed there is no essential drug list for child psychotropic medication. Rarely is there any indication of a national system for the control of the prescription of psychotropic medications for children and adolescents”.

³² De acordo com os dados apresentados no relatório, 191 países foram contatados para a realização da pesquisa, entretanto, os dados de apenas 66 países foram utilizados. A distribuição geográfica desses países é apresentada da seguinte: Americas – 9 países (entre eles o Brasil); Africa – 15 países; Europe – 25 países; Eastern Mediterranean – 8 países; South-East Asia – 3 países; e Western Pacific – 6 países (WHO, 2005, p. 10). Além da apresentação dos dados por regiões, em alguns momentos, dividem os países em desenvolvidos (*developed countries*) e países em desenvolvimento (*developing countries*). Por estarem apresentados nessas duas categorias, não foi possível identificar dados de países em específico, como, por exemplo, do Brasil. Há um destaque a respeito do Brasil na seção *Rights of the children and adolescence*, na qual se destaca o Estatuto da Criança do Adolescente como importante estratégia e instrumento de garantia dos direitos para essa população.

OMS se estendem, ainda, a pouca oferta de formação profissional adequada, em todas as áreas, para o trabalho com crianças e adolescentes.

Além desses desafios inerentes à organização e a implantação das políticas de saúde mental, há ainda um impasse local, talvez o principal, para a efetiva consolidação de uma Política Nacional de Saúde Mental no Brasil comprometida com promoção da saúde a partir de um campo complexo: a convivência entre as propostas apresentadas por nós ao longo desse capítulo – as propostas pautadas no paradigma da Psiquiatria Biológica e as propostas orientadas pelo paradigma da Atenção Psicossocial, com preponderância das primeiras (LUZIO, 2010).

É sobre esses embates que nos debruçaremos na segunda parte de nosso trabalho, a fim de problematizar como as propostas e práticas desses dois paradigmas se apropriam da adolescência na contemporaneidade, partindo do pressuposto de que a Atenção Psicossocial pode funcionar como estratégia de resistência à psiquiatrização do comportamento adolescente que se engendra desde o século XX.

SEGUNDO CENÁRIO

POLÍTICAS E PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS EM SAÚDE MENTAL PARA A ADOLESCÊNCIA: reflexões sobre a psiquiatria do desenvolvimento e a Atenção Psicossocial

Entendemos, com a análise efetivada até aqui, que o atual processo de medicalização e patologização da vida é marcado basicamente por uma via de pensamento orientada pelo paradigma da psiquiatria biológica. Tal paradigma opera sob a perspectiva da razão normativa que, ao priorizar uma visão fisicalista do homem, insere os indivíduos em uma lógica exclusivamente biomédica e psicofarmacológica. Nesse sentido, as ações em saúde mental se concentram na busca por tecnologias eficazes e objetivas para o controle e prevenção generalizados das condutas humanas; um movimento de captura dos mínimos desvios de comportamento que consolida práticas redutoras e estigmatizantes.

Ao acompanharmos as linhas que compõem o diagrama da produção histórica da adolescência como conceito e objeto de investigação e intervenção vimos prevalecer um saber-poder específico nesse processo: o médico-psiquiátrico que, paulatinamente, junto às alianças estabelecidas com outras formações e campos discursivos, expandiu sua gestão tendo a saúde, física e mental, como mote estratégico. Assim, podemos dizer que a produção das relações entre risco, perigo e adolescência pobre tem sua efetivação acompanhada pelos próprios avanços do saber-poder psiquiátrico à máxima extensão ao campo social.

Esse destaque que efetivamos até aqui aos enunciados hegemônicos que produzem historicamente a adolescência e as práticas de intervenção destinadas a ela não indica, entretanto, que tais acontecimentos se efetivaram de modo contínuo, linear sem intempéries ou interposição de resistências. Destarte, não devemos concluir que tais acontecimentos se encadearam de modo perfeito e natural. Isso porque, justamente por serem derivados de uma composição de redes de relações de poder e de saber, e por não considerarmos a história a partir de uma perspectiva contínua e linear, é a mobilidade desses arranjos que os permite possíveis e também questionáveis.

Uma vez que o exercício do poder é ação sobre ação do outros, compõem também esses movimentos as ações de resistência, de contra-poder. Configuram um campo de ação, de luta, aberto e permanente, que investe na produção de outros modos de vida, de compreensão e ação no mundo, criando-se assim novas realidades, sujeitos, objetos que tenham condições

de escapar à regulação das práticas de poder hegemônicas (FOUCAULT, 1991). Contudo, a medida que as práticas de resistência avançam, as tecnologias de poder também se rearranjam em função das novas formas de vida e subjetivação criadas em

um esforço cristalizado de manutenção de determinado mundo previamente inventado (ações e normas instituídas), e outras forças sociais que resistem a esses mundos, e que acabam criando seus próprios mundos [...] (MORAES & NASCIMENTO, 2002, p. 92).

Dessa maneira, à medida que o Movimento da Reforma Psiquiátrica avança em suas críticas e propostas, a psiquiatria biológica se rearranja com a proposição de um novo paradigma para a saúde mental infanto-juvenil, a psiquiatria do desenvolvimento.

Por isso, o itinerário que realizamos até aqui se construiu como um cenário inicial sobre o qual incidiremos agora uma análise das relações de poder e saber, mais efetivamente a partir dos antagonismos das propostas contemporâneas de atenção à saúde - nesse caso, concepções, políticas e práticas antagônicas em saúde mental: a psiquiatria do desenvolvimento e a Atenção Psicossocial-, a fim de problematizar os novos arranjos da psiquiatria e as possibilidades de resistência que a Atenção Psicossocial nos permite construir.

3

PSIQUIATRIA DO DESENVOLVIMENTO E PRÁTICAS CONTEMPORÂNEAS EM SAÚDE MENTAL PARA A ADOLESCÊNCIA: prevenir é o melhor remédio?

“um diagnóstico psiquiátrico é você ter um traço seu marcado no seu olhar sobre si próprio, no olhar dos outros sobre você [...] tem o efeito de influir fortemente no engendramento de um destino, de um destino pessoal, de um destino social [...]”.

(Benilton Bezerra Jr., 2012)

Como acompanhamos até aqui, o destaque às práticas em saúde pública, operadas de modo sutil pelas intervenções da medicina social, tinham como pano de fundo as ações estatais preocupadas com o combate aos riscos e perigos à ordem e ao progresso social. Paulatinamente, contudo, esse processo se acirra de uma maneira menos sutil e mais alarmante, e as preocupações com o risco e o perigo tornam-se o primeiro plano das ações sociais. O temor com as situações de risco e de perigo que envolveriam a adolescência tornam-se referência para diversos saberes e práticas discursivas, bem como aos processos de elaboração das políticas públicas.

De fato, o lugar de destaque que a noção de risco assume não se restringe mais, em nossa sociedade, aos recortes efetivados somente no âmbito da saúde - ainda que tenha sido possível se expandir, justamente, a partir dele. Os avanços da instauração do risco como instrumento de controle social se dão de modo exponencial, evidenciando um processo de naturalização e uso arbitrário dessa categoria e de sua relação securitária com as práticas preventivas. Esse processo é resultante do próprio modo de operação do capitalismo com a produção de efeitos adversos que demandam, conseqüentemente, medidas de controle tecnocientíficas preocupadas mais com a possibilidade da ocorrência futura do risco que com seu acontecimento de fato. Caminho, pois, para o fortalecimento de práticas, agora, hiperpreventivas e preditivas que caracterizarão as intervenções estatais sob os auspícios da proteção e da segurança, reforçando as estratégias dos dispositivos de segurança social que vão “procurar criar um ambiente em função de acontecimentos ou de séries de acontecimentos

ou de elementos possíveis, séries que vai ser preciso regularizar num contexto multivalente e transformável” (FOUCAULT, 2008, p. 27).

É, justamente, a partir da articulação entre os campos discursivos da psiquiatria preventiva e do saber epidemiológico do risco que as práticas contemporâneas, específicas, em psiquiatria para a infância e adolescência irão se organizar e se fortalecer. Esse novo paradigma nominado Psiquiatria do Desenvolvimento incorpora as propostas da já organizada psiquiatria infantil e da epidemiologia com a intenção de apresentar e operar um modelo de gestão de riscos, para a prevenção em larga escala, dos possíveis desvios patológicos e dos riscos para o desenvolvimento de transtornos psíquicos da infância e adolescência brasileiras.

Proposta que se efetiva, no Brasil, com a emergência do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPD)^{33 34}:

A proposta de criação do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) vem ao encontro da principal necessidade de saúde da sociedade contemporânea - a promoção da saúde mental. O INPD propõe um conjunto coeso e sólido de iniciativas e projetos de pesquisa [...] que, integrados, almejam dois grandes objetivos para a área de saúde mental no Brasil: 1) testar ferramentas e métodos para promover o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente, preparando-os para a vida adulta; 2) introduzir um novo paradigma para a psiquiatria brasileira – o da Psiquiatria do Desenvolvimento (REV. BRAS. PSIQUIATR., 2009, p. 85).

³³ Tal como descrito pela Revista Psiquiatria Hoje (revista destinada exclusivamente a médicos associados da Associação Brasileira de Psiquiatria) em sua primeira publicação do ano de 2009, uma edição especial sobre o tema, “o recém-criado Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência faz parte de uma série de projetos que recebeu o maior aporte de recursos para a pesquisa científica na história do Brasil” (EDITORIAL PSIQUIATRIA HOJE, 2009, p.5). Esse projeto foi organizado com duração de cinco anos com financiamento inicialmente assegurado para os três primeiros anos; fincado a continuidade do apoio por dois anos adicionais a cargo de uma avaliação das ações realizadas. Apoiado e sustentado por diversas instituições: a principal é o IPq [Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo], mas além dele o INPD tem profissionais nas Universidades Federais de São Paulo (Unifesp), do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Bahia (UFBA), de Pernambuco (UFPE) e do Rio de Janeiro (UFRJ), além da Universidade Presbiteriana Mackenzie, da Federal de Santa Maria, da Universidade Metodista (RS), e da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Centros de pesquisa internacionais, como as universidades de Yale, do Texas, Harvard, Duke (Nova Iorque), John Hopkins, da Califórnia em San Diego (UCSD), da Califórnia em Los Angeles (UCLA) e o Instituto de Psiquiatria de Londres, também colaboram com o INCT (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia) (INPD, 2009).

³⁴ Cabe destacar que não pretendemos, aqui, contestar a cientificidade das propostas e projetos do Instituto, tampouco desqualificá-las. Nossa intenção é problematizar essas práticas e discursos enquanto possíveis analisadores do cenário atual das políticas e práticas que redomam a saúde mental infanto-juvenil em uma perspectiva que se apresenta em um caminho diferente do proposto pela Atenção Psicossocial. Corroboramos, ainda, com as discussões contemporâneas empreendidas por autores como Nascimento, Coimbra, Lobo (2012), Neto & Caponi (2010), Oliveira (2011).

A proposta supracitada não apresenta, contudo, um estatuto epistemológico específico que se diferencie das propostas psiquiátricas apresentadas até então. Isso nos permite indicar, justamente, que não há inovação ou proposta de um novo paradigma para o cuidado em saúde mental no século XXI, mas sim uma reforma de preceitos e práticas, de adaptação e ajustamento do paradigma psiquiátrico biológico já difundido ao longo da história.

Esse processo acompanha as propostas da psiquiatria biológica para um modelo de atenção à saúde mental diametralmente oposto aos avanços e problematizações efetivados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica e com as interrogações acerca da proliferação das práticas psiquiátricas no campo social.

a psiquiatria biológica, reanimada recentemente com os avanços da farmacologia, ocupa um bom espaço, senão o maior, tanto nos serviços públicos de saúde mental, como nos privados. O modelo continua inabalável e até mais fortalecido, convicto de sua crença na existência de “doenças mentais”, ainda que travestidas com outros nomes, e da sua etiologia orgânica. Tal modelo é tão forte que até mesmo coexiste com outros, que lhe são antagônicos (LUZIO, 2010, p24).

Destarte, a proposta de atenção à saúde mental³⁵ sequer leva em consideração os avanços e conquistas do referido movimento. Não reconhece, pois, como política de Estado, as propostas da Atenção Psicossocial ainda que legitimadas pelo Ministério da Saúde. Indicam, por exemplo, em suas diretrizes, que “a Lei 10.216 até agora não foi efetivamente aplicada para a finalidade a que foi destinada, a melhoria da assistência em Saúde Mental.” (ABP, 2006, p. 16). Ou ainda que

há cerca de 15 anos o Ministério da Saúde vem implementando o projeto de lei rejeitado e através de uma bem organizada campanha institucional oficial difunde que foi aprovada a ‘Reforma Psiquiátrica do Movimento da Luta Antimanicomial’, falseando a verdade (IDEM, p. 21).

³⁵ Não será possível discorrer aqui a respeito de todos os aspectos da proposta apresentada no documento. As deliberações são extensas, por isso nos atentaremos apenas ao conteúdo próximo à nossa problematização, qual seja: os principais elementos que caracterizam a proposta de atenção à saúde mental na adolescência. Os documentos podem ser acessados livremente no site da Associação Brasileira de Psiquiatria: <http://www.abp.org.br/portal/diretrizes>.

Esse posicionamento, e seu fortalecimento, é concetrizado nos documentos elaborados por um grupo de órgãos reguladores da prática médica³⁶ intitulados *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil* (2006) e *Propostas de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil* (2009). Ainda que englobem alguns elementos construídos e viabilizados pelas propostas da reforma psiquiátrica, eles são adaptados aos objetivos psiquiátricos, principalmente com a afirmação de um modelo discursivo e de assistência médico-centrado que prioriza: a afirmação da psiquiatria como ciência; a investigação da cura; um sistema de saúde mental hierarquizado; a manutenção do hospital psiquiátrico como o cerne do atendimento, ensino e pesquisa e a centralização do cuidado na atuação do médico psiquiatra com o objetivo maior de “elevar o nível” da população brasileira (ABP, 2006).

