

FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS
MESTRADO EM CIÊNCIAS CRIMINAIS

ANNA TEREZA DE OLIVEIRA SANTOS

MEDICALIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

ANNA TEREZA DE OLIVEIRA SANTOS

MEDICALIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós- Graduação em Ciências Criminais da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Orientador: Prof. Dr. Augusto Jobim do Amaral

Porto Alegre

2018

Ficha Catalográfica

S237m Santos, Anna Tereza de Oliveira

Medicalização dos adolescentes em conflito com a lei / Anna Tereza de Oliveira Santos . – 2018.

100 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Jobim do Amaral.

1. Medicalização. 2. Adolescentes. 3. Biopolítica. I. Amaral, Augusto Jobim do. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ANNA TEREZA DE OLIVEIRA SANTOS

MEDICALIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Augusto Jobim do Amaral

Profa. Dra. Ana Paula Motta Costa

Prof. Dr. José Carlos Moreira da Silva Filho

Porto Alegre
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Augusto Jobim do Amaral pela paciência, pelo incentivo e apoio. Por ter me provocado e me feito acreditar que eu seria capaz de desenvolver e expandir o tema proposto.

A todos os professores do programa de pós-graduação cujos ensinamentos foram de grande importância na realização deste trabalho.

Ao colegas de mestrado, sobretudo ao Lucas Pilau, amigo que ganhei nessa caminhada.

À Priscila Mello, amiga sempre disposta a ajudar, pelas conversas e pela troca de ideias que contribuíram muito na confecção deste trabalho.

Ao meu amor e companheiro de vida, Thiago Macedo, por tornar meus dias menos pesados e mais alegres e por acreditar tanto em mim.

Aos meus pais e à minha madrinha, pelo investimento e apoio incondicional nessa caminhada, sem os quais nada disso seria possível.

Às minhas irmãs de coração, Amanda e Juliana, por entenderem minha ausência e por sempre acreditarem em mim.

Aos meus colegas do PPCAAM, que compartilham comigo o desejo de transformação social da realidade das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Sem dúvidas, as trocas vivenciadas todos os dias fizeram toda a diferença na construção deste trabalho.

Às colegas Kellen e Mariana, amigas e parceiras que tornam os dias de trabalho menos pesados.

Aos queridos funcionários da secretaria acadêmica, em especial à Márcia Cristina de Brum Lopes, pelo atendimento sempre muito além do que o esmero profissional exigia.

Por fim, a todos que me auxiliaram de alguma maneira para a concretização dessa etapa.

RESUMO

O processo de medicalização tem sido uma crescente com o passar dos anos na sociedade moderna. De forma geral, o conceito de medicalização aparece em diversos estudos para tratar de um fenômeno que teve, tradicionalmente, o sentido geral de reduzir problemas sociais e políticos a problemas privados e individuais. O presente trabalho tem como objetivo analisar as expressões contemporâneas da medicalização no âmbito dos adolescentes em conflito com a lei. Tomando como ponto de partida os estudos sobre a biopolítica da população, de Michel Foucault, e as reflexões de autores como Cristian Dunker e Vladimir Safatle sobre a expansão das categorias diagnósticas, este trabalho busca perceber como os discursos médicos e psiquiátricos estão sendo utilizados pelo saber jurídico como instrumento de normalização, controle social arbitrário e gestão dos adolescentes autores de ato infracional.

Palavras-chave: Medicalização; adolescentes; biopolítica.

ABSTRACT

The medicalization process has been growing over the years in modern society. In general, the concept of medicalization has been used in several studies to deal with a phenomenon that has traditionally had the general sense of reducing social and political problems in private and individual problems. This present aims to analyze the contemporary expressions of medicalization in adolescents in conflict with the law. Taking as a starting point the studies on the biopolitics of the population of Michel Foucault and the reflections of authors like Cristian Dunker and Vladimir Safatle on the expansion of diagnostic categories, these work seeks to understand how the medical and psychiatric discourses are being used by legal knowledge as instrument of normalization, arbitrary social control and management of adolescents who commit an infraction.

Keywords: Medicalization; adolescents; biopolitics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA	12
2.1 O NASCIMENTO DA CLÍNICA	14
2.2 A ENTRADA DO BIOPODER E A SOCIEDADE DA NORMA	18
2.3 MEDICINA SOCIAL: O CUIDADO COM O CORPO SOCIAL	25
2.4 MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA	31
3 GESTÃO DOS INTRATÁVEIS E PERIGOSOS: A BIOPOLÍTICA DA INFÂNCIA NO BRASIL	37
3.1 CONSOLIDAÇÃO DO PARADIGMA MENORISTA: DO MENOR EM PERIGO AO MENOR PERIGOSO	37
3.1.1 Código penal do Império de 1830: delinquência juvenil	38
3.1.2 O surgimento do menor no Brasil Republicano	39
3.1.3 Lei de Emergência de 1943	46
3.1.4 Ditadura Militar: Menor problema social	50
3.2 ECA: DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL (?)	53
4 ALIANÇAS JUS-PSI: A MEDICALIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	61
4.1 A FUSÃO ENTRE OS SABERES JUS E PSI: DO ANORMAL AO CRIMINOSO	63
4.2 AS EXPRESSÕES CONTEMPORÂNEAS DA MEDICALIZAÇÃO E PSQUIATRIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI	70
4.2.1 Retomada das práticas higienistas: Transtorno de Personalidade Antissocial o novo perigo social	71
4.2.2 Medicalização do uso da droga: Punição ou Tratamento?	77
4.3 AS CLASSIFICAÇÕES E A BIOPOLÍTICA	86
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	93

1 INTRODUÇÃO

Vivemos hoje em uma sociedade na qual problemas coletivos e sociais são gerenciados por um processo de medicalização que avança sobre todas as esferas da vida, diagnosticando comportamentos comuns da sociedade como transtornos mentais e ocultando desigualdades.