Nessas *Diretrizes*, a ABP apresenta um discurso marcadamente unilateral, em defesa de uma única classe, que indica ser “[...] impossível alcançar a saúde mental sem a medicina, [...] e que não existe promoção de saúde mental nem assistência às pessoas com transtornos mentais sem psiquiatra” (ABP, 2009, p. 8). Nesse sentido, indicam ainda que para a reorientação necessária à atenção em saúde mental deve-se priorizar princípios éticos e científicos e “abrir mão de objetivos políticos e ideológicos” (ABP, 2006, p. 13).

Esses elementos indicam, justamente, a pertença à formação da discursiva da psiquiatria biológica com marcada influência da psiquiatria preventiva norte-americana e herdeira da Psiquiatria Higienista proposta por Morel, pois, como encontramos também junto à organização dos próprios Manuais de Diagnóstico (DSM, 2002, 2013), que se tornam referência para essas práticas, há presença de um posicionamento que sugere uma pretensa neutralidade, o que não quer dizer que seja inexistente uma sustentação teórica e ideológica. Pelo contrário, definir a ausência de um posicionamento é tomar uma posição, posição esta que se delinea, ainda, ao se indicar prioridade aos elementos científicos da definição dos serviços e ações em detrimento aos atravessamentos políticos.

A proposta de atenção se organiza em torno de estratégias que viabilizem a detecção precoce e a prevenção dos transtornos psíquicos a partir de uma atuação ferrenha junto à escola, à família e à atenção primária em saúde como possibilidade de determinação de níveis de desenvolvimento e manipulação das condutas, reafirmando a prioridade das ações de prevenção de riscos. Nesse sentido, os problemas de saúde relacionados as questões sociais

³⁶ Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (ABM) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

seriam objeto de intervenção das práticas preventivas por intermédio da participação da comunidade, das técnicas de autoajuda, da promoção de habilidades e oportunidades sociais, ao mesmo tempo ampliando e simplificando as ações em Saúde Mental.

Dessa maneira, a busca pela antecipação da emergência do indesejável, a partir dos critérios de normalidade socialmente aceitos, será o novo liame da proposta e da organização das práticas e políticas em saúde mental da psiquiatria contemporânea. Tendo, com isso, a pretensão, como indicam Nascimento, Coimbra e Lobo (2012) “de afirmar a verdade sobre a doença, buscando também sinais que poderão possivelmente anunciá-la” (p.93). Uma nova eugenia que intervirá antes mesmo que o mal apareça, um reforço da psiquiatrização dos comportamentos infanto-juvenis em três movimentos: “estudar o passado, garantir o futuro e cuidar do presente” (INPD, s/d). É o foco nas estratégias de prevenção que promulga, então, os avanços da psiquiatria enquanto instrumento de controle social e a população infanto-juvenil como seu alvo.

O compromisso dessa proposta e sua prioridade de intervenção já se explicitam em sua própria nomenclatura: psiquiatria do desenvolvimento. O foco é, então, o desenvolvimento em si e os envolvidos – crianças e adolescentes – parecem estar em segundo plano, menos como sujeitos e mais como receptáculos desse processo, executores dessas normas.

A noção de desenvolvimento empreendida remonta e reforça a noção de desenvolvimento enquanto uma norma, delimitada por regras sociais, em relação a qual todos devem passar e responder adequadamente, a fim de alcançar o ponto máximo desse movimento que, como vimos, se resume ao perfil do bom cidadão: adulto normal, bem comportado, bom trabalhador, defensor e promotor da ordem e do progresso de sua nação. Menos natural e mais social,

[...] essa dimensão temporal é, em certo sentido, comum a todos. Ninguém escapa a ela, mas é uma dimensão ao longo da qual podemos parar. Nessa medida, o desenvolvimento é comum a todo mundo, mas é comum muito mais como uma espécie de ótimo, como uma regra de sucessão cronológica com um ponto ideal de chegada. O desenvolvimento é, portanto, uma espécie de norma, em relação à qual nos situamos, muito mais do que uma virtualidade que possuiríamos em nós (FOUCAULT, 2006, p.263).

Uma nova preocupação com o futuro que reflete em uma nova concepção do presente e do modo de intervir sobre ele. Se, antes, a intervenção no presente, a partir das técnicas disciplinares, objetivava garantir o desenvolvimento de um futuro ideal, a partir de uma

projeção do tempo presente no tempo futuro; agora, essa intervenção intenta modificar o futuro a partir de uma predição, com instrumentos e técnicas de controle, a partir da ação no presente ideal (HILLESHEIM & CRUZ, 2008). Assim, são os reflexos do tempo futuro que passam a ser modificadores do tempo presente, como se o futuro, a partir dos fatores de risco, já estivesse definido, e coubesse aos gestores do presente garantir que ele se efetive da melhor maneira, minimizando os desvios desse caminho já determinado (FOUCAULT, 2008).

Configura-se, assim, um novo arranjo epidemiológico que não se restringe apenas ao campo da investigação dos fatores e comportamentos de risco. Além de conhecê-los, há a necessidade imediata de tratá-los com a criação de sistemas e instituições para gerenciar e controlar esses riscos que, como vimos, na primeira parte desse trabalho, caracterizam historicamente os modos de vida de uma população muito específica.

O futuro permanece como o objetivo final desse processo, por isso infância e adolescência permanecem, ainda, como um lugar primordial para a efetivação dessas práticas. Assim, entre as estratégias de prevenção e predição, que refletem o imaginário da hiperprevenção, destacamos, sem dificuldade, a preocupação com a saúde mental infanto-juvenil elevada a primeiro plano de uma maneira sem precedentes. Isso porque, se antes os avanços médico-psiquiátricos se efetivavam de maneira mais sutil e invisível, agora já não são mais caracterizados como pano de fundo, mas sim como linhas de frente das práticas estatais, embora ainda com a sutileza de sustentar-se por um discurso em nome da saúde e do – já previsto - futuro da nação.

A essa norma de desenvolvimento, conseqüentemente, se integra uma norma de saúde que segue caracterizada como a ausência de doença e um completo bem-estar. É por essa via que as intervenções preventivas sobre os riscos à saúde mental serão o carro chefe dessa atuação, refletindo o lugar político que a psiquiatria mantém junto às ações estatais e ao compromisso com a regulação da ordem social a partir das definições de padrões e perfis normativos de vida.

Uma vez que o foco de ação é o desenvolvimento, as estratégias de intervenção formarão uma força-tarefa³⁷ a fim de executar uma missão comum específica: prevenir os riscos ao desenvolvimento normal à formação do adulto ideal. Força-tarefa essa que se reflete numa ampla gama de projetos organizados e coordenados pelo INPD, com o objetivo de

³⁷ Termo de origem militar que caracteriza a formação de um grande grupo composto por diferentes tipos de equipamentos, ou departamentos, a fim de executar uma missão específica (LIMA & CAPONI, 2011).

“estudar estratégias e intervenções para prevenção de doenças mentais em adultos a partir de ações voltadas à infância e adolescência” (REVISTA DEBATE: PSIQUIATRIA HOJE., 2009, p. 17), para que a intervenção possa ser efetuada antes mesmo de a doença começar (INDP, s/d). A esse objetivo compõem-se mais três eixos de atuação: a afirmação da medicina preventiva com as intervenções baseadas em evidências, a instauração do instituto como o centro de referência nacional da saúde mental da infância e adolescência, e a produção de pesquisa e conhecimento para criação de novas tecnologias para o diagnóstico e intervenção precoces (INPD, s/d).

Destarte, tais propostas se sustentam nas articulações com o discurso epidemiológico, com estatísticas e índices de prevalência a todo momento trazidos à liça para endossar a necessidade não só da instauração das ações preventivas, mas também da tese fisicalista e objetivista acerca da origem dos transtornos mentais. Esse discurso é apresentado em todos os canais de comunicação que o Instituto organiza - aqui, cabe ressaltar, que a divulgação não é apenas ao público acadêmico-científico, justamente pela proposta do amplo alcance social.

A recuperação de dados epidemiológicos se efetiva, contudo, sem uma indicação específica das fontes consultadas. Em entrevista publicada na Revista Psicologia Hoje, um dos psiquiatras responsáveis afirma: “estudos epidemiológicos bem desenhados documentam claramente que a origem dos transtornos mentais está na infância e na adolescência (LIMA, 2009, p. 22)”, porém não indica a nós, leitores, que estudos são esses, onde e por quem foram realizados e onde ou como podemos acessá-los.

Vemos, assim, consolidar-se o cenário para uma proposta de programas de prevenção de transtornos mentais como a possibilidade para o avanço da psiquiatria do desenvolvimento no Brasil a partir de constatações importadas da experiência norte-americana, que indicam evidências acerca dos efeitos benéficos produzidos pelos programas de prevenção primária ao intervir sobre “a ocorrência futura de problemas de ajustamento e para promover a construção de competências associadas à saúde mental” (MURTA, 2007, p.2), constatações e propostas estas, contudo, que caracterizam uma prática psiquiátrica secular que se ocupa menos da saúde do que da normalização social.

3.1 Antecipação diagnóstica e domesticação do futuro em amplo alcance

A força tarefa da psiquiatria do desenvolvimento organiza, então, um arranjo composto por 16 de projetos dirigidos a população infanto-juvenil que evidenciam, justamente, o compromisso com a antecipação diagnóstica a partir da identificação dos indivíduos em risco e com o amplo alcance social, a partir da coleta de dados provenientes de todos os setores da rede social dos sujeitos envolvidos (Figura 1).

Figura 1 – Arranjo dos projetos do Instituto de Psiquiatria do Desenvolvimento



(Fonte: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2009)

Esse arranjo nos indica, mais claramente, o reforço da ideia de desenvolvimento a partir de uma via única e exclusiva: a mesma seta e o mesmo itinerário para todos. Permite-nos interrogar, ainda, acerca das implicações da generalização das práticas psiquiátricas e as transformações do campo social em um asilo ilimitado, em um manicômio difuso, de modo que “a psiquiatrização [já] não é qualquer coisa que chega aos mais estranhos, aos mais

excêntricos entre nós; ela pode surpreender a todos nós e em todo lugar, nas relações familiares, pedagógicas, profissionais³⁸” (FOUCAULT, 2001, p. 273-74, tradução livre).

A propósito desse amplo alcance e do foco na detecção dos riscos e definição do que é perigoso, articulam-se os projetos de 2 a 5, na figura 1 intitulados *genes x ambiente endofenótipos* e nominado como *Projeto Prevenção - coorte de escolares de alto risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência*. Tem o objetivo de “pesquisar marcadores clínicos, neuropsicológicos, genéticos e de neuroimagem funcional e estrutural capazes de prever conversão de estados de alto risco para transtornos psiquiátricos no futuro” (INPD, s/d) e, ainda, ir além dos transtornos psiquiátricos incluindo “uma avaliação para problemas de leitura, escrita e matemática, um campo praticamente ainda inexplorado *pela* psiquiatria infantil brasileira” (IDEM).

Desenvolvido nas escolas públicas dos estados de São Paulo e Porto Alegre, o Projeto Prevenção está organizado em cinco fases: 1 – triagem na matrícula de 15.000; 2 – entrevista diagnóstica domiciliar em 2.500 alunos e coleta de salivam; 3 – avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica na escola das 2.500 crianças; 4 – avaliação com ressonância magnética estrutural de 750 crianças e 5 – reavaliação domiciliar (INPD, s/d). Vemos assim, o foco menos nos sujeitos e nas relações que compõem sua existência e mais na doença ou, ainda, na possibilidade dela, com investimento em todas as técnicas e tecnologias para angariar essas informações em toda a rede social que os envolve.

A escola permanece, ainda no século XXI, como primeira instância profilática em prol do desenvolvimento normal. Esse lugar e função são reafirmados pelos proponentes do Projeto Prevenção como o principal cenário para a atuação da psiquiatria atual, tal com indica um dos psiquiatras responsáveis: “eu acho que a Psiquiatria da Infância e Adolescência, para dar certo no Brasil, deveria se mudar de dentro dos hospitais para mais próximo das escolas” (ROHDE, 2009, p. 21).

Para efetivação desse lugar e função da instituição escolar, além do Projeto Prevenção para triagem e classificação dos fatores de risco a partir das crianças, adolescentes e das famílias, destacamos também o Projeto intitulado *Treinamento dos professores do ensino fundamental* com objetivo de

³⁸ “La psychiatrisation n’est pas quelque chose qui arrive aux plus étranges, aux plus excentriques d’entre nous; elle peut nous surprendre tous et de partout, dans les relations familiales, pédagogiques, professionnelles.”

desenvolver e testar a eficácia de uma estratégia de psicoeducação para professores e educadores da rede pública de ensino, visando a identificação precoce de sintomas dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância e adolescência, a aquisição de habilidades para abordagem adequada desses quadros em sala de aula e o encaminhamento para tratamento quando necessário (INPD, s/d,s/n).

Toda essa articulação localiza os professores e a instituição escolar como fiscalizadores, executores, e mesmo vigilantes do diagnóstico psiquiátrico, processo que localiza, hoje, a escola como a principal via de encaminhamento da população infanto-juvenil para os serviços de saúde mental, sejam públicos ou privados (SINIBALDI, 2013) (BASTOS, 2013). Collares e Moyses (1992, 1994) descrevem, ainda, a configuração da escola como o primeiro campo para os avanços da medicalização, psiquiatrização e produção de exclusão dos considerados inadequados a partir da combinação das técnicas psiquiátricas, neurológicas e psicométricas.

Esse cenário nos remete ao curso de Biopsicologia Infantil realizado nas escolas em Porto Alegre, na década de 1940, a pedido do Departamento de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul. O conteúdo ministrado caminhava desde os estudos acerca da inteligência e do pensamento como função abstrata até a análise da maneira pela qual os indivíduos se comportavam. A intenção era, justamente, formar os educadores para a função de detectores de desvios, de modo que, nas palavras de Jacintho Godoy, diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro e organizador do curso: “[...] o bom educador seria aquele capaz de perceber a potencialidade do aluno em transformar-se em um adulto sadio ou em um anormal. Ao passo que o mau educador é aquele que não consegue fazer tal distinção” (SILVA et. al., 2010, p. 407). Vemos, assim, mais uma indicação da pouca inovação proposta pela psiquiatria do desenvolvimento, uma vez que a funcionalidade da escola dentro da proposta profilática do saber psiquiátrico já era reconhecida e afirmada nas estratégias iniciais da psiquiatria infantil ao início do século XX.