No que se refere às crianças e aos adolescentes, o campo comportamental tem sido o grande cenário de atuação desse processo. A predominância da função psi na gestão das problematizações e dos conflitos que setores da juventude apresentam no campo social caminha para um movimento de medicalização e psiquiatrização dos jovens em conflito com a lei, sendo crescente a tematização da saúde mental sob a perspectiva criminológica ou de defesa social.

Como indicadores desse processo, temos: o crescente encaminhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa a perícias psiquiátricas para verificação do grau de periculosidade e diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial¹; um número cada vez maior de internações psiquiátricas de adolescentes via ordem judicial, caracterizadas pela compulsoriedade² e a prática de contenção química como forma de controle dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa³.

Foi esse o contexto que determinou a pesquisa desenvolvida no presente trabalho, no qual buscamos analisar de que forma o saber médico adentrou no âmbito jurídico e criminológico e passou a influenciar e a controlar todas as esferas da vida social e política. Para tanto, partindo da análise das práticas que sustentaram a intervenção médica na população e que, contemporaneamente, possibilitam sua atuação em grande escala sobre a juventude, mais especialmente aquela em situação de.

A fim de compreendermos como o processo de medicalização expandiu-se no

¹ VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; GRAMKOW, Gabriela; MATSUMOTO, Adriana Eiko.

² BENTES, A. L. S. Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999; e SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008.

³ Conselho Federal de Psicologia e Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da OAB. Direitos Humanos – um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, 2006.

corpo social como instrumento de controle, gestão e normalização da população, tomamos como referência os estudos de Foucault sobre o biopoder e a biopolítica da população, bem como as análises de Cristian Dunker e Vladimir Saffle quanto à expansão de categorias diagnósticas. Esse escopo nos permitiu analisar as estratégias de controle da população e a proliferação de categorias diagnósticas que configuram a base desse processo de medicalização da vida.

Retomamos algumas pesquisas já realizadas sobre a influência do saber médico no âmbito dos adolescentes em conflito com a lei, no intuito de compreender como o saber jurídico tem se utilizado das estratégias de medicalização para governar e manejar os jovens em conflito com a lei.

Esses jovens aparecem como alvos de um modelo de correção que guarda em si substratos de dispositivos disciplinares e biopolíticos. Nesse sentido, a relação entre adolescência, saúde mental e justiça evidencia uma tendência de gestão dos corpos e dos riscos na atualidade, em que composição psi-jurídicas são utilizadas como pretexto para o controle social arbitrário dos adolescentes em conflito com a lei sob o argumento de cuidado e proteção.

Assim, nosso trabalho tem como objetivo analisar as expressões contemporâneas da medicalização no âmbito dos adolescentes em conflito com a lei.

Acredita-se que a medicalização dos adolescentes vai em direção ao paradigma emergente de gestão dos chamados indesejáveis e perigosos. Esta é marcada pelo recurso cada vez maior ao encarceramento, em detrimento do investimento em políticas sociais, e pela radicalização da política punitiva como resposta ao aumento da desigualdade social, da violência e da insegurança⁴, incluindo-se, no âmbito dessa radicalização, a patologização da conduta criminosa⁵.

Nesse sentido, no primeiro capítulo, será analisado o processo de medicalização da vida, isto é, como se deu a difusão do saber médico na modernidade. Para isso, percorremos os estudos de Foucault sobre o nascimento da clínica no findar do século XVIII, momento em que a medicina moderna passa por

⁴ VICENTIN, M. C. G. Os "intratáveis": a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade. IN: Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. (orgs) Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010.

⁵ Movimento visível no DSM-III (1980) e sua edição revisada DSM-III-R (1987). Foi alterada a caracterização e nomenclatura do diagnóstico de psicopatia, com ênfase nas explicações estritamente comportamentais.

uma transformação fundamental da organização de seu conhecimento e sua prática, e passa a ter uma postura normativa na gestão da existência humana, indo além do objetivo de curar doenças e produzindo efeitos de controle⁶.

Vamos até a entrada do biopoder e o nascimento da medicina social, quando a medicina passa a exercer um papel de controle e gestão do corpo que não é apenas individual, mas um controle que se faz também sobre o “corpo social”⁷, ganhando cada vez mais espaço em campos distintos da saúde – que eram anteriormente exclusivos da política, da polícia e do direito. Entre eles, os cuidados com a higiene pública e com os indivíduos lançados à margem do circuito social (velhos, delinquentes, loucos)⁸.

Analisaremos, também, a aproximação da medicina ao campo da infância e da família, que contribuiu para esse projeto de uma medicina social, comprometida não só com a cura dos doentes, mas principalmente com os processos de vigilância e controle dos corpos das populações.

No segundo capítulo, indo ao encontro do objeto de nosso trabalho, a partir da análise histórica dos direitos da criança e do adolescente, analisaremos como, ao longo da história, vão se desenvolvendo estratégias de proteção e regulação da infância conforme um modelo disciplinar e biopolítico.

Por fim, vamos retomar o momento em que o discurso médico-psiquiátrico invade o saber jurídico e criminológico, produzindo uma noção de patologização do crime e do comportamento, por meio da articulação do sujeito anormal ao sujeito criminoso. Faremos uma análise de como esses saberes têm se articulado contemporaneamente para a gestão, normalização e controle social dos adolescentes em conflito com a lei, retomando algumas pesquisas que apontam esse movimento de medicalização e psiquiatrização dos adolescentes em conflito com a lei.

⁶ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p.39.

⁷ FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p. 79.

⁸ FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 205.

2 MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Neste capítulo construímos as bases para a leitura do que podemos considerar, atualmente, Medicalização da vida.

De forma geral, o conceito de medicalização vem sendo utilizado em diversos estudos para tratar de um fenômeno que teve, tradicionalmente, o sentido de reduzir problemas sociais e políticos a problemas privados e individuais⁹.

Contudo, o conceito de medicalização proporciona uma perspectiva de análise interessante na pesquisa de diversas problemáticas sociais, entre as quais se encontra o foco de interesse do presente trabalho, qual seja, as expressões contemporâneas da medicalização na gestão e normalização dos adolescentes em conflito com a lei.