Esses arranjos epidemiológicos transpõem o paradigma biológico para a vida social. Os adolescentes não são agentes ativos nesse processo, não interessa saber deles o que se passa, mas sim coletar informações daqueles que assumem as funções de vigias de seu desenvolvimento: a escola, a família, os profissionais da saúde. Prevenir continua a ser, antes de tudo, vigiar (CASTEL, 1987). Há assim um amplo investimento na função de sentinelas que os agentes presentes na vida do adolescente podem assumir na busca por marcadores precoces dos sintomas psiquiátricos e na pulverização das práticas preventivas (PEREIRA &

VINOCUR, 2011). São “olhares atentos aos desvios do bem-estar”, como indicado pelas diretrizes da ABP (2009), refletindo, justamente a noção de saúde como ausência de doença, de mal-estar, de intempéries que, antes de ser tratadas devem ser, contundentemente, prevenidas.

Além da educação familiar e escolar, como vimos, essa função de sentinela da saúde também é deliberada aos profissionais da atenção básica em saúde. Vemos esse processo em destaque no projeto 14 do INDP intitulado *Treinamento em saúde mental na infância e adolescência para profissionais do programa saúde da família*, que tem como objetivo o treinamento de “profissionais do Programa de Saúde da Família das cinco regiões brasileiras para que sejam capazes de identificar e assistir adequadamente crianças e adolescentes com problemas de saúde mental” (INPD, s/d, s/n). Essa proposta responde, diretamente, às indicações apresentadas nas *Diretrizes* da ABP para a saúde mental brasileira que sustentam a ideia de que os profissionais da atenção básica em saúde não estão preparados para a atuação em saúde mental focada no diagnóstico precoce e na prevenção de acordo com os moldes propostos pela psiquiatria biológica (ABP, 2009).

As principais ações derivadas desse processo incidem, justamente, naqueles responsáveis, socialmente, por acompanhar o desenvolvimento infanto-juvenil: a escola, a família e os serviços de atenção básica à saúde. Elementos que sustentam nossas interrogações acerca da inexistência de um componente inovador nessa nova proposta, uma vez que para alcançar a infância e adolescência vimos, na primeira parte desse trabalho, que as práticas da medicina preventiva avançam, exatamente, a partir desses contextos.

Concordamos, entretanto, com Oliveira, S. S. (2011), ao indicar que esse conjunto de campos é ampliado para um conjunto de quatro elementos com a inclusão do elemento da segurança e, junto a ele, a autorização para efetivação de todas as práticas que permitam identificar e combater, precocemente, o que é considerado degradante à vida e ao desenvolvimento pleno. Esse diagrama de relações entre família, educação, saúde e segurança é reforçado nas afirmativas do Projeto Atenção Brasil ao indicar que

promover a saúde mental em um país [...] é promover seus cidadãos, sobretudo crianças e jovens. Sem a segurança e a liberdade garantidas por esses direitos é muito difícil atingir altos níveis de Saúde Mental (ABENEPI, 2010, p.5).

As articulações entre saúde e segurança ressoam em diversas práticas e setores com a proposta de uma educação preventivo-terapêutica, indicando que as estratégias preventivas podem se desdobrar indefinidamente uma vez que economizam, como destaca Castel (1987), o face a face da prática terapêutica. O foco da intervenção, agora, “[...] antes de ser uma pessoa é um alvo abstrato: uma população de riscos” (p. 130).

Dessa pulverização das práticas psiquiátrico-preventivas, destacamos, também, o Projeto Atenção Brasil que, apoiado nos estudos do INPD, além do foco nas ações de detecção e prevenção de riscos, evidencia as aproximações com as neurociências. Dos primeiros resultados desse projeto, desenvolvido pela Associação Brasileira de Neurologia, Psiquiatria Infantil e Profissões Afins (ABENEPI) em parceria com o Instituto Glia – Cognição e desenvolvimento³⁹ culminou a publicação da cartilha do educador *Educando com a ajuda das neurociências – Projeto Atenção Brasil: um retrato atual da criança e do adolescente brasileiro* (2010). Composto por uma articulação entre os campos da neurologia e psiquiatria infantil, o documento supracitado apresenta os resultados do Projeto Atenção Brasil – uma pesquisa transversal que objetivou “revelar um retrato da Saúde Mental de crianças e adolescentes brasileiros, de forma a identificar fatores de risco e proteção que viabilizem medidas de prevenção e intervenção” (ABENEPI, 2010, p. 4), e a partir disso, tal como apresentado no documento, indicar estratégias de ação e conduta aos educadores responsáveis: as famílias e os professores.

A pesquisa desenvolvida com o Projeto Atenção Brasil foi realizada em nível nacional com uma amostra de 5.961 questionários respondidos por pais e professores a respeito das crianças e adolescentes com as quais conviviam. Dessa amostra, predominantemente de alunos de escola pública: 64,92% eram crianças entre 5 e 9 anos de idades; 29,9% crianças entre 10 e 13 anos de idades e 5,9% adolescentes entre 14 e 18 anos. Considerando que, à época da pesquisa, as crianças e adolescentes representavam, de acordo com o Censo 2000 (IBGE, 2003), aproximadamente 34 milhões da população, cabe a nós questionar a representatividade dos dados apresentados. É possível generalizarmos os dados da pesquisa quando eles não alcançam nem 1% da população infanto-juvenil nacional?

As escolas públicas são, novamente, o *locus* de um trabalho que se ocupa da avaliação de aspectos demográficos, socioculturais, antecedentes pessoais e gestacionais,

³⁹ Empresa especializada em consultorias e operacionalização de estudos da neurociência aplicados à educação em quatro eixos principais: capacitação profissional, pesquisa e desenvolvimento de *software*, consultoria escolar e responsabilidade social.

desenvolvimento, hábitos e desempenho escolar, além da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades a fim de mensurar, com base na resposta dos pais ou responsáveis, comportamentos e dificuldades normais e anormais da criança e do adolescente (ABENEPI, 2010). Esse cenário, materializado nos dados apresentados, definiu que as “crianças com baixo desempenho escolar apresentam maior número de dificuldades, mais sintomas emocionais, mais problemas de conduta, mais problemas com colegas e pior comportamento social” (ABENEPI, 2010, p.12).

Considerando, ainda, a conjuntura da educação pública no Brasil, a realização desses projetos na escola pública delimita, com muita especificidade, o alvo das investigações e intervenções: as crianças e adolescentes pobres. O foco principal dessas práticas que é a definição dos perfis de risco e proteção para a saúde mental reforça as práticas de patologização das desigualdades econômicas e sociais, mantendo a preocupação com a saúde, tal como defendemos ao longo de nosso itinerário, como um subterfúgio para as práticas de exclusão social.

Dessas articulações emergem, por sua vez, os perfis de risco e proteção:

Perfil de risco	Perfil de proteção
1. Sexo masculino;	1. Sexo feminino;
2. Adolescente;	2. Ter os pais casados;
3. Filho de pais separados;	3. Morar com ambos os pais;
4. Não moram com um ou ambos os pais;	4. Grau de instrução do chefe da família – quanto mais alto melhor;
5. Baixo grau de instrução do chefe da família;	5. Pertencer à classe econômica A, B ou C – com maior índice quanto mais alta a classe econômica;
6. Pertencer à classe econômica baixa (D/E);	6. Se a mãe não fez uso de substâncias durante a gravidez;
7. Viver em cidades de grande porte;	7. Se é capaz de adiar recompensas;
8. Ser incapaz de adiar recompensas;	8. Dormir mais de oito horas por noite;
9. Se a mãe fez uso de substâncias	

durante a gravidez;

9. Alto desempenho escolar;

10. Baixo desempenho escolar;

(ABENEPI, 2010)

Em um documento elaborado com o intuito de uma distribuição em amplo alcance e que se compromete com a formação de pais e professores, o adolescente pobre é promulgado, muito didaticamente, como perigoso. Ao delinear como perfil de risco: meninos, adolescentes, pobres, com família considerada desestruturada e baixo desempenho escolar investe em uma descrição de signos comuns que homogeneizam os “fora da norma” reforçando, assim, ideais de gênero, de família, de condições socioeconômicas (MENEZES & SANTOS, 2012).

Vemos, assim, a noção de risco se efetivar enquanto uma noção política com um uso arbitrário que corrobora, continuamente, para a produção de estigma e controle social (LE MOS, NASCIMENTO, SCHEINVAR, 2010). Nessa nova configuração, as práticas preventivas incorporam uma função rastreadora de riscos, passam a tratar mais das correlações e fatores estatísticos e menos dos indivíduos, antecipando todas as figuras possíveis para irrupção do perigo (CASTEL, 1987).

O que opera por aqui é uma lógica probabilística: quanto maior for a presença de fatores de risco, maior a vulnerabilidade dessa população e, portanto, maior a possibilidade de ocorrência de algum dano, fazendo-se necessária a intervenção sobre o perigo, deslocando-o de uma ordem do imponderável e tornando-o passível de controle (HILLESHEIM & CRUZ, 2008, p. 196).

Essa função política que a noção de risco, com a dobra do saber epidemiológico para todos os campos sociais, ainda encontra seu ponto máximo nas práticas em saúde. Como uma possibilidade mais sofisticada de generalização do poder médico que atua, agora, basicamente, a partir de predições e suposições, retroalimentando o imaginário de um porvir incerto; um novo impulso às tecnologias da medicalização (NETO & CAPONI, 2010)

A generalização do risco é acompanhada, também, pela generalização da necessidade de uma proteção e segurança ainda mais extremas em relação a tudo aquilo que possa interferir no que se naturalizou como a vida normal e ideal em nossa sociedade. Novas roupagens para velhas práticas, com a emergência de um paradigma imunitário que “incide

numa atmosfera de rejeição a tudo que lhe é estranho, não idêntico e, assim, grandemente ameaçador à integridade de cada um e à estabilidade do coletivo” (CASTIEL, 2010, p. 54).

O risco assume, pois, um patamar quase apocalíptico que coloca em foco o medo, a insegurança e as suspeitas como as soluções para lidar com as grandes problemáticas do nosso tempo: pobreza, violência, sofrimento psíquico, etc. Instaura-se uma preocupação hiperpreventiva sustentada por uma mistura complexa de riscos reais e imaginários produzindo medos e paranoias que passam a compor e fermentar o cotidiano. Forjam-se, assim, práticas e pesquisas de comprovação de fatos e riscos outrora anunciados pelos Manuais de Diagnóstico ao caracterizarem não só a prevalência dos Transtornos de Conduta entre meninos, mas também da diferenciação das manifestações de comportamentos entre meninos e meninas. Indicações de que os recortes de gênero são também, e ainda, determinantes no reconhecimento e produção dos melhores comportamentos e subjetividades:

Os meninos com diagnóstico de Transtorno de Conduta frequentemente apresentam lutas, furtos vandalismo e problemas de disciplina na escola, ao passo que as meninas tendem mais a apresentar mentiras, gazetas fugas, uso de substâncias e prostituição. Enquanto a agressão com confronto é mais comum entre os homens, as mulheres tendem mais a usar comportamentos sem confronto com a vítima (DSM, 2002, p. 123).

Tal como indicado na cartilha do Projeto Atenção Brasil:

os meninos apresentam maior número de dificuldades, mais problemas de conduta, hiperatividade e de desatenção, problemas com colegas e de comportamento social, enquanto as meninas apresentam maior percentual de sintomas emocionais. Nos meninos o impacto dos sintomas é maior que nas meninas, eles apresentam um risco 1,6 vezes maior de baixos índices de Saúde Mental, portanto, maior risco de transtornos mentais. Um maior percentual de meninos mostram-se ‘irriquietos’, ‘hiperativos’, ‘apresentam acessos de birras’, ‘preferem brincar só’, ‘brigam com outras crianças’, ‘distraem-se com mais facilidade’, ‘mentem’, ‘enganam’, ‘furtam’, e ‘são perseguidos por outras crianças’. As meninas por sua vez, mais frequentemente ‘têm considerações pelos sentimentos de outras pessoas’, ‘têm uma boa amiga’, ‘são queridas por outras crianças’ e ‘gentis com as crianças mais novas’, ‘pensam antes de agir’ e ‘completam as tarefas que começam’. Portanto, nas meninas encontramos maior percentual e características de empatia e resiliência, fatores *reconhecidamente* protetores em Saúde Mental (ABENEPI, 2010, p. 10, grifos nossos).

Essa talvez possa ser uma novidade das tecnologias psiquiátricas de controle e produção de subjetividade: a atuação contra os fatores de risco a partir do estímulo aos fatores de proteção, defendendo assim “a participação para a proteção da segurança” no governo do que se denominou como risco. Para tanto, retomando a epígrafe do documento “para que os alunos tenham controle sobre suas vidas, e não que a vida tenha controle sobre eles”, investe-se na noção de resiliência como instrumento para promoção dos fatores de risco (OLIVEIRA, S. S., 2011, p.88).

O conceito de resiliência, na literatura brasileira, é dobrado das ciências exatas, mais especificamente da física, que o caracteriza enquanto a capacidade de um material de “[...] ‘absorver energia na região elástica’, sendo capaz de voltar à forma original, quando finda a causa de sua deformação” (BRANDÃO, MAHFOUD & GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011, p. 264). No campo da psicologia a maioria dos estudos, principalmente os norte-americanos, muito influentes na formação discursiva da psiquiatria do desenvolvimento, tem por objetivo “estudar a criança ou o adolescente numa perspectiva individualista, que foca traços e disposições pessoais” (YUNES, 2003, p78). Em psiquiatria, a recuperação desse conceito se efetivou pelo psiquiatra infantil Edwyn James em suas pesquisas a respeito das psicopatologias de crianças. James apresenta o conceito de invulnerabilidade para caracterizar aquelas crianças que apresentam respostas positivas a eventos estressores (OLIVEIRA, S. S., 2011). Atualmente crescem as produções acerca dos fatores de risco e resiliência, na maior parte das vezes ocupando-se das famílias pobres e reafirmando suas condições de vulnerabilidade sem uma problematização, contudo, do complexo social e político que envolve essas condições (SAPIENZA & PEDROMÔNICO, 2005; NORONHA et. al., 2009; CECCONELLO & KOLLER, 2000).