O processo de medicalização mostrou significativo crescimento ao longo dos anos na sociedade moderna, e vem sendo estudado por diferentes autores das mais diversas áreas. Conrad e Scheneider compreendem o processo de medicalização como aquele em que problemas não médicos são tratados ou definidos como problemas médicos, em termos de doenças ou transtornos, podendo, inclusive, prescindir da participação do profissional médico. Conforme os autores, a maioria dos estudos sobre a medicalização a entendem como aquela que direciona os problemas humanos para o campo da jurisdição médica¹⁰.

Já Gori e Del Vogo trabalham a medicalização como um processo pertencente à condição humana na modernidade. Para eles, ela funciona como um discurso que constitui o homem no mundo moderno, na medida em que se constitui numa organização de práticas e formulações que se inserem na formação desse homem no que diz respeito à forma com que significa seu corpo, seu lugar político e suas vivências. Isto é, entendem a medicalização como pertencente à estrutura da cultura moderna e ao mal estar por excelência desta civilização¹¹.

⁹ MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.p. 156.

¹⁰ CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph. W. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press. 1992.

¹¹ GORI, R.; DEL VOGO, M-J. La Santé Totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoel, 2005. *apud* GUARIDO, Renata Lauretti. "O que não tem remédio, remediado está": medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.p. 22-23.

Conforme Caponi, nos últimos anos “[...] reforçou-se uma tendência das sociedades modernas a pensar seus conflitos e dificuldades em termos médicos, mais precisamente psiquiátricos.¹²” Problemas de diversas ordens são hoje apresentados como “doenças” e “distúrbios” no intuito de esconder grandes questões políticas, sociais e culturais.

Nesse sentido, concomitante a esse processo de medicalização, observa-se a expansão de categorias diagnósticas a cada edição do DSM (*Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorders*), que vem transformando comportamentos comuns da sociedade em transtornos mentais, contribuindo, assim, para esse processo de medicalização da vida.

Muito embora Foucault não formule diretamente um conceito de medicalização, ele a utiliza para enfatizar a expansão do saber médico no tecido social, ou seja, a influência da medicina em quase todos os aspectos da vida humana e social, para além das questões de saúde¹³.

As origens dos processos de medicalização da vida social encontram-se estreitamente associadas às funções de controle social que a medicina exerce como área de conhecimento científico-técnico e como profissão.

Nesse contexto, cabe aqui retomarmos como se deu a difusão do saber médico no discurso social e na formação do homem moderno. Para tanto, encontramos, nos estudos de Foucault sobre biopoder, as linhas de análise necessárias para pensar a difusão do saber médico na modernidade.

Para isso, identificamos nos estudos do autor algumas estratégias de difusão do saber médico que nos parecem importantes para nossa pesquisa, quais sejam:

- O Nascimento da Clínica
- A Entrada do biopoder e a Sociedade da norma
- Medicina social: o cuidado com o corpo social
- A Medicalização da infância

¹² CAPONI, S. Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

¹³ FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979.

2.1 O NASCIMENTO DA CLÍNICA

Foucault concebe o nascimento da clínica no final do século XVIII e início do século XIX, momento em que a medicina moderna passou por uma transformação fundamental da organização de seu conhecimento e sua prática, apresentados agora sob um presumido empirismo que a coloca no glorioso lugar de ciência¹⁴.

Segundo Foucault, essa transformação se deu a partir de uma série de reorganizações não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença, através de uma alteração da configuração linguística do discurso médico e da ruptura na organização conceitual de seus objetos, conceitos e métodos¹⁵.

A clínica, incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença¹⁶.

Na chamada medicina moderna, também conhecida como medicina das espécies, as doenças passam a ser ordenadas através de um quadro classificatório, que irá dispor as configurações ideais das doenças que nunca foram vistas, mas que eram presumidas por analogia¹⁷ com os casos conhecidos. Dessa forma, o que passa a definir o objeto do conhecimento médico, não é mais o encontro do médico com o doente, nem o confronto de um saber com uma percepção, mas o cruzamento sistemático de várias séries de informações homogêneas que envolviam um conjunto infinito de acontecimentos separados, cuja interligação fazia surgir o fato

¹⁴ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. X

¹⁵ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p.XVIII.

¹⁶ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p.XVIII.

¹⁷ “O estudo combinatório dos elementos desvela formas análogas de coexistência ou de sucessão que permitem identificar sintomas e doenças. A medicina das espécies e das classes usava-os igualmente na decifração dos fenômenos patológicos: reconhecia-se a semelhança das perturbações de um caso a outro, do mesmo modo que, de uma planta a outra [...] As analogias sobre as quais se apoia o olhar clínico para reconhecer, em diferentes doentes, signos e sintomas são de outra ordem; consistem nas relações que existem primeiramente entre as partes constituintes de uma única doença, e em seguida entre uma doença conhecida e uma doença a conhecer.” FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. 113.

individual¹⁸.

Essa nova configuração do saber médico, também denominada “*saber histórico*”, vai se contrastar com a antiga forma, o “*saber filosófico*”. Se, no saber filosófico, a doença era descrita de acordo com a sua causalidade, para os teóricos do novo saber médico, as causas e os sintomas ocupavam um mesmo plano de representações na medida em que eram visíveis.

O histórico reúne tudo o que, de fato ou de direito, cedo ou tarde, direta ou indiretamente, pode se dar ao olhar. Uma causa que se vê, um sintoma que, pouco a pouco, se descobre, um princípio legível em sua raiz não são da ordem do saber filosófico, mas de um saber muito simples, que deve proceder todos os outros, e que situa a forma originária da experiência médica¹⁹.

A prática médica passa a ser executada segundo as características visíveis da doença, que, por meio da aproximação entre médico e doente, permitem à medicina penetrar na profundidade do corpo e descobrir a doença. Essa classificação das doenças leva à despersonalização daquele que sofre, de forma que, para conhecer a verdade sobre um fato patológico, o médico deve abstrair o doente. A clínica cria, então, toda uma reestruturação espacial do patológico, que Foucault dividiu em espacialidades sociais, sendo a classificação das doenças chamada pelo autor de espacialização primária do patológico.

O paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo que sofre [...]. Não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença.²⁰

Já a espacialização secundária se deu com a redistribuição anatômica da doença a partir da relação entre o seu espaço de localização e o seu espaço de configuração. Conforme o autor, “[o] espaço do corpo e o espaço da doença têm liberdade de se deslocar um com relação ao outro.”²¹ Por fim, Por fim, e não menos importante, a espacialização terciária, na qual “um corpo de práticas e instituições médicas articula as espacializações primária e secundária com as

¹⁸ *Idem. Ibidem.* p. 33.

¹⁹ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963.p. 04.

²⁰ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. P. 07.

²¹ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. P. 09.

formas de um espaço social”. A espacialização terciária se refere à forma como um grupo, para se manter e proteger, reage não só a doenças, como estabelece as formas de assistência, exclusão e etc.

A partir disso, a experiência médica oscilou e definiu novas e mais concretas percepções, passou-se a ter, cientificamente, uma fundamentação cada vez maior na anatomia humana e a prática clínica passou a se caracterizar por uma medicina classificatória das espécies patológicas.²²

A preocupação dos médicos estava em “[...] situar um sintoma em uma doença, uma doença em um conjunto específico e orientar este no interior do plano geral do mundo patológico.”²³

As doenças passaram a ser vistas como fenômenos dinâmicos que se apresentam através de sintomas e signos, sendo o sintoma a forma como se apresenta a doença, transcrição primeira daquilo que é visível, e o signo, o prognóstico do que vai se passar, a anamnese do que se passou e o diagnóstico do que está acontecendo²⁴.

Basicamente, a pergunta “*o que é que você tem?*” transforma-se em “*onde lhe dói?*” e entra-se no domínio empírico da clínica, que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar²⁵. Assim, o olhar clínico tinha como objetivo tornar visível tudo o que se encontrava obscuro.

[...] a partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala, etc²⁶.

A doença, então, deixou de ser um acontecimento importado do exterior e os fenômenos patológicos tomaram o aspecto de processos vivos, passando a doença a articular-se com a própria vida²⁷.

²² FORTES, Lore. Clínica da Saúde e biopolítica. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de; VEIGA-NETO, Alfredo. SOUZA FILHO, Alípio de (Orgs.). Cartografias de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 200.

²³ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963.p. 32.

²⁴ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963.p. 102-103.

²⁵ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. XVIII.

²⁶ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. XVIII.

²⁷ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro:

Afastada a essência ontológica da doença, esta passa a se inserir em uma trama orgânica em que as estruturas são espaciais, as determinações, causais, e os fenômenos, anatômicos e fisiológicos²⁸. O espaço da doença se dá no próprio corpo do indivíduo e, dessa forma, perceber o mórbido é mais uma maneira de perceber o corpo.²⁹

O espaço médico passa a coincidir, atravessar e penetrar o espaço social, na medida em que, como refere Foucault, “[...] o lugar em que se forma o saber não é mais o jardim patológico em que deus atribui as espécies”, mas a consciência médica generalizada, isto é, a medicina está difusa no espaço, no tempo, ligada não só a cada existência individual, como também à vida coletiva da nação.³⁰

Nesse sentido, a medicina assumiu a tarefa de gerenciar a anormalidade, para além do patológico. Pode-se dizer que, até o final do século XVIII, a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade e, a partir do século XIX, a medicina regulou-se mais pela normalidade do que pela saúde³¹.

Para Ayres, é justamente nessa substituição da noção positiva de saúde pela de normalidade que Foucault começa seu desenvolvimento conceitual de “*biopolítica*”³². A medicina deixou de ser somente “a seca e triste análise de milhões de enfermidades” e passou a desempenhar um importante papel a serviço do Estado, “de instaurar na vida dos homens as figuras positivas de saúde, da virtude e da felicidade”³³.

Forense Universitária, v. 1977, 1963. P. 174.

²⁸ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. 218 e 221.

²⁹ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. 218 e 221.

³⁰ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. 35.

³¹ “De um modo geral, pode-se dizer que até o final do século XVIII medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade; não se apoiava na análise de um funcionamento ‘regular’ do organismo para procurar onde se desviou, o que lhe causa distúrbio, como se pode restabelecê-lo; referia-se mais a qualidades de vigor, flexibilidade e fluidez que a doença faria perder e que se deveria restaurar”. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1.ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. P. 38-39.

³² FRANÇA, Leandro Ayres. A genealogia da tanatopolítica, suas maquetes contemporâneas e os reflexos jurídicos no horizonte biopolítico desenvolvido pela medicina moderna. 2013. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. p.22

³³ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p. 38.

A medicina do século XIX passou a ter uma postura normativa na gestão da existência humana, indo além do objetivo de curar doenças, distribuindo não só conselhos de vida equilibrada, mas regendo as relações físicas e morais dos indivíduos e da sociedade, e produzindo efeitos de controle.³⁴

2.2 A ENTRADA DO BIOPODER E A SOCIEDADE DA NORMA

Mais do que o abandono das velhas teorias e sistemas, a virada da medicina clássica para a moderna representou o novo discurso científico sobre os indivíduos, no qual a aproximação médico e paciente acabou dando lugar à administração dos seus riscos e capacidades potenciais, passando a vida a ser campo de intervenção e, com isso, abrindo-se à era de um biopoder.

Foi na obra *“A História da sexualidade I – A Vontade do Saber”* que Foucault desenvolveu o conceito de biopoder em oposição ao poder soberano de vida e morte.

O poder soberano, que tinha o direito de vida e morte como um de seus privilégios característicos, passou por uma profunda transformação na virada do século XVIII para o XIX. Houve um deslocamento do direito de morte, que passou a apoiar-se e a ordenar-se nas exigências de um poder que gere a vida³⁵.