Resilientes, identificados como “um grupo muito especial de brasileiros” (ABENEPI, 2010, p.14) são vistos como aqueles que tudo suportam, que tudo toleram. São afirmados, pois, como crianças e adolescentes capazes de superar

as adversidades de todas as ordens, genéticas, biológicas, psicológicas, socioeconômicas e ambientais, além dos eventos negativos da vida (abuso, violência, desnutrição, etc.) não se deformarem e evoluírem para desfechos positivos (IBIDEM).

Um perfil também é apresentado: “meninos de cor branca, cujos pais são separados, que moram com a mãe ou com nenhum dos pais, a mãe é analfabeta e pertencem à classe econômica D ou E, apresentam altos índices de saúde mental e desempenho escolar” (IBIDEM).

Tecnologias sutis que favorecem o fortalecimento do que Foucault caracterizou como racismo de Estado, como uma autorização, via normalização social, para produção de homogeneização e exclusão, posturas de combate que serão naturalizadas nas relações cotidianas. “Um racismo que uma sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos; um racismo interno, o da purificação permanente, que será uma das dimensões fundamentais da normalização social” (FOUCAULT, 1999, p. 73). Uma maneira de afastar, na própria população, uns grupos em relação a outros. Funcionamento do biopoder que ao considerar a população como um constructo biológico, permitirá que esse poder sobre a vida incida também em sua fragmentação, em sua cesura e em sua subdivisão em inferioridades e superioridades.

Temos, assim, uma estatização do biológico, em que o racismo permitirá estabelecer relações sustentadas na premissa de que

quanto mais espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais poderei proliferar (FOUCAULT, 1999, p. 305).

Dessa maneira, a noção de resiliência reifica cada vez mais o investimento político da psiquiatria e da dimensão de adaptação dos indivíduos aos comportamentos sociais esperados ou mesmo do retorno a normalidade perdida, a partir de uma responsabilização individual para o desenvolvimento dos fatores de proteção (OLIVEIRA, S. S. s/d). O investimento a ser feito, enquanto prática preventiva, será, também, na educação para a resiliência com o estímulo aos fatores de proteção, que vão desde melhores hábitos de sono à possibilidade de adiar recompensas: “educar para o autocontrole, autodisciplina e controle dos impulsos é educar para a tomada de decisões” (ABENEPI, 2010, p. 17).

Entre os pilares dessa educação, que deve ser efetivada principalmente pela família, estão: empatia, comunicação eficiente, mudança de roteiros negativos, amor, aceitação para a mudança sem prejuízos, auxílio na identificação das habilidades e experimentação do sucesso,

desenvolvimento de compaixão, responsabilidade e consciência, promoção de autodisciplina e confiança. Ações bem determinadas e defendidas com exclusividade:

para essa tarefa, ao invés de concentrarmos nossos esforços na mudança do mundo que nos cerca, deveríamos canalizar nossa energia e atenção para as crianças que temos bem perto de nós, em nossas casas e salas de aula (ABENEPI, 2010, p. 18).

A operacionalização de uma educação para competências sociais indica, assim, as relações entre as tecnologias da biopolítica e as práticas de governo neoliberais⁴⁰ que incidem, pois, sobre o capital humano: as competências, habilidades e aptidões dos indivíduos. Com o intuito de maximizar a produtividade do indivíduo trabalhador e seus rendimentos ao longo da vida, investe-se, a partir da interface entre saúde, educação e segurança, na minimização dos riscos de escapar à ordem social. Dessa maneira, efetivado em práticas individualizadoras – em que cada um é responsável pelo seu sucesso e fracasso – o modo de produção de subjetividades capitalísticas alcança a multiplicidade das populações.

Assim, com a educação para resiliência e o foco na promoção de competências favoráveis à saúde mental e a definição de perfis de risco e proteção,

trata-se de uma governamentalidade que busca programar estrategicamente as atividades, os comportamentos dos indivíduos; trata-se, em última instância de um tipo de governamentalidade que busca programá-los e controlá-los em suas formas de agir, de sentir, de pensar e de situar-se diante de si mesmos, da vida que levam e do mundo em que vivem, através de determinados processos e políticas de subjetivação (COSTA, S. 2009, p. 178).

Essa lógica tributária do capitalismo faz dos sujeitos os únicos responsáveis pelo seu sucesso e pelo seu fracasso: lógica do funcionamento empresarial que se estende a todo o

⁴⁰ O neoliberalismo caracteriza um novo modelo de economia política, uma nova forma de governo e de governar, não se restringindo mais apenas aos aspectos econômicos da organização social, mas também às relações sociais. “[...] temos duas novidades importantes nesse novo tipo de economia política: em primeiro lugar, observa-se um deslocamento mediante o qual o objeto de análise (e de governo) já não se restringe apenas ao Estado e aos processos econômicos, passando-se propriamente a sociedade, quer dizer, as relações sociais, as sociabilidades, os comportamentos dos indivíduos etc.; em segundo, além de o mercado funcionar como chave de decifração (princípio de inteligibilidade) do que sucede à sociedade e ao comportamento dos indivíduos, ele mesmo generaliza-se em meio a ambos, constituindo-se como (se fosse a) substância ontológica do ‘ser’ social, a forma (e a lógica) mesma desde a qual, com a qual e na qual deveriam funcionar, desenvolver-se e transformar-se as relações e os fenômenos sociais, assim como os comportamentos de cada grupo e de cada indivíduo” (COSTA, S. 2009, p. 174).

funcionamento social, em que todos somos gerentes de nós mesmos (DELEUZE, 1992). Emerge, pois, uma cultura do empreendedorismo associada a tudo que seria decisivo e bom para o sucesso dos indivíduos, para o progresso, para o desenvolvimento sustentável e para o bem-estar social. Proposta que encontramos, justamente, nas indicações da ABENEPI de que com a educação para a resiliência efetiva-se a promoção de desfechos positivos correspondentes às expectativas dos pais em relações aos filhos para que “sejam felizes, tenham sucesso e tenham saúde”.

A determinante mais importante no sucesso futuro de crianças e adolescentes, nos vários contextos de suas vidas, são suas habilidades e não as dificuldades. Identificar e investir nessas habilidades é uma maneira eficaz de promover a autoconfiança e auto-estima, esperança e otimismo. Crianças e adolescentes resilientes não desistem diante dos problemas, eles reconhecem suas habilidades e nelas concentram seus esforços. Infelizmente, muitos jovens com baixa auto-estima e autoconfiança têm dificuldades em identificar suas habilidades, o que lhes rouba a esperança de transpor os obstáculos que se apresentam (ABENEPI, 2010, p.20).

Essa ampla rede que se forma em torno da criança e do adolescente - esse cordão sanitário histórico - podemos configurar enquanto elementos de um movimento centrífugo efetivado pelos dispositivos de segurança, isso porque tendem perpetuamente a ampliar, organizar e/ou deixar circuitos cada vez mais amplos se desenvolverem para o controle contínuo da população (FOUCAULT, 2008).

Dessa maneira, controle e tutela estão sempre presentes, mais ou menos explícitos nas chamadas políticas públicas de assistência e proteção à infância e ao adolescente, como se pode observar nos projetos do INPD. Uma proteção que, ao invés de positivar cada momento da vida, fragiliza a infância e a família pelo medo de um futuro incerto e perigoso que precisa de especialistas para evitá-lo (NASCIMENTO, COIMBRA, LOBO, 2012, p. 98).

Estratégias de controle que se desenvolvem de maneira muito sofisticada a partir da afirmação da noção de resiliência para a aproximação entre saúde mental e segurança, de modo que evitar os transtornos mentais passa a ser sinônimo de proteção (ABENEPI, 2010). Dessa maneira, o controle e a modulação dos comportamentos configuram, assim, uma via única para os processos subjetivos, como uma rede fechada sem possibilidades de criação e

produção de autonomia. A produção subjetiva fundada em um trabalho com os acontecimentos prováveis, médias e limites de aceitabilidade (re)marcam a indissociabilidade entre o discurso do risco e o aprofundamento dos princípios individualistas e tecnopragmáticos presentes no nosso modelos de organização social.

As promessas de resolutividade e segurança que a psiquiatria do desenvolvimento investe produzem, assim, uma renovação das práticas de moralização e culpabilização dos adolescentes pobres a partir das construções de perfis de risco e proteção, investindo na naturalização, agora, de que

e uma saúde pobre deriva exclusivamente de uma falha de caráter, uma personalidade defeituosa, uma fraqueza individual, uma vontade fraca. Nessa linha de pensamento, os fracos de vontade que não conseguem manter uma existência livre de riscos merecem as doenças que contraem, ao se reduzir tudo a um problema de falta de controle. Os novos estultos são alvo legítimo de repulsa moral e de ostracismo social. No interior dessa política, o sofrimento do outro não é reconhecido; é sua culpa, pois eles são donos de seu destino (MARTINS, 2008, p. 337).

Nesse sentido, esses arranjos de práticas, sustentadas historicamente na preocupação com a proteção da adolescência pobre enquanto um perigo social, acabam, em defesa da sociedade, por forjar o próprio futuro dos adolescentes ao preconizar a individualização do sofrimento desconsiderando a complexa trama social que envolve esses sujeitos (SCISLESKI, MARASCHIN, SILVA, 2009, p. 347).

A captura e produção do comportamento socialmente indesejável operada pela psiquiatria biológica na contemporaneidade remontam a seus compromissos iniciais, no século XIX, com as políticas de normalização e o acentuado atravessamento dos valores sociais e morais em seu discurso científico. Com os ideais de prevenção e predição, o discurso médico-psiquiátrico se difunde e se sustenta na alta demanda contemporânea pela manutenção do bem-estar e da saúde com a promessa de intervenções com resolutividade alta e imediata, principalmente em relação àqueles comportamentos considerados problemas nas crianças e jovens. A vigília dos comportamentos mantém a adolescência pobre como o momento crucial de intervenção e peça chave para predição e prevenção de possíveis desviantes – possibilidade para uma psiquiatrização generalizada. Práticas que já se efetivam, produzindo um círculo vicioso de exclusão, principalmente com a internação psiquiátrica, principalmente de

adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, e daqueles envolvidos em atos infracionais (CUNDA, 2011) (SCISLESKI, 2006) (SILVA et. al., 2008).

4

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA A
ADOLESCÊNCIA: resistir é o melhor remédio**

“Na medida em que seres vivos se afastam do tipo específico serão eles anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas?”

(Georges Canguilhem)

O paradigma psiquiátrico biológico, que avança ao campo da adolescência atualmente com as propostas da psiquiatria do desenvolvimento é delineado, como vimos, pela proposta da afirmação de uma etiologia orgânica da vida humana com o intuito de diagnosticar, tratar, curar e, principalmente, prevenir o sofrimento psíquico. Romper com essa racionalidade, que se sustenta pelo objetivismo médico e pelo distanciamento entre o sujeito que sofre e o sujeito que trata, é o que propõe o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o paradigma da Atenção Psicossocial. Uma luta transversal que não é exclusiva de nossa realidade e compõe um amplo processo de contestações e questionamentos à tutela hegemônica que o saber psiquiátrico assumiu, ao longo dos séculos, em relação à problemática da saúde mental.

Esses movimentos de resistência a esse processo, em prol das reformas psiquiátricas, emergiram em diferentes partes do mundo durante a segunda metade do século XX. Alguns dos mais expressivos, e considerados como bases para os movimentos sucessores, foram: a Comunidade Terapêutica na Inglaterra; a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor na França; a Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos da América; a Anti-Psiquiatria na Inglaterra e a Psiquiatria Democrática na Itália. Ainda que com especificidades e diferenças em suas propostas de cuidado, todos os movimentos estavam próximos pelo compromisso comum de romper com o paradigma de tratamento psiquiátrico clássico vigente à época. (AMARANTE, 2007) (LUZIO, 2010).

Todas essas experiências corroboraram para a organização do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Destacamos, entre elas, a Psiquiatria Democrática Italiana que se caracteriza pelos questionamentos não só em relação às condições de cuidado, mas também

ao modelo científico da psiquiatria e dos conceitos elaborados por ela. Tal processo de reforma considera, pois, que “a transformação deva transcender à simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais” (ROTELLI apud AMARANTE, 2007, p. 59).

Nesse sentido, consideramos que a Reforma Psiquiátrica se configura como um campo de resistência em permanente ação, uma vez que se iniciou no Brasil, ao longo da década de 1970, como um movimento de contestação às práticas psiquiátricas negligentes e autoritárias de produção de exclusão que caracterizavam a conjuntura nacional e avança, ainda hoje, na contínua problematização das condições de atenção à saúde mental despendidas à população. Em consonância ao Movimento Sanitário, acompanhou o processo de redemocratização do país e da inclusão da sociedade civil nas pautas de discussão a respeito das políticas públicas nacionais. Composto, então, por trabalhadores da saúde coletiva, da saúde mental, por usuários dos serviços e seus familiares e pela sociedade civil concentrou, como principal eixo de discussão, uma proposta de ruptura com o discurso hegemônico da psiquiatria - em suas produções conceituais e modalidades de tratamento e cuidado.

Tal movimento se organiza, assim, também com o intuito de ultrapassar as reformas institucionais e de organização dos serviços centrado, principalmente, na problematização do campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial enquanto um Processo Social Complexo e dinâmico da existência humana atravessado, historicamente, por um entrelaçamento de diversos elementos e acontecimentos (AMARANTE, 2007).

Dentro desse processo, Paulo Amarante (2007, 2009) propõe pensarmos a Atenção Psicossocial a partir de dimensões, a fim de abarcar a complexidade dos processos de saúde. As dimensões são organizadas em quatro eixos: jurídico-político; sócio-cultural; técnico-assistencial e teórico-conceitual (ou epistemológico). A dimensão jurídico-política é composta por um arcabouço legal⁴¹ que garante o exercício da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico: acesso aos recursos sociais e aos serviços de saúde; políticas públicas de assistência e benefícios; legislação concernente aos direitos humanos, etc. A dimensão sócio-cultural se

⁴¹ A organização desse arcabouço legal foi consolidada a partir da década de 1990. Nesse período foram promulgadas leis, portarias e decretos em nível nacional, estadual e federal, colaborando para o avanço e consolidação da Atenção Psicossocial como estratégia de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Um dos textos que adquiriu destaque foi a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Tal texto tem como base a proposta original apresentada pelo Deputado Paulo Delgado em 1989, que tramitou no Congresso durante 12 anos e teve sua versão final aprovada, com várias modificações, no ano de 2001. Para conhecer a legislação brasileira em saúde mental (até o ano de 2004) indicamos o documento: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

organiza, também, como estratégia fundamental para a efetivação do envolvimento da sociedade na discussão do movimento da reforma psiquiátrica, abre possibilidade para a desconstrução dos imaginários sociais a respeito da loucura, do sofrimento, dos tratamentos, bem como para o incentivo para a participação social junto às políticas de saúde de maneira geral.

A dimensão técnico-assistencial envolve a reorganização dos serviços, das políticas de cuidado e tratamento e o investimento na formação dos profissionais. Ela opera como um recurso imprescindível para a articulação das transformações políticas e sociais e como uma interface importante junto à dimensão teórico-conceitual.

Por fim, a dimensão teórico-conceitual - ou epistemológica - é caracterizada como “o conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer médico-psiquiátrico” (AMARANTE, 2007, p. 1). Desse modo, a problematização das relações entre ciência e poder tornam-se fundamentais para o trabalho com a revisão de conceitos e da ideia de produção de verdades universais que perpetuaram a loucura sob as noções de periculosidade, alienação, anormalidade e exclusão. Como encontramos já no relatório da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, em um texto resultante de uma oficina a respeito da reforma psiquiátrica e as tecnologias de cuidado no qual se problematiza a tutela do campo *psi* sobre a loucura:

Com o passar do tempo assiste-se à lenta, mas segura instauração de um vasto campo de saberes e práticas – que poderíamos designar como psicológicas – cujo núcleo inicial se constitui em torno do saber e da sua capacidade de legislar sobre a normalidade, expandindo-se em círculos concêntricos cada vez mais amplos. Esses saberes acabam por constituir algo que poderia se designar como campo “psi”. Investigar a formação desse campo – suas continuidades e rupturas internas, bem como o modo como o mesmo se articula com os saberes e práticas populares – é fundamental também para a compreensão das questões e dos impasses que ocorrem no âmbito da prática assistencial em saúde mental (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 35/36).

Assim, a Atenção Psicossocial configura-se uma proposta de transição paradigmática, de uma transformação estrutural, com a proposta de um novo contexto discursivo acerca do sofrimento psíquico que amplia as discussões e transformações nos campos político, ético, técnico, jurídico, social, epistemológico. Campos complementares e interdependentes que

possibilitam questionar e superar o modelo clássico da psiquiatria com a produção de novos conceitos e práticas (LUZIO, 2010).

A partir de tal discussão, com o intuito de fomentar um processo complexo de recolocar problemas e reconstruir saberes e práticas, organizaram-se propostas como: a revisão da legislação psiquiátrica nacional; a reorganização do cuidado para além do modelo hospitalocêntrico; a participação social como elemento imprescindível; e a problematização epistemológica de noções como a de loucura, doença mental e tratamento psiquiátrico (YASUI, 2010; AMARANTE, 1998, 2007).

Estas estratégias se orientam em torno de dois pontos principais primeiro, a afirmação da saúde enquanto um direito social – luta imanente aos Movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica que se coadunaram na organização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A concepção ampliada de saúde, enquanto um processo complexo considera, assim, as relações diretas entre processo de saúde e condições de vida que inclui os condicionantes econômicos, sociais, comunitários, individuais, culturais e biológicos; segundo, e diretamente relacionada à localização da saúde como um direito, está a afirmação dos sujeitos enquanto ativos em seus processos de saúde, afirmando sua cidadania e suas possibilidades de construção subjetiva e de vida. A saúde torna-se, assim “uma maneira de abordar a existência como uma sensação não apenas de possuidor ou portador mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (CANGUILHEM, 2002, p. 163).

O investimento nessa capacidade criativa de vida e de saúde não se restringe, contudo, a um só grupo social ou etário. A preocupação da Atenção Psicossocial não passa pela determinação de uma saúde perfeita ou mesmo de um objetivo a ser alcançado como, por exemplo, o adulto saudável ideal e o investimento em tecnologia que garantam o desenvolvimento desse ideal, tal como se opera com a psiquiatria do desenvolvimento. Assim, a inclusão da problemática infanto-juvenil se efetiva também com atenção aos direitos sociais e ao fortalecimento do lugar social desses sujeitos.

4.1 Lugares da adolescência nas estratégias da Atenção Psicossocial

Ainda que a efetivação de estratégias de atenção à saúde mental infanto-juvenil só tenham recebido visibilidade na primeira década do século XXI, podemos pensar que a apropriação da adolescência pelas produções discursivas da Reforma Psiquiátrica acompanha

a própria afirmação do paradigma da Atenção Psicossocial. Isso porque as discussões acerca dos direitos sociais incluem, além da saúde, também a afirmação dos direitos da criança e do adolescente, bem como o questionamento às práticas de institucionalização e exclusão destes sujeitos. Assim, ainda que a organização de serviços de saúde exclusivos a esses sujeitos possa ser considerada tardia em relação aos destinados à população adulta, a inclusão dessa problemática já se opera, ainda que de maneira tímida, nas primeiras discussões da Reforma Psiquiátrica.

Encontramos, assim, nas duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas em 1987 e 1992, a infância e a adolescência, minimamente, como campo a ser pensado e incluído na discussão do movimento da reforma psiquiátrica. Em ambos os relatórios não há uma definição específica a respeito de divisões ou distinções conceituais entre crianças e adolescentes. São considerados, de um modo geral, a partir da posição que ocupam enquanto dependentes de suas famílias.

A que podemos pensar que se deve essa acepção de infância e adolescência, ou mesmo a inclusão considerada tardia da problemática infanto-juvenil no campo da saúde mental? Uma via de investigação pode ser a representação jurídico-legal vigente até então que abarcava a população infanto-juvenil: o Código de Menores, o qual caracterizava como crianças todos aqueles menores de 18 anos e refletia, como problematizamos, uma concepção protetiva e tutelar do Estado, das práticas e intervenções sociais destinadas a essa população. No lento e precário processo de construção da rede de assistência, pouco valiam as distinções de características ou faixas etárias uma vez que infância e adolescência eram mais instrumentos de controle e produção de projetos para o futuro nacional que de cuidado e proteção já que não eram reconhecidas como sujeitos de direitos.

É ante a preponderância deste modelo de assistência, e em oposição a ele, que as discussões das primeiras Conferências Nacionais de Saúde de Mental se posicionarão. Temos, então, nos relatórios da I e da II Conferências, um destaque para a necessidade: da revisão da legislação sanitária e psiquiátrica com relação a crianças e adolescentes que corrobora para a consolidação de práticas de exclusão e discriminação; da garantia de atenção “dentro dos princípios das leis nacionais de proteção aos menores, que venham garantir seus direitos” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, p. 24). Para tanto, defendem que “aos menores sejam garantidos os direitos de proteção semelhante aos dos pacientes adultos, estudando-se mecanismos de controle e proteção que evitem discriminação acessória

a partir de sua minoridade e condição de tutelados” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, p. 25).

Estes documentos destacam, ainda, levando em conta o processo de institucionalização via internação psiquiátrica que impera no tratamento a essa população, que:

- 1 - se adotem normas legais que limitem a internação psiquiátrica de menores e a mantenham sob controle;
- 2 - Que aos menores, a partir dos 16 anos, seja facultado requerer contra sua internação;
- 3 - Que se garanta, aos menores hospitalizados, educação formal ou especializada, habilitação profissional e o direito ao espaço lúdico; [...]
- 5 - Que as medidas terapêuticas para utilização em menores sejam revistas criteriosamente, limitando ou proibindo a utilização de psicofármacos e outros procedimentos (eletroconvulsoterapia, por exemplo) de utilidade duvidosa ou de potencial pernicioso ao processo de desenvolvimento e integridade física e mental dos menores;
6. Que as internações psiquiátricas realizadas por decisão do Juizado de Menores sejam necessariamente submetidas à avaliação de uma equipe de saúde mental [...] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, p. 25)

O destaque a essa problemática evidencia, pois, os investimentos do movimento da Reforma Psiquiátrica na ampliação das discussões em saúde, e de garantia de direitos, problematizando as práticas de exclusão operadas à população muito específica identificada sob a categoria dos menores: as crianças e adolescentes pobres. Essas interrogações se coadunam às contestações acerca da função tutelar do Estado, produtora de muita exclusão e pouca proteção, bem como dos avanços das práticas psiquiátricas clássicas ao controle social com as aproximações entre pobreza e criminalidade e/ou psicopatologia.

Nesse sentido, as propostas da RP destacam, também, a própria discussão epistemológica que envolve essa produção do conceito de menor atrelado ao perigo, à inadequação. Afirma, já nesse primeiro momento de reflexão, a necessidade de avançarmos nas interrogações acerca da “deformação conceitual vigente que considera menores sem lar, 'meninos de rua', como futuros delinquentes ou psicopatas” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, p. 25), favorecendo a consolidação de uma abordagem crítica “à individualização dos conflitos e deficiências na criança” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1992, p. 114).

Podemos considerar que se investe, com isso, na luta pela afirmação de outro lugar social para as crianças e adolescentes, principalmente com sua inclusão na discussão maior dos direitos sociais. Assim a “reforma psiquiátrica [...] se consolidava como um movimento reivindicatório de transformações que ultrapassavam as especificidades da área” (LUZIO & YASUI, 2010, p. 21) com a discussão sempre acompanhada pela sociedade civil, pelos usuários dos serviços de saúde, seus familiares, os trabalhadores, etc.

Esse processo se fortalece com a promulgação do *Estatuto da Criança e do Adolescente*⁴² (2010), Lei Federal 8.069/1990, que revoga o Código de Menores vigente e configura um novo cenário social à população infanto-juvenil, tanto no âmbito dos direitos e deveres como no reconhecimento de suas especificidades e singularidades.

O reconhecimento, e afirmação, das crianças e adolescentes como cidadãos - sujeitos de direitos e deveres - é o ponto de ancoragem para diferenciação em relação à legislação que vigorava até então. A possibilidade de se falar, então, em cidadania, apresenta um novo contexto político e possibilita questionar e investigar, agora com um suporte jurídico legislativo, as práticas e políticas de saúde destinadas a essa população que, como vimos, encontrava-se sob um longo percurso de institucionalização e exclusão.

Derivada desse contexto de novas problemáticas para as lutas políticas e sociais, e após um longo hiato da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, outro contexto político e social é percebido, no Brasil, quando se realiza a III CNMS com o lema “*Cuidar, sim. Excluir, não. – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social*”, possibilitando a emergência da organização da política de saúde mental infanto-juvenil, bem como sua deliberação efetiva. O período concernente a esse hiato é marcante na história política brasileira e tem suas reverberações também nas políticas de saúde mental.

Ao final dos anos 80, o Brasil encontrava-se em uma nova condição política, caminhando para as primeiras eleições democráticas. Além disso, os avanços de uma política neoliberalista retardaram os avanços dos Movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Soma-se a isso, ainda, o processo de *impeachment* do presidente em exercício que suspenderam, de certa forma, as discussões, no âmbito federal, em torno das políticas públicas. Contudo, os movimentos da RP permaneceram e alguns avanços se tornaram

⁴² Edição Especial, com revisão e inclusão de novos artigos, comemorativa dos 20 anos de promulgação da Lei federal 8.069/1990 que instaurou o Estatuto da Criança e Adolescente como a legislação principal que garante sobre os direitos das crianças e adolescentes brasileiros.

possíveis no âmbito legislativo – federal e estadual - até a promulgação da Lei federal 10.216/2001⁴³, que pode ser considerada um dos marcos legais do movimento da reforma psiquiátrica brasileira (LUZIO & YASUI, 2010).

Na legislação estadual, durante a década de 1990, podemos destacar Minas Gerais, Espírito Santo, Ceará, Distrito Federal, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul como os principais estados a organizarem suas legislações em torno das propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Em todas se evidencia o intuito de garantir os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico grave, fiscalizar os serviços existentes e, principalmente, substituir progressivamente a assistência hospitalar psiquiátrica por uma rede pública de serviços de saúde.

No nível federal, o Ministério da Saúde e suas secretarias promulgaram importantes textos⁴⁴, como, por exemplo: a Portaria GM nº 1.720 de 04 de outubro de 1994, que proclama a adesão do Brasil à declaração do dia 10 de outubro como o Dia Mundial da Saúde Mental; a Portaria GM nº 1.077 de 24 de agosto de 1999, que dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica; a Portaria GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000, que regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos como processo de substituição do modelo tradicional centrado no hospital psiquiátrico e a Portaria GM nº 799 de 19 de julho de 2000, que determina uma auditoria nos serviços de saúde mental.

A realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, se organiza, pois, no bojo da aprovação da Lei 10.216, e conduz a elaboração dos princípios e diretrizes para sua efetivação. As propostas circundam os temas do financiamento, recursos humanos, controle social, acessibilidade, direitos e cidadania. Nesse documento, a atenção à criança e aos adolescentes já está mais sistematizada e é localizada como obrigatoriedade nas políticas públicas de saúde mental, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica e os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente.

⁴³ Resultado do processo de articulação das propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Lei Federal 10.216/2001 dispõe sobre “a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004, p. 17), tornando-se o principal referente jurídico para a consolidação de um novo modelo de cuidado à saúde mental.

⁴⁴ Ao todo foram publicadas, e promulgadas, quase 20 Portarias. Seleccionamos aquelas que mais se destacaram em relação a nossa pesquisa. Toda a legislação aqui apresentada, bem como as ausentes, podem ser encontradas no documento: BRASIL. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Ministério da Saúde, Secretaria –Executiva, Secretaria de Atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2004.

Que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) seja respeitado e cumprido na sua totalidade, em particular no que se refere à assistência à saúde e em relação à garantia de atendimento psicossocial à criança e ao adolescente com dependência ao álcool e outras drogas, como determina o ECA nos seus artigos 7º ao 14º, 87º, 101º, 129º (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002, p. 126).