O poder soberano era exercido essencialmente como instância de confisco, mecanismo de subtração e apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e da vida no intuito de suprimi-la. Tanto em sua forma antiga e absoluta, derivado da *patria potestas* – que concedia ao pai de família o direito de dispor a vida e morte de seus filhos, esposas e escravos –, como em sua forma moderna, relativa e atenuada – exercido somente nos casos em que o soberano encontrava-se exposto em sua própria existência³⁶.

Esse poder, também conhecido como o poder de *“causar a morte ou deixar viver”*, transforma-se em um *“poder de causar a vida ou devolver à morte”*. Assim começa o surgimento discreto de novos mecanismos de poder que deixam de agir

³⁴ FOUCAULT, M. O nascimento da clínica 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963. p.39

³⁵ FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 128.

³⁶ FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 127-128.

pela repressão e passam a agir de forma positiva nas vidas.

Conforme Esposito, se o poder soberano era exercido como mecanismo de subtração e tributação – das coisas, dos bens, dos serviços, do tempo, do sangue – dos seus súditos, a biopolítica, ao contrário, estava voltada para a vida deles, não só no sentido de sua defesa, como também do seu desenvolvimento, da sua potencialização e maximização: “O primeiro tolhia, refreava, até aniquilar. O segundo solda, aumenta, estimula”³⁷.

O princípio “*poder matar para poder viver*” virou estratégia entre Estados e a luta já não era mais em defesa do soberano, mas pela existência de todos. A existência da população passa a prevalecer sobre a existência do soberano, e a força do poder não se encontra mais no direito de matar, mas na manutenção da vida, da espécie e da raça.³⁸

A tarefa de gerir a vida pertencia agora ao poder político. Assim, “a velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”³⁹, abrindo-se, dessa forma, à era do Biopoder.

Na era do biopoder, a função maior é investir sobre a vida, administrando os corpos e gerenciando calculadamente a vida, tanto em seu nível micro (sujeição dos corpos) nas escolas, casernas, ateliês, como em seu nível macro (de controle das populações), agindo sobre os problemas de natalidade, saúde pública e habitação, por meio das práticas políticas e observações econômicas⁴⁰.

Nesse sentido, conclui Barbosa

Desse modo, em lugar da morte o poder passa a gerir a vida, de forma positiva, para que cresça e se multiplique, sob controles precisos e regulações de conjunto. O poder encontra no saber o instrumento para esse gerenciamento: o “saber” sobre a natureza implica a assunção de “poder” sobre a natureza dos homens⁴¹.

³⁷ ESPOSITO, Roberto. *Bios: biopolítica e filosofia*. Lisboa: Edições 70, 2010. p. 61.

³⁸ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 129-130.

³⁹ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p.131.

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p.131-132.

⁴¹ BARBOSA, Heloisa Helena. *A pessoa na era da biopolítica: autonomia, corpo e subjetividade*. Cadernos IHU. São Leopoldo: Instituto Humanitas Unisinos. Ano 11, n. 194, 2013. p. 05.

Apesar disso, o poder de morte não deixa de existir, tão somente se desloca. Passa a se apoiar nas exigências de um poder que gere a vida e a se ordenar em função de seus reclamos, de forma que, mesmo quando cabe ao poder soberano a tarefa de impor a morte, esta só se dá em nome da preservação da existência da população⁴².

A organização desse poder sobre a vida desenvolve-se, concretamente, a partir da metade do século XVIII, pela combinação de dois mecanismos: as disciplinas do corpo, que Foucault chama de “*anátomo-política do corpo humano*”, e dos processos de intervenções e regulações da população, que ele vai denominar “*bio-política da população*”⁴³. A articulação desses dois mecanismos de poder na regulação da vida constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu essa nova forma de poder: o biopoder.

Na era do biopoder, os fenômenos próprios da vida humana entram na ordem do saber e nos cálculos de poder, isto é, os processos da vida passam a ser considerados em procedimentos de poder e de saber que tentam controlá-los e modificá-los.

O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar, e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder.⁴⁴

Se em “*Vigiar e Punir*”⁴⁵ o poder tinha como característica ser docilizador e disciplinar, com o Biopoder, Foucault enfatiza outra forma de governo do homem, a biopolítica. Esta nova técnica de governo é definida por Foucault como “o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana”⁴⁶. Ao contrário do poder disciplinar, a biopolítica não opera no nível dos corpos individualizados, mas

⁴² FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 128.

⁴³ FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 131.

⁴⁴ FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p. 134..

⁴⁵ FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 26. ed. Tradução de Raquel Ramalheite. Petrópolis: Vozes, 2002.

⁴⁶ FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p.134.

sobre um novo elemento inventado pelos mecanismos de poder: a população.

É a noção de população, como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder, que se torna a unidade de medida para as ações do Estado⁴⁷.

A biopolítica, portanto, vai se dirigir aos acontecimentos aleatórios que ocorrem em uma população, tais como proporção de nascimentos, mortes, taxa de reprodução, doença e fecundidade, utilizando mecanismos reguladores que vão poder fixar um equilíbrio, manter uma média, isto é, “instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que é inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um estado de vida⁴⁸.”

Nesse contexto, se dá a importância da medicina como um discurso que compõe as estratégias biopolíticas de gestão da vida, ou seja, “como uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios”.

A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores.⁴⁹

A noção de vida que Foucault toma como base para construir o conceito de biopolítica é fortemente influenciada pelos estudos de Canguilhem, em que a vida parece ser vista pelas ciências biológicas e médicas mediada sempre pela ideia de norma.

Dentre as consequências e transformações desse biopoder, está a importância da norma e a preocupação em demarcar os limites entre normalidade e desvio, pois, como vimos, a sociedade moderna antes regulamentada por um sistema de leis codificadas pelos juristas passa a ser regida pelas normas.

Como refere Castro, diferente da lei, que tem como referência os códigos e que define o proibido e o permitido no sentido de separar e dividir, a norma pretende homogeneizar as condutas e padrões, funcionando como um “sistema binário de gratificação e sanção; para ela, castigar é corrigir”.⁵⁰

É a norma que vai estabelecer o critério de diferenciação entre o normal e o patológico, é ela o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador;

⁴⁷ FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 206.

⁴⁸ FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 206-207.

⁴⁹ FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 212.

⁵⁰ CASTRO, Edgardo. Vocabulário de Foucault – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Trad. Ingrid Muller Xavier; Rev. téc. Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 112.

que vai se aplicar tanto ao corpo, como à população; que vai permitir controlar, a um só tempo, a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica⁵¹.

Para entender esse conceito, são indispensáveis as considerações trazidas por Canguilhem em “*O Normal e o Patológico*”, obra em que o autor discute o estatuto das estruturas de definição e de partilha entre fenômenos normais e patológicos.

Primeiramente, Canguilhem ressalta a ambiguidade do termo “normal”, por um lado, enquanto fato, remete a médias estatísticas, por outro, enquanto valor, remete àquilo “que deveria ser”, ao que é desejável em uma determinada sociedade.

Na discussão desses sentidos, fizemos ver o quanto esse termo é equívoco, designando ao mesmo tempo um fato e “um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação que ele adota”. Fizemos ver, também, o quanto esse equívoco foi facilitado pela tradição filosófica realista, segundo a qual toda generalidade é indício de uma essência, toda perfeição, a realização de uma essência e, portanto, uma generalidade observável de fato adquire o valor de perfeição realizada, um caráter comum adquire um valor de tipo ideal. Assinalamos, enfim, uma confusão análoga em medicina, em que o estado normal designa, ao mesmo tempo, o estado habitual dos órgãos e seu estado ideal, já que o restabelecimento desse estado habitual é o objeto usual da terapêutica.⁵²

Para o autor, a relação entre o normal e o patológico deve ser vista sob o ponto de vista qualitativo, ou seja, valorativo, ao contrário do que Comte e Bernard defendiam, de que ela devia ser vista sob o olhar quantitativo.

Do ponto de vista quantitativo, o patológico difere-se quantitativamente do estado normal, havendo uma relação de homogeneidade e continuidade entre eles⁵³. Essa concepção quantitativa adotada pela medicina moderna procura vincular o normal ao conceito de média aritmética, de frequência estatística de uma população, ou, ainda, como tipo ideal em condições experimentais determinadas, associando o conceito de saúde ao conceito de normalidade. Nessa concepção, a diferença entre o normal e o patológico é vista como uma diferença que diz respeito a funções e órgãos isolados, como se os fenômenos patológicos fossem apenas

⁵¹ FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988. p.131.

⁵² CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 48

⁵³ CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 28.

variações quantitativas, déficits ou excessos⁵⁴.

Para o autor, o patológico visto sob a variação quantitativa apresenta uma série de limitações e deficiências, na medida em que, nessa concepção, o “estado mórbido no ser vivo nada mais seria que uma simples variação quantitativa dos fenômenos fisiológicos que definem o estado normal da função correspondente”⁵⁵.

A doença é um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado na sua totalidade, não sendo possível medir quantitativamente a dor, o prazer e o sofrimento, os quais também se referem à saúde, por isso a necessidade de se perceber a distinção entre o normal e o patológico como uma variação qualitativa, na medida em que “[...] o anormal não é o patológico. Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada”⁵⁶.

Dessa forma, para Canguilhem, o normal não pode ser visto como algo rígido, uma vez que está totalmente relacionado com o meio, pois se adapta e se transforma de acordo com as condições individuais às quais os corpos estão submetidos. Levando em conta que o meio ambiente humano é mediado por construções e valores sociais, a patologia aparece como o que se revela na relação entre o organismo e seu meio ambiente.⁵⁷

Sob a concepção qualitativa, o patológico e o normal são tratados como dois estados distintos, não tendo nenhuma coincidência ou mesmo oposição entre um e outro. Como refere Caponi, a normalidade, entendida como um valor, não se opõe nem à doença nem à morte, mas somente à anormalidade, que nada mais é que um fenômeno intermediário entre o médico, na medida em que foge das médias estatísticas e valores desejáveis, e o jurídico, na medida em que foge do modo como

⁵⁴ Para Vladimir Safatle, a discussão trazida por Canguilhem é central não só para a biologia e para a clínica, mas essencialmente para a filosofia: “*Por trás das mudanças e redefinições do que está em jogo na partilha entre o normal e o patológico, encontramos um problema vinculado à maneira com que a razão moderna determina a articulação entre vida e conceito, entre ordem e desordem, entre norma e erro. Uma grande parte do trabalho canguilhemeano de historiador das ciências está ligada à tentativa de demonstrar como as decisões clínicas a respeito da distinção entre normal e patológico são, na verdade, um setor de decisões mais fundamentais da razão a respeito do modo de definição daquilo que aparece como seu Outro (a patologia, a loucura etc.)*.” SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientle Studia*, São Paulo. v.9, n. 1, p. 11-27, 2011. p.14 e 16.

⁵⁵ CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 92.

⁵⁶ CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 53.

⁵⁷ SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientle Studia*, São Paulo. v.9, n. 1, p. 11-27, 2011. p. 20.

um comportamento deveria ser.⁵⁸

Nesta senda, Canguilhem desloca o debate da normalidade para a normatividade, “[...] um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio”⁵⁹. Assim, o que é normal dentro de um contexto pode ser considerado patológico em outro, tornando impreciso o limite entre o normal e o patológico⁶⁰.

Desse modo, para que um fenômeno fisiológico seja considerado normal ou patológico, é necessário analisar a interação entre o ser e o meio em que ele se encontra, “[...] não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis [...]”⁶¹.

A anomalia passa a ser patológica quando compromete a normatividade, não estando relacionada somente com a saúde, mas sobretudo com a vida. A noção de saúde como normalidade e não normatividade e da doença como anormalidade contribuiu para o enrijecimento dos comportamentos a serem considerados normais e, nesse contexto, a norma foi prevalecendo ao sistema jurídico da lei, isto é, o que era da ordem da lei passou a funcionar cada vez mais como norma, integrando-se cada vez mais num contínuo de aparelhos (médicos, administrativos, etc.) que tem como função maior a regulação: “[...] uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia do poder centrada na vida”.

Assim, o modelo jurídico de sociedade vai sucumbindo ao modelo médico, desenvolvendo um aparelho de medicalização coletiva sobre a população, que permitiu aplicar à sociedade uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos, das existências e dos afetos⁶².

⁵⁸ CAPONI, S. Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

⁵⁹ CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 56.

⁶⁰ CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 71.

⁶¹ CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. p. 71

⁶² REVEL, Judith. Michel Foucault: Conceitos essenciais. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovensani. São Paulo: Claraluz, 2005. p. 65

2.3 MEDICINA SOCIAL: O CUIDADO COM O CORPO SOCIAL

Conforme acompanhamos até aqui, o processo de medicalização emerge no século XVIII com o nascimento da clínica, acoplado a um modelo de saber científico como coadjuvante no tratamento da doença. Contudo, é no desenvolvimento da medicina social que Foucault desvela o processo de politização do corpo por meio da medicina e faz, pela primeira vez, sua referência expressa à medicina como estratégia biopolítica, isto é, como estratégia de controle e gestão das populações⁶³.

Essa medicina social surge num contexto em que o conceito de Estado, conforme é conhecido atualmente, estava se formando e que o mundo capitalista estava emergindo como nova ordem social.

Muitos argumentavam que a medicina moderna teria se tornado individual, tendo em vista ser ligada a uma economia capitalista que conhecia somente a relação médico paciente e ignorava a dimensão global e coletiva da sociedade. Foucault, então, busca demonstrar o contrário, que a medicina moderna é “[...] uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente”.⁶⁴

Conforme o autor, com o capitalismo, ocorreu a socialização da medicina, pois este socializou um primeiro objeto, o corpo, enquanto força de produção e de trabalho, de forma que o controle da sociedade sobre os indivíduos passou a se operar não simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas pelo corpo, com o corpo⁶⁵. Isto é, “[...] foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo,

⁶³ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução* de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p.80.

⁶⁴ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução* de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p.79.

⁶⁵ Com relação a essa sempre referência a corporeidade para falar da instauração política, refere Safatle que na filosofia política moderna se tem algo que parece onipresente é a ideia de que a política é indissociável das modalidades de produção de um corpo político que expressa a estrutura da vida social. Para o autor, a instauração política como a constituição de um corpo dotado de unidade, de vontade consciente, de eu comum, não é uma mera metáfora ou ilustração que visaria dar à sociedade a naturalidade reificada de um organismo, mas sim uma forma de *“relacionar sistemas de referencias distintos que devem, porém, ser conjuntamente articulados para que um fenômeno determinado possa ser apreendido de modo adequado”*, e assim complementa o autor: *“Se não é possível pensar a instauração política sem apelar às metáforas corporais é porque, na verdade, constituir vínculos políticos é indissociável da capacidade de ser afetado, de ser sensivelmente afetado, de entrar em um regime sensível de aisthesis. As metáforas do corpo político não descrevem apenas uma procura de coesão social orgânica. Elas também indicam a natureza do regime de afecção que sustenta adesões sociais”* SAFATLE, Vladimir. *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. 2. ed. rev. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016. p. 19.

investiu a sociedade capitalista”⁶⁶.

Foucault estrutura esse processo de formação da medicina social, ou seja, de junção entre medicina e Estado, em três etapas: “medicina de estado” alemã, “medicina urbana” francesa, e a “medicina da força de trabalho” inglesa. A análise desses percursos históricos, aliados à importância científica que a medicina ganhou ao longo do século XX, são extremamente relevantes, pois compõem o trajeto de consolidação e de distinção conferido à medicina na sociedade moderna.

A primeira, a “medicina de estado”, surge na Alemanha no começo do século XVIII e tem como preocupação a melhoria do nível de saúde da população por meio de programas efetivos, a que se chamou, pela primeira vez, de “política médica de um Estado”. A medicina de Estado tinha como característica a organização do saber médico estatal, normalização da profissão médica, subordinação dos médicos a uma administração central e integração de vários médicos em uma organização médica estatal. Ela não tinha por objetivo garantir uma força de trabalho que correspondesse às necessidades da indústria, mas aos corpos dos indivíduos enquanto constituintes da força do Estado. A medicina apresentada pela Alemanha foi, sem dúvida, a mais estatizada e funcionalizada dessa época⁶⁷.

A segunda formação da medicina social é a “medicina urbana”, que aparece no final do século XVIII na França. Na segunda metade do século XVIII, sentiu-se a necessidade, nas grandes cidades, de constituir a cidade como unidade de organização do corpo urbano. Isso ocorreu por várias razões, dentre elas: a econômica, uma vez que a cidade torna-se um importante lugar de mercado que unifica as relações comerciais; e a política, pois, até o século XVII, na Europa, o grande perigo vinha do campo. Os camponeses pobres atacavam as cidades e os castelos em razão das más colheitas ou dos impostos; no final do século XVIII, as revoltas passam a vir das próprias cidades e, com isso, a necessidade de um poder político capaz de esquadriñar a população urbana para seu melhor controle.

A partir disso, pequenos pânicos atravessaram a vida urbana das grandes cidades do século XVIII, decorrentes da inquietude político-sanitária que se forma à medida que se desenvolve o tecido urbano. Como reação a isso, o modelo de intervenção médico-político da quarentena é criado, “[...] um sonho político-médico

⁶⁶ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p.80.

⁶⁷ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p.83-85.

da boa organização sanitária das cidades, no século XVIII [...]”⁶⁸, usado no combate à lepra e à peste. No combate à lepra, o indivíduo era excluído, exilado, semelhante à forma religiosa de atuar, no intuito de purificar as cidades retirando os leprosos; no combate à peste, era feita uma análise minuciosa da cidade, tal qual uma revista militar.