A adolescência deixa de ser objeto exclusivo das práticas estatais tutelares e assistencialistas. São aprovadas, então, propostas para a consolidação de uma Política Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil intersetorial e inclusiva. Entre as deliberações estão: a implementação do CAPS infantil como o serviço base na rede de saúde mental; a prioridade aos processos de desinstitucionalização; a criação de Fóruns Intersetoriais; a formação de recursos humanos e o levantamento epidemiológico para conhecimento das demandas e contextos de atenção - não para detecção de riscos ou definição de práticas preventivas de exclusão, mas para:

realizar um censo nacional, operacionalizado pelos municípios, para o mapeamento dos serviços existentes, contemplando o perfil clínico, social e epidemiológico da clientela infantojuvenil que vem sendo atendida nos serviços de saúde mental públicos, filantrópicos e contratados e instituições de assistência social e judiciárias (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002, p. 59).

A partir desses movimentos de ampliação da Rede de Atenção Psicossocial foi possível a elaboração da primeira publicação, no âmbito legislativo, que inclui a adolescência na rede de saúde: a Portaria GM nº 336/2002, do Ministério da Saúde, que regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial como modalidade de serviço principal para o cuidado em Saúde Mental, sendo os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) uma modalidade específica destinada a crianças e adolescentes.

O investimento nas práticas intersetoriais é conjugado em política de saúde com a Portaria nº 3088, que promulga a Rede Atenção Psicossocial (RAPS) com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde mental da adolescência é incluída entre os objetivos específicos: “(...) I – promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais

vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) (BRASIL, 2011, p. 3)”.

Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites (AMARANTE, 2007, p. 16).

Em oposição ao apresentado pela psiquiatria do desenvolvimento, a intenção da articulação territorial e intersetorial proposta pela Atenção Psicossocial não se faz com o objetivo de vigiar essa população e tampouco de efetivar a detecção de riscos e estratégias de prevenção. Pelo contrário, propõe o investimento em uma articulação micropolítica que promova mudança nas práticas e concepção sociais, diluindo os mandatos sociais que imperam historicamente, sobre a adolescência tutelada, ora pela justiça, ora pela psiquiatria, ora pela assistência social.

Nesse sentido, o trabalho com a noção de vulnerabilidade difere, pois, das gestões dos riscos efetivadas pelas práticas da psiquiatria do desenvolvimento. Tal como indica Ayres (2009), as análises de vulnerabilidade possibilitam trabalhar a partir de uma racionalidade sintética e não uma racionalidade analítica – como se operam nas análises de risco. Assim, não se trata dos fenômenos de maneira isolada e discriminatória, mas se privilegia “a construção de significados, a agregação de elementos diversos que contribuam para que o fenômenos em estudo sejam compreendidos como uma totalidade dinâmica e complexa” (AYRES, 2009, p. 397).

Com o investimento e afirmação dessas deliberações, legislações e concepções no campo da saúde mental e coletiva, vemos o esboço de outro cenário político e social se estabelecer nesse início do século XXI. Nesse contexto, realizou-se a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – I Intersetorial, em junho de 2010, com uma nova organização na política interna, bem como novos desafios para a Atenção Psicossocial.

Os debates da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – I Intersetorial deram-se a partir de um outro cenário. Por um lado, os participantes reconheceram os avanços concretos na expansão e diversificação da rede de

serviços de base comunitária. Por outro, identificaram as lacunas e desafios, a complexidade e o caráter multidimensional, interprofissional e intersetorial dos temas e problemas do campo, apontando a direção de consolidar os avanços e enfrentar os novos desafios trazidos pela mudança efetiva do cenário (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 8).

A consolidação da política de saúde mental infanto-juvenil também é um indicador dessas mudanças. No relatório da IV Conferência, continuamos acompanhando seus avanços. Há, nesse relatório uma seção destinada exclusivamente à Atenção Psicossocial da Infância, Adolescência e Juventude. Considerando o ECA como a legislação principal para organização dos cuidados destinados a essa população, a seção determina uma agenda prioritária para a atenção integral e a intersetorialidade, com a articulação de todos os setores implicados na assistência a crianças e adolescentes. Ratifica, assim,

a necessidade de assegurar, em todo o território nacional, o acesso e o tratamento para crianças, adolescentes e jovens com sofrimento psíquico, através da montagem de uma rede pública ampliada – de base comunitária e fundamento intersetorial – considerando as especificidades de cada localidade, sob a égide do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Lei 10.216, dos princípios da reforma psiquiátrica e dos fundamentos da Política Pública de Saúde Mental no SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010, p. 92).

Entre as deliberações em destaque, há a reafirmação de algumas estratégias, como: a expansão das estratégias de desinstitucionalização; o fortalecimento das políticas e articulações intersetoriais para promoção de saúde e saúde mental – como, por exemplo, com a criação do Fórum Permanente de Saúde Mental Infanto- Juvenil, reunindo as instituições e setores sociais interessados que trabalham com infância e adolescência; e a construção de indicadores específicos a respeito das condições e das demandas de saúde mental desses sujeitos.

Há, ainda, a inclusão, com mais detalhamento, das estratégias de operacionalização de ações transversais de cuidados a crianças e adolescentes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas - respeitando a diretriz da redução de danos e os princípios da reforma psiquiátrica - e de enfrentamento a prescrição indiscriminada de psicofármacos para crianças e adolescentes, bem como da produção de sofrimento e exclusão operadas pelas práticas da psiquiatria biológica contemporânea.

Destaca-se agora a saúde mental para a infância, adolescência e juventude com um discurso atravessado pela necessidade, e importância, de se reconhecer o sofrimento psíquico dessa população não como resultado direto das condições de seu desenvolvimento psíquico, mas como efeito, assim como na saúde mental adulta, dos contextos e relações em que estão inseridos. Abre passagem, assim, para a problematização dos processos de subjetivação da adolescência e os riscos da medicalização e patologização dos comportamentos, retomando as propostas presentes na publicação *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (BRASIL, 2005).

É preciso respeitar a subjetividade desse ser único, localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir, no centro das montagens institucionais, a criança ou o adolescente como sujeitos, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de se discursar sobre ela, de saber, por ela, o que é melhor para ela (BRASIL, 2005, p. 12).

Nesse sentido, é possível investirmos em uma concepção de o desenvolvimento humano e dos processos subjetivos considerando-os, pois, em seu componente de criação e singularidade. Não se recorre, pois, a definição de normais universais de desenvolvimento, de comportamentos esperados e adequados que funcionem com ideais e/ou metas a serem atingidas, tampouco em processo de individualização das responsabilidades sobre as demandas. Assim, passamos a não considerar a vida como

[...] uma dedução monótona, um movimento retilíneo; [pelo contrário], ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação [...] com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas (CANGUILHEM, 2002, p. 160).

A noção ampliada de saúde e o investimento nos sujeitos enquanto ativos nesse processo nos possibilitam retomar a noção de crise e eliminar a noção de risco, a partir de alguns deslocamentos conceituais que favoreçam os processos subjetivos desses sujeitos. Vejamos, se o sofrimento psíquico é considerado parte da existência e dos processos de saúde, a crise passa também a ser considerada como uma possibilidade. Se, pelo paradigma da psiquiatria biológica a crise é considerada como algo destrutivo, que deva ser eliminado, junto

à proposta da Atenção Psicossocial, a crise é concebida como uma situação complexa. Em suma,

A crise é vista como uma experiência singular, disruptiva, de perda dos sistemas de referência, em que o sujeito se sente deslocado da rotina estável, exposto e à mercê do estranho. Essa vivência caótica, desterritorializada e sem conteúdo de representação é inatingível pela consciência, gerando, por um lado, um sofrimento extremo e intenso e, por outro lado, uma potência instituinte capaz de produzir desvios e transformações na vida do sujeito da crise. Se a crise é uma vivência de invasão, de angústia e de sofrimento, ela, ao mesmo tempo, mediante a aceitação, cumplicidade, acolhimento e oferta de uma escuta, por parte de alguém da equipe do serviço, potencializa transformação, redescoberta e reinvenção de novas possibilidades de vida (LUZIO, 2010, p.50).

Nesse sentido, seria possível: desconstruirmos a patologização da adolescência pobre eliminando as relações entre pobreza, risco e periculosidade, retomando a noção de crise como uma capacidade criadora? Pensá-la enquanto uma possibilidade de produção de vida ativa, com um compromisso político e ético em que a crise não estaria limitada à criança ou ao adolescente? Ou, ainda, desconstruindo as concepções negativas da rebeldia enquanto um comportamento que traz prejuízos ao meio social e aos outros indivíduos – tal como sugerem os Manuais de Diagnóstico ao caracterizarem os transtornos de conduta antissocial – e possibilitando a potencialização das condutas de contestação como possibilidade de revoluções micropolíticas?

Podemos investir, assim, na capacidade normativa dos sujeitos em oposição aos ao que se denomina, pela psiquiatria do desenvolvimento, de comportamento resiliente. Diferente das propostas de trabalho com a noção de resiliência e seu componente de padronização e adaptação de comportamentos, em que as normas sociais estão em primeiro plano e os organismos têm a função de se adaptar a ela, pensar a saúde e seu componente de normatividade é inverter essa acepção. Aqui, o organismo emerge em primeiro plano e, com o meio em segundo plano, estrutura seu meio ao mesmo tempo em que desenvolve suas capacidades em um processo que não é estanque ou mesmo pré-determinado.

Sendo assim, quando se trata do estudo das adaptabilidades deve-se considerar todas as circunstâncias, uma vez que “quando se trata de normas humanas, [...] essas normas são determinadas como possibilidade de agir de um organismo em situação social, e não como

funções de um organismo encarado como mecanismo vinculado ao meio físico” (CANGUILHEM, 2002, p. 245).

Retomar o sujeito enquanto um ser ativo em seu processo subjetivo, em seu processo de saúde, possibilita, justamente, que enfrentemos as práticas seculares que localizam o homem, e principalmente a criança e o adolescente, como organismos passivos e/ou reativos que apenas respondem as mudanças passíveis do meio, a tantas modulações quanto possíveis, para que se adequem às funções e papéis sociais historicamente construídos e determinados. Nesse sentido, as práticas de prevenção propostas pela psiquiatria do desenvolvimento se ocupam menos da saúde e mais da manutenção dessas determinações sociais. Cada um em seu lugar, em seu papel, garantindo a manutenção da nova, velha, ordem social.

Ante a isso as estratégias propostas pelo paradigma da Atenção Psicossocial e as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica, possibilitam, pois, ao investir na plasticidade e flexibilidade do sujeito e seu processo subjetivo, que afirmemos práticas de prevenção à prevenção como uma potente ferramenta que dificulte os avanços dessa nova velha psiquiatria – agora, psiquiatria do desenvolvimento: “quando se pensa em estratégias de saúde mental há dois planos preventivos a serem considerados, o primeiro é a prevenção do manicômio e o segundo é a prevenção da prevenção” (LANCETTI, 1989, p. 87).

Ou seja, práticas de expansão da vida e não de conservação, onde o limiar entre o normal e patológico torna-se impreciso, uma vez que as normas são consideradas em sua flexibilidade a medida que se transforma a partir de suas relações com as condições individuais e coletivas. Não há, dessa maneira, um único modo de vida, tampouco uma saúde plena imune ao inesperado, avessa ao sofrimento. Retomando, novamente, as discussões de Canguilhem (2002), “a preocupação mórbida em evitar as situações eventualmente geradoras de reações catastróficas exprime o instinto de conservação. Esse instinto, [...] não é a lei geral da vida, e sim a lei de uma vida limitada” (p. 161).

Nesse sentido, afirmar a Atenção Psicossocial como prática e campo de resistência em permanente ação, permite-nos investir, também, na afirmação e fortalecimento de um universo ético e político que vai além da saúde e retoma a potência e ação dos sujeitos na construção de sua própria vida.

Um universo ilimitado de possibilidades de se inventar a vida, no qual podem ser viabilizadas a produção de desejo, a criação de mundos e a fruição da vida. Ao se resistir, criam-se, por conseguinte, novas realidades,

sujeitos e objetos – em uma palavra, subjetividade – que escapam, ou tentam escapar do controle direto de quem exerce o poder (MORAES & NASCIMENTENETO, 2002, p. 92).

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA UM CAMPO AINDA ABERTO

“Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social”

(Paulo Amarante, 2007)

Os caminhos que efetivamos neste trabalho, a partir de uma perspectiva crítica de trabalho com a história, possibilitaram que desvelássemos algumas linhas de saber e poder que compõem o cenário das políticas de atenção à saúde mental infanto-juvenil: os saberes médico, psicológico e psiquiátrico e seus entrelaçamentos com o aparelho jurídico-estatal. Cenário esse marcado atualmente pela convivência de duas propostas antagônicas de atenção e cuidado: as propostas orientadas pelo paradigma da psiquiatria do desenvolvimento e pelo paradigma da Atenção Psicossocial. Convivência, pois, que pode ser considerada como o principal desafio a se enfrentar quando assumimos o compromisso de afirmar a saúde enquanto um processo social complexo.

Ao retomar, então, a interrogação que guiou nosso itinerário: *Como se produz a adolescência no cenário das políticas e práticas em saúde mental?* deparamo-nos com um campo complexo composto por linhas de saberes e poderes que nos indicaram possíveis respostas, mas também, e mais ainda, novas interrogações que mantêm esse campo ainda aberto para outras problematizações.

Pensando a partir dos dois cenários que construímos neste trabalho, complementares e interdependentes, podemos afirmar que a construção da adolescência como objeto de investigação e intervenção tem como pano de fundo a própria organização política e social da sociedade ocidental. Nesse sentido, a preocupação com a ordem e o progresso social guia a produção discursiva em torno da caracterização dessa nova etapa da vida e do papel crucial que ela representa para a garantia do futuro e manutenção das regras sociais.

A aliança entre ciência e Estado é primordial nesse processo. Assim, as aproximações e entrelaçamentos entre a medicina social, psiquiatria e a psicologia do desenvolvimento

possibilitaram, então, que a saúde mental fosse construída como subterfúgio para a efetivação dessas estratégias de controle social. Temos, assim, uma dupla produção da adolescência marcada pela negatividade da crise e do mau comportamento. Ao adolescente abastado a crise se torna parte do processo subjetivo, momento crucial de internalização das regras e captura da potência de criação em prol da garantia do futuro; ao adolescente pobre a crise é capturada apenas sob o olhar do mau comportamento, da transgressão como perigo social que deve ser combatido. Assim, à arqueogenealogia da adolescência emergiu também uma arqueogenealogia das noções de risco e de prevenção.

Pela via da saúde, menos preocupada com a adolescência e mais com a segurança social, o risco que essa população representa é, paulatinamente, travestido em patologia, evidenciando a função que o saber psiquiátrico assume de regulação social, prática que efetiva o processo de medicalização e psiquiatrização da vida cotidiana e, conseqüentemente, se fortalece de maneira alarmante na contemporaneidade com a nova organização da psiquiatria infanto-juvenil sob a nomenclatura da psiquiatria do desenvolvimento.

Assim, a despeito das lutas e avanços do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, a psiquiatria do desenvolvimento é apresentada enquanto uma proposta inovadora e original de investigação e intervenção na saúde mental infanto-juvenil. Contudo, o que temos é uma reapresentação do paradigma da psiquiatria higiênico-preventiva agora de um modo mais difuso ao incluir setores com a educação, a família e a saúde enquanto agentes ativos na detecção precoce e prevenção do desenvolvimento dos transtornos mentais, formando uma rede de vigilância em torno da pobreza e uma dependência do discurso especialista que promete amenizar o mau comportamento ou mesmo impedir seu desenvolvimento.

Atrelar ao perfil de risco a figura do adolescente pobre, negro, do gênero masculino, com baixo desempenho escolar e “família desestruturada” promulga a produção de desigualdades e preconceitos em relação à pobreza, ao adolescente pobre e às suas redes sociais.

Consoante à ética do capitalismo de produção, de exclusão e de manutenção das diferenças pela via da individualização e culpabilização dos sujeitos por suas condições sociais, a psiquiatria do desenvolvimento apresenta a noção de resiliência como reificação desse processo. Ao localizar, assim, nos próprios indivíduos a capacidade de superação das adversidades e do sofrimento, responsabilizando o adolescente pelo seu próprio sucesso ou fracasso, o saber psiquiátrico autoriza toda a sorte de práticas e discursos que

desresponsabilizam toda a sociedade e seu lugar na produção desses cenários de desigualdade e exclusão.

Algumas ações derivadas desse processo já são identificáveis, três merecem atenção: primeiramente, a aproximação da psiquiatria do desenvolvimento mais das instituições de educação pública e menos da área da saúde coletiva e saúde mental pública, inserindo-as em uma lógica manicomial quando os professores, diretores, funcionários se tornam sentinelas do diagnóstico psiquiátrico e os problemas de aprendizagem se transformam em patologias mentais. O aluno em evidência, responsável pelo seu próprio fracasso, ofusca a problematização maior que deve ser realizada acerca do sucateamento que se opera no sistema educacional brasileiro, do ensino infantil ao ensino superior, mantendo as instituições de ensino com uma função de primeira instância profilática e impedindo que efetuem seu papel de formação para a cidadania.

Em segundo lugar está a retomada da aliança jurídico-psiquiátrica para a mitigação da problemática da violência e da criminalidade. Quando se aproximam, a partir da nomenclatura do comportamento antissocial, as características do comportamento do adolescente aos sintomas dos transtornos de conduta, transformam-se, mais uma vez as desigualdades sociais em condições individuais. Dessa maneira, as práticas de internação começam a emergir como a possibilidade de tratamento para os adolescentes pobres envolvidos em atos infracionais, esvaziando, assim como no campo da educação, as discussões acerca da produção social da violência.

Em terceiro, as correlações estabelecidas entre a noção de periculosidade e as noções de gênero, raça e classe social. O avanço do investimento na definição dos perfis de risco determinados a partir das categorias: adolescente, pobre, negro, do gênero masculino alerta para a pouca atenção despendida, no campo da psicologia, tanto a problemática da patologização da adolescente como para as questões da manutenção das desigualdades sociais e, principalmente, das práticas discriminatórias em nome da segurança, do bem estar social e do desenvolvimento do país.

Individualizando os comportamentos e responsabilizando somente os adolescentes pobres por suas condições psíquica e social essas práticas abrem passagem para o fortalecimento de discursos favoráveis à redução da maioria penal, da internação compulsória e das práticas de extermínio da adolescência pobre que já se efetivam no Brasil. Como, por exemplo, práticas de extermínio que vitimiza os meninos jovens, pobres e negros

brasileiros diariamente tal como indica o Mapa da Violência 2014 - *Os Jovens do Brasil*⁴⁵, publicado no ano de 2014 por Julio Jacobo Waiselfisz. Em uma análise que contempla dos anos 1980 a 2012, um dos dados mais alarmantes é que a maioria das mortes violentas dos jovens no Brasil, atualmente, ocorre por homicídio, sendo esta taxa elevada para aqueles entre os 13 e os 21 anos de idade:

Durante toda a década de 1980, as mortes em acidentes de transporte foram sempre maiores que os homicídios e, em alguns anos, significativamente maiores: em 1980, as mortes no trânsito foram 46,4% maiores que os homicídios, diferencial que em 1996 elevou-se para 47,3%. Já a partir dos 1990, o diferencial de crescimento entre ambas faz com que os homicídios ultrapassem aceleradamente os óbitos em acidentes de transporte. Assim, já no ano 2000, esse diferencial passa para 52,7% favorável aos homicídios (WAISELFISZ, 2014, p.16).

Ainda, acerca da problemática dos homicídios segundo a categoria raça/cor o documento apresenta:

Entre os jovens a situação é mais preocupante: o número de vítimas brancas cai 32,3%. O número de vítimas jovens negras aumenta 32,4%: o diametralmente oposto. As taxas brancas caem 28,6% enquanto as negras aumentam 6,5%. Com isso, o índice de vitimização negra total passa de 79,9% em 2002 (morrem proporcionalmente 79,9% mais jovens negros que brancos) para 168,6% em 2012, o que representa um aumento de 111% na vitimização de jovens negros. (IDEM, 2014, p. 166/167).

Nesse ínterim temos, pois, que, com os investimentos contemporâneos na culpabilização e responsabilização dos sujeitos, a psiquiatria do desenvolvimento permanece, como a medicina social do século XIX, preocupada menos com a promoção da saúde e mais com garantia da segurança social reafirmando as práticas seculares da psiquiatria em seu paradigma biológico: Um novo investimento da psiquiatria na regulação das desigualdades sociais e no favorecimento das práticas de racismo de Estado.

Se considerarmos essa investida secular do paradigma clássico da psiquiatria como ponto de referência de tempo, temos que a Atenção Psicossocial é uma proposta relativamente recente e que caminha, ainda, para afirmar seus melhores arranjos e estratégias de luta por

⁴⁵ Mapa organizado, com dados referentes ao ano de 2012, pelo professor Julio Jacobo Waiselfisz em parceria com a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLASCO-Brasil), a Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial, a Secretaria Nacional da Juventude e a Secretaria Geral da Presidência da República. O objetivo da publicação, tal como apresentado em seu prefácio: “Mais que realizar um acurado exame, nossa intenção é fornecer subsídios para que as diversas instâncias da sociedade civil e do aparelho governamental aprofundem sua leitura de uma realidade que, como os próprios dados evidenciam, é altamente preocupante.

uma promoção da saúde comprometida com os sujeitos e a promoção de vida, e não com o controle social e a promoção de exclusão.

Uma via para esse processo é, justamente, o fortalecimento das discussões epistemológicas. Pensar acerca da formação dos discursos e sua naturalização possibilita que ampliemos o alcance das práticas da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, fortalecendo a essência de contestação e resistência que compõem esse paradigma. O investimento nessas discussões é imprescindível quanto percebemos que, a despeito das propostas e de alguns avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, grande parte dos serviços de atenção à saúde mental (CAPS I, II, III, Infantil, Ad), embora apresentadas a partir das bases da Atenção Psicossocial ainda reproduzem o paradigma da psiquiatria biológico e, mesmo, da psiquiatria do desenvolvimento. Assim, junto à problematização de conceitos específicos, como o que realizamos acerca da adolescência, podemos pensar a possibilidade de estender as discussões epistemológicas, ainda, às noções de saúde, de doença, de crise, de sofrimento, de violência, de desenvolvimento, de risco, etc.; afirmando, novamente, a urgência de fortalecermos a dimensão epistemológica da Atenção Psicossocial.

Um segundo movimento importante pode ser a retomada da potência de resistência imanente nos documentos que divulgam a Atenção Psicossocial e no aparato legislativo que assegura a política nacional de saúde mental a partir desses preceitos. Retomar, ainda, o lugar político e social do Estatuto da Criança e do Adolescente enquanto produtor de autonomia, cidadania e garantia dos direitos e não como uma lei punitiva, de regulação dos comportamentos e manutenção das desigualdades. Pensar de que maneira é possível efetivar as propostas derivadas desses movimentos políticos e sociais sem que se cristalizem em campos fechados de ação ao se tornarem políticas de Estado.

É justamente pela dimensão múltipla e complexa que envolve os processos de saúde e de subjetivação que esse trabalho se faz como um ponto de partida, alinhado a outros como Scisleski (2006), Cervo & Silva (2009), Zaniani (2008), Sinibaldi (2013), Oliveira, S. S. (2011), Arantes (2009), Coimbra e Nascimento (2009), Nascimento, Coimbra e Lobo (2012), Scisleski, Maraschin e Silva (2008), Trevizani (2013), para que as discussões em saúde mental infanto-juvenil permaneçam como um campo aberto às produções críticas que favoreçam a resistência, afirmação e expansão da vida e sua potência de criação. Enfim, entendemos, pois, que resistir, e não prevenir, seja o melhor remédio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Conferência nacional de saúde mental: relatório final**. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988.

II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **II Conferência Nacional de Saúde mental – a reestruturação da saúde mental no Brasil: modelo assistencial, direito à cidadania: relatório final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1992.

ABERASTURY, A. O Adolescente e a Liberdade. In: Aberastury, A. & KNOBEL, M. **Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico**. Tradução: Suzana Maria Garagoray Balve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. **Adolescência Normal: um enfoque psicanalítico** (1970). Tradução: Suzana Maria Garagoray Balve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

AMARANTE, P. D. C. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. In: **Cad. Brasileiro de Saúde Mental**, 2009, p. 1-7.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM III. Porto Alegre: ARTMED, 1989.

_____. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV-TR. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

_____. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM – 5. Washington, DC/ London: American Psychiatric Publishing, 2013.

ANDRADE, R. C. de. Aspectos legais em psiquiatria da infância e adolescência. In: ASSUMPÇÃO JR., F. B. & KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e da adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 59-72.

ARANTES, E. M. de M. De "criança infeliz" a "menor irregular" - vicissitudes na arte de governar a infância In: Jacó Vilela, A. M.; Jabur, F.; e Rodrigues, H. de B. C. (orgs). **Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ, NAPE, 1999.

_____. Proteção Integral à criança e ao adolescente: proteção versus autonomia?. In: **Psic. Clin.**, vol.21, n.2, 2009, p. 431-450.

ARAÚJO, I. L. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: Ed. Da UFPR, 2001.

ARAÚJO, I. L. Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault. In: RAGO, M. & MARTINS, A. L. **Dossiê Foucault**. Revista Aulas, n.3, 2007, p. 1-24.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. São Paulo: ABP Editora, 2006.

_____. **Proposta de diretrizes técnicas para assistência integral em saúde mental no Brasil**. São Paulo: ABP Editora, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA INFANTIL E PROFISSÕES AFINS (ABENEPI). **Educando com a ajuda das neurociências: cartilha do educador**. Ribeirão Preto: Instituto Glia, 2010.

ASSUMPÇÃO JR, F. B. História da Psiquiatria Infantil. In: ASSUMPÇÃO JR., F. B. & KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e da adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p.3 - 10.

ASSUMPÇÃO JR., F. B. & KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e da adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.

AYRES, J. R. de C. M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, J. R. de C. M. et. al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocuz, 2009, p. 375-417.

BRANDÃO, J. M., MAHFOUD, M. & GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. In: **Paidéia**, v. 21, n.2, 2011, p.263-271.

BRASIL. **Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927**. Brasília: Congresso Nacional, 1927. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D17943A.htm

_____. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil (de 16 de julho de 1934)**. Brasília: Casa Civil, 1934. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm

_____. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 10 de novembro de 1937)**. Brasília: Casa Civil, 1937. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm

_____. **Lei nº 4513, de primeiro de dezembro de 1964**. Brasília: Casa Civil, 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4513impressao.htm

_____. **Lei nº 6.697, de dez de outubro de 1979**. Brasília: Congresso Nacional, 1979. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

_____. **Lei 10.216 de seis de abril de 2001**. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei Federal 8.069/1990**. Brasília: Casa Civil, 2010.

_____. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, Diário Oficial da União 2011.

BASTOS, H. P. **Saúde e educação: reflexões sobre o processo de medicalização**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, 2013.

BEZERRA JR., B. A história da psicopatologia. **Palestra no Instituto CPFL/Cultura**, 2012. Disponível em: <<http://www.cpfcultura.com.br/wp/2012/10/25/a-historia-da-psicopatologia-no-brasil-benilton-bezerra/>>. Acessado em: 05 de junho de 2014.

BORDIN, I. A. S. & OFFORD, D. R. *Transtorno de conduta e comportamento antissocial*. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2000, p. 12-15.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Trad: Maria Thereza R. de Carvalho e Luiz Octavio F. Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPONI, S. N. C. de. Biopolítica e medicalização dos anormais. In: **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, 19 (2), 2009, p. 529-549.

CARON, J. Os jovens na escola: alunos de colégios e liceus na França e na Europa (fim do século XVIII – fim do século XIX). In: Levi, G. & Schmitt, J. **A história dos jovens: a época contemporânea**. Tradução: Paulo Neves, Nelson Moulin, Maria Lucia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. **A Gestão dos Riscos: da anti-psiquiatria à pós psicanálise**. Trad: Celina Luz. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1987.