A medicina urbana consistia, essencialmente, em três grandes objetivos: a) analisar e mapear lugares de acúmulo de tudo o que pode provocar doenças no espaço urbano, lugares de formação e difusão de fenômenos epidêmicos ou endêmicos, como, por exemplo, os cemitérios; b) controlar a circulação do ar e da água, pois acreditava-se que o ar seria um dos grandes fatores patogênicos; com isso, abriram-se grandes avenidas nos espaços urbanos para evitar contaminações e manter o bom estado de saúde da população; c) organizar a distribuição dos diferentes elementos necessários à vida comum da cidade, como fontes, esgotos, etc.

Surge aqui a noção de medicalização das cidades, como o momento em que a prática médica se põe em contato com as ciências extra-médicas, neste contexto, especificamente com a química⁶⁹. Essas medidas são importantes, pois por meio delas surge a noção de “*salubridade*” e correlativamente a de “*higiene pública*”, noções essenciais da medicina social francesa.

Salubridade não é a mesma coisa que saúde, e sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é correlativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública – no séc. XIX, a noção essencial da medicina social francesa – é o controle político- científico deste meio.”⁷⁰

Por fim, a terceira etapa de formação da medicina social, “[...] em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização”. No segundo terço do século XIX, os pobres passaram a representar um “perigo”, em razão de a uma série de revoltas sociais por eles

⁶⁸ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p.83-85

⁶⁹ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p. 92.

⁷⁰ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p. 93.

promovidas, tendo em vista a organização de serviços postais, carregamentos etc., que dispensaram, em parte, os serviços prestados pela população e retiraram seus meios de subsistência. Além disso, o aparecimento da cólera em 1832 propagou uma série de medos sanitários entre a população proletária, gerando a crença de que sua presença nas cidades representava perigo. Em razão disso, ocorreu a separação do espaço urbano em bairros e habitações de ricos e pobres.

É na “medicina da força de trabalho” inglesa que surge uma nova forma de medicina social, fato que se deve em grande parte ao rápido desenvolvimento industrial e, por consequência, do seu proletariado. No entanto, é com a *Lei dos Pobres* que a medicina inglesa passa a ser social. O intuito da referida lei era assegurar a saúde das classes ricas, promovendo a assistência aos pobres, satisfazendo suas necessidades de saúde, estabelecendo o que Foucault denomina de “cordão sanitário autoritário” que vai separar ricos e pobres.

Os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre.⁷¹

Essas medidas foram complementadas por outros sistemas, como o de *health service* e o de *health office*. Mais do que cuidados médicos, eles tinham a função de controle médico, uma espécie de serviço autoritário para o controle de vacinação compulsória da população, organização do registro das epidemias e doenças capazes de deflagrar as epidemias, mapeamento de lugares insalubres e levando à destruição dos mesmos⁷².

Cabe destacar que essa medicina de controle provocou muita revolta e resistência da população, não só na Inglaterra do século XIX, mas em outros países do mundo. Diversos grupos lutavam contra a medicalização pelo direito sobre seu próprio corpo, de viver, de estar doente, de poder curar-se e morrer como quisessem.

Em suma, no século XVIII, o primeiro objeto de medicalização foi o Estado, o segundo a cidade e, o terceiro, já no século XIX, a força de trabalho. Assim, Foucault, confirma sua hipótese de que concomitantemente ao desenvolvimento do

⁷¹ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p. 95.

⁷² FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p. 96.

capitalismo, a medicina social passa a exercer um papel de controle e gestão do corpo que não é apenas individual, mas um controle que se faz também sobre o “corpo social”⁷³.

A medicina ganha cada vez mais espaço em campos distintos da saúde que eram antes exclusivos da política, da polícia e do direito, como os cuidados com a higiene pública e com os indivíduos lançados à margem do circuito social, assumindo uma conformação que se adapta à biopolítica, pois atua, ao mesmo tempo, como uma forma de controle individual e totalizante⁷⁴.

Muito embora a relação entre Estado e Medicina no Brasil tenha se dado em um contexto político diferente do analisado por Foucault na Europa, os problemas urbanos eram, assim como na Europa, problemas de ordem sanitária, econômicos e políticos. Segundo Machado, no século XIX, a medicina passa a influenciar a sociedade brasileira como braço científico do poder do Estado, intervindo em tudo, sem fronteiras. Na medida em que a leis não tinham mais controle sozinhas sobre o perigo urbano, começa-se a produzir mecanismos de controle dos cidadãos, tornando-os produtivos e inofensivos.

Nesse sentido, a medicina social no Brasil foi um projeto político, não no sentido de concorrer com o Estado, mas de intervir na sociedade pela sua relação de reciprocidade com o mesmo, pois precisava dele para exercer a prevenção das doenças e era útil para ele por ser um instrumento especializado capaz de prevenir doenças. Dessa forma, a medicina social no Brasil esteve muito mais pautada pela ideia de prevenção⁷⁵.

Para Foucault, a evolução da medicalização se dá no século XX, com o plano Beveridge (1942), o qual instituiu o direito à saúde. Esse plano, muito embora não tenha sido uma inovação, pois desde o século XVIII uma das funções do Estado era garantir a saúde dos cidadãos, ocasionou uma mudança na relação entre o Estado e a saúde. Se antes o Estado garantia a saúde para “assegurar a força física nacional, sua capacidade de trabalho e de produção”, com o plano, a saúde torna-se objeto de preocupação do Estado na medida em que o indivíduo está a serviço dele⁷⁶.

⁷³ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p. 79.

⁷⁴ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 212.

⁷⁵ MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. p. 157- 158; 242-243.

⁷⁶ FOUCAULT, Michel. *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. Verve, São Paulo, n. 18, p.

A saúde transformou-se em luta política. Nas campanhas, os partidos políticos e os políticos passaram a defender, em