CASTIEL, L. D. Riscos catastróficos e seus enredos: hiperprevenção como forma de vida medicada. In: CAPONI, S. N. et. al. (orgs). **Medicalização da vida - ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010.

CECCONELLO, A. M. & KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. In: **Estudos de Psicologia**, v.5, n.1, 2000, p. 71-93.

CERVO, M. da R. & SILVA, R. A. N. da. A produção de uma patologização da infância na experiência do CAPSi. In: **Anais do XV ENABRAPSO**, 2009. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/481.%20a%20produ%20C7%C3o%20de%20uma%20patologiza%20C7%C3o%20da%20inf%C2ncia%20na%20experi%C2ncia%20do%20capsi.pdf> acessado em 11 de setembro de 2013.

CÉSAR, M. R. de A. **A Invenção da Adolescência no discurso Pedagógico**. Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual de Campinas, 1998.

_____. Da adolescência em perigo à adolescência perigosa. In: **Educar em Revista**, n.15, 1999, p. 2-7.

COIMBRA, C. M. R. et. al. Subvertendo o conceito de adolescência. In: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57, n. 1, p. 2-11, 2005.

COIMBRA, C. M. R. & NASCIMENTO, M. L. A produção de crianças e jovens perigosos: a quem interessa?, 2009, p. 58-63. Disponível em: <http://www.saomartinho.org.br/wp-content/uploads/CEDECA-Saida-Miolo.pdf>

COLLARES, C. A. L. & MOYSÉS, M. A. A. Diagnóstico da medicalização do processo de ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau no Município de Campinas. In: **Em Aberto**, 1992, p. 23-28.

_____. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). In: **Série Idéias**. São Paulo: FDE, 1994. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf. Acessado em 05 de janeiro de 2014.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

_____. **A história da psiquiatria no Brasil – um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA, S. de S. G. Governamentalidade neoliberal, teoria do capital humano e empreendedorismo. In: **Educação & Realidade**, 2009, p. 171-186.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. M. de F. Infância e Políticas Públicas: um olhar sobre as práticas psi. In: **Psicologia & Sociedade**, 17(3), 2005, p. 42-49.

CUNDA, M. **Tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução: Peter Pal Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____. **Foucault**. Trad: Cláudia Sant'Anna Martins. 6ª reimpressão da 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DOTTI, S. **Psicologia da Adolescência – uma psicologia do desenvolvimento**. Porto Alegre: Livraria Sulina Editora, 1973.

EWALD, F. **Foucault, a norma e o direito**. Tradução: Antônio Fernandes Cascais, 2ª ed. Lisboa: Editora Veja, 2000.

FONSECA, M. A. **Michel Foucault e a Constituição do sujeito**. São Paulo: Educ, 1995.

FONSECA, T. M. G. & COELHO, D. M. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. **In: Psicologia e Sociedade**. Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social. 2007, p. 65-69.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir – história da violência nas prisões**. Trad: Lígia M. Pondé. Petrópolis: Vozes, 1991.

_____. Genealogía I: erudición y saberes sujetos. **In: Genealogía del racismo**. Buenos Aires: Altamira, 1993, p. 11-22.

_____. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no Collège de France. Trad: Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **Em defesa da sociedade**. Trad: Maria de Fátima Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. L'asile illimité. **In: Dits e Écrits – tome II (1976-1988)**. Paris: Editions Gallimard, 2001, p. 271-275.

_____. **O poder psiquiátrico**. Curso no Collège de France (1973-1974). Trad: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Segurança, Território e População**. Curso no Collège de France (1977-1978). Trad: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. O sujeito e o poder. **In: DREYFUS, H. L. & RABINOW, P. Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Trad: Vera Portocarrero e Gilda Gomes Carneiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, p. 273-295.

_____. **História de loucura na Idade Clássica**. Tradução: José Teixeira Coelho Neto. 9ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2010b.

_____. **Os anormais.** Curso no Collège de France (1974-1975). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010c.

_____. **Microfísica do poder.** Organização e tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

_____. Os intelectuais e o poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Organização e tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011a, p. 69-78.

_____. **História da sexualidade I – a vontade de saber.** Trad: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 22ª impressão. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

_____. **A Arqueologia do Saber.** Trad: Luiz Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa.** Tradução: Alvaro Cabral Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1978.

FREUD, S (1901-1905). Três Ensaio sobre a sexualidade. In: Ed. Standard Brasileira das **Obras Psicológicas Completas de S. Freud**, vol. 7. Trad: Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREITAS, M. C. de. A criança problema: formas de coesão contra o pobre e formas partilhadas de preterição social. In: MOTA, A. e SCHRAIBER, L. B. (orgs) **Infância & saúde – perspectivas históricas.** São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009, p. 60-88.

GROSSMAN, E. A construção do conceito de adolescência no ocidente. In: **Revista Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2010, p. 47 - 51.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolíticas – cartografias do desejo.** Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2005.

GUIRADO, M. Menor: o grande excluído. In: **Psicologia, Ciência e Profissão**, 1984, p. 35-38.

HALL, G. S. **Adolescence: its psychology and its relations to anthropology, sociology, sex, crime, religion and education.** New York, Appleton. 1904.

HILLESHEIM, B. & CRUZ, L. R. da. Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. In: **Psicologia e Sociedade**, 20(2), 2008, p. 192-199.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**. São Paulo – Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para a Infância e Adolescência (INPD) **Vídeo institucional**, s/d. Disponível em: <<http://inpd.org.br/videos/>>.

_____. **Projeto Prevenção**, s/d. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/inpdprojetoprevencao/home>>.

KHUN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad: Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1975.

KNOBEL, M. A Síndrome da Adolescência Normal. In: Abrastury, A. & Knobel, M. **Adolescência normal – um enfoque psicanalítico**. Tradução: Suzana Maria Garagoray Balve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

LANCETTI, A. Prevenção, preservação e progresso em Saúde Mental. In: LANCETTI, A. et. al. **SaúdeLoucura 1**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LE MOS, F. C.; NASCIMENTO, M. L.; SCHEINVAR, E. Inquietações a respeito do acontecimento risco: crianças e jovens em foco. In: **Rev. do Min. Público do Pará**, 2010, p.91-102.

LE MOS, F. C & CARDOSO JR, H. R. A Genealogia em Foucault: uma trajetória. In: **Psicologia & Sociedade**. Volume 21, p. 353 – 357, 2009.

LEVISKY, D. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LIMA, L. S. de. Psiquiatria do desenvolvimento – representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia da Psiquiatria do desenvolvimento debateram iniciativa. In: **Revista Debate: Psiquiatria hoje**. Entrevista, 2009, p.17-22.

LIMA, A. C. C. & CAPONI, S. N. C. A força tarefa da psiquiatria do desenvolvimento. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.21, n.4, 1315-1330, 2011

LUZ, M. T. Relações entre o adolescente e a sociedade atual: institucionalização, violência e disciplina. In: LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos**. Rio de Janeiro, CEPESC;IMS;LAPPIS;ABRASCO, 2007. p.135-150.

LUZIO, C. A. **Atenção Psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil**. Tese de Livre-Docência não publicada. Assis, 2010. Cedida pelo autor.

LUZIO, C. A. & YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. In: **Psicologia em Estudo**, 2010, p.17 – 26.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011, p. VII – XXIII.

MACHADO, R. et. al. **Danação da norma – medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Petrópolis: Graal, 1978.

MAGALHÃES, A. C. **Desvelando a concepção de adolescência, por uma nova intensidade juvenil: juventude, multiplicidade e devir**. Relatório de Iniciação Científica não publicado. Processo FAPESP 2011/07075-0. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

MARTINS, A. L. B. Biopsiquiatria e bioidentidade: política da subjetividade contemporânea. **Psicologia & Sociedade**, 2008, p. 331-339.

MAYES, R. & HORWITZ, A. V. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. In: **Journal of the History of the Behavior Sciences**. Vol. 41, 2005, p. 249-267.

MENEZES, J. E. X. de & SANTOS, D. N. Tensões entre diagnósticos psiquiátricos e construções identitárias. In: **Revista Psicologia & Saúde**, 2012, p. 152 – 160.

MOHR, A.M & VALORE, L.A. Rebelia Adolescente: um olhar à luz das contribuições psicanalíticas. In: **PsicoDOM**, nº4, Curitiba, 2009, p. 1- 18.

MONDONI, S. M. Transtorno de Conduta. In: ASSUMPÇÃO JR., F. B. & KUCZYNSKI, E. **Tratado de Psiquiatria da Infância e da adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012, p. 365-372.

MORAES, T. D. & NASCIMENTO, M. L. Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. In: **Psicologia em Estudo**, v.7, n.1, p.91 -102, Maringá, 2002.

MOURA, E. B. B. de. O fim, o meio e a forma: o Brasil desejado, a infância e a lei na Assembléia Constituinte de 1934. In: MORA, A. & SCHRAIBER, L. B. (orgs). **Infância & Saúde – perspectivas históricas**. São Paulo: Hucitec/Fapesp, 2009, p. 21 – 59.

MOURA, F. C. Adolescência: efeitos da ciência no campo do sujeito. In: **Revista de Psicologia Clínica**, vl. 17, nº2, Rio de Janeiro, 2005, p. 113-125.

MURTA, S. G. Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. In: **Psicologia: Reflexão e crítica**, 2002, p. 1-8.

NASCIMENTO, M. L. do; COIMBRA, C. M. R; LOBO, L. F. Anotações iniciais sobre a psiquiatria do desenvolvimento: “é de pequeno que se torce o pepino”. In: **Psicologia Política**, 2012, p. 87-103.

NETO, P. P & CAPONI, S. N. Medicalização: revisitando definições e práticas. In: TESSER, C. D. (org). **Medicalização do social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, p. 35-51.

NORONHA, M. C. R. da C. e S. et. al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, 2009, 497-506.

OLIVERA, S. M. Os alcances e limites da medicalização do risco para psicose: a emergência da uma nova categoria?. In: **Physis – Rev. de Saúde Coletiva**, 2012, p.291-309.

OLIVEIRA, S. S. de. A moral reformadora e a prisão de mentalidades – adolescentes sob o discurso penalizador. In: **São Paulo em Perspectiva**, 13 (4), 1999, p. 75-81.

_____. Políticas e fissuras sobre crianças e jovens: psiquiatria, neurociência e educação. In: **Ecopolítica**, 2011, p.77-103.

_____. Política, psiquiatria do desenvolvimento e resiliência: novos arranjos epidemiológicos – primeiras anotações, S/D. Disponível em: <<http://www.fclar.unesp.br/Home/Pesquisa/GruposdePesquisa/participacaodemocraciaepoliticaspublicas/encontrosinternacionais/pdf-st07-trab-aceito-0232-5.pdf>>.

OSÓRIO, L. *Adolescente: hoje*. Porto Alegre: ARTMED, 1992.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: Contini, M. L. J & Koller, S. H. (org). **Adolescência, Psicologia – concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002.

PAIVA, A. C. S. **Sujeito e laço social – a produção de subjetividade na arqueogenealogia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

PERALVA, A. O Jovem como modelo cultural. In: Sposito, M. et al. **Juventude e Contemporaneidade**. Brasília: Unesco, MEC, ANPEd, Coleção Educação Para Todos, v. 16, 2007.

PEREIRA, H. V. F. S. & VINOCUR, E. Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. In: **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.**, p. 26-35, 2011.

PERES, F. & ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso médico na saúde pública. In: **Saúde e Sociedade**, 1998.

PEREZ, J. R. R. & PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e adolescentes no Brasil. In: **Cadernos de Pesquisa**, 2010, p. 649-673.

PFROMM NETO, S. **Psicologia da Adolescência**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1971.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

REVISTA DEBATE: PSIQUIATRIA HOJE. **Editorial**, 2009, p. 5.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. In: **Psicologia em Estudo**, v.11, n.1, 2006, p. 29-38.

RIZZINI, I. Crianças e menores do pátrio poder ao pátrio dever: um histórico da legislação para a infância no Brasil (1830-1990) In: PILOTTI, F; RIZZINI, I. (Org.). **A Arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, 1995, p.99-168.

ROHDE, L. A. Psiquiatria do desenvolvimento – representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria e do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia da Psiquiatria do desenvolvimento debateram iniciativa. In: **Revista Debate: Psiquiatria hoje**. Entrevista, 2009, p.17-22.

ROSA, B. P. G. D. da & WINOGARD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. In: **Psicologia & Sociedade**, v. 23, 2011, p. 37-44.

SAPIENZA, G. & PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. In: **Psicologia em Estudo**, v. 10, n.2, 2005, p.209-216.

SCISLESKI, A. C. C. **“Entre se quiser, saia se puder”**: os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SCISLESKI, A. C. C.; MARASCHIN, C.; SILVA, R. A. N. da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. In: **Cad. Saúde Pública**, 2008, p. 342-352.

SILVA, R. A. N. da. et. al. “Anormais escolares”: a psiquiatria para além dos hospitais psiquiátricos. In: **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, vl. 14, n.33, 2010, p. 401-410.

_____. As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1984 e 1937. In: **Psico**, v. 39, n.4, 2008, p.448-445.

SINIBALDI, B. **Mapeamento da demanda de saúde mental infantil em um município de pequeno porte**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Estadual Paulista, 2013.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). Conselho nacional de saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

_____. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SOARES, C. B. Juventude e saúde: concepções e políticas públicas. In: DEYRELL, J. et. al. (org). **Juventudes contemporâneas: um mosaico de possibilidades**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2011, p. 361-379.

TREVIZANI, T. M. **Camisa de forças para menores: a patologização de crianças e adolescentes (HOSPÍCIO SÃO PEDRO, 1884-1929)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014 – Os jovens do Brasil**. Versão preliminar. Rio de Janeiro: FLASCO/BRASIL, 2014. Disponível em:

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Caring for children and adolescents with mental disorders : setting WHO directions.** Geneva: WHO Press, 2002.

_____. **Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future.** Geneva: WHO Press, 2005.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. In: **Psicologia em Estudo**, v. 8, 2003, p.75-84.

ZANIANI, E. J. N. **Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, 2008.

ZANOTTI, S. **Os jovens e o agir: respostas ao mal-estar.** Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

ZAMBENEDETTI, G. & SILVA, R. A. N. da Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. In: **Psicologia e Sociedade**, 2011, p. 454-463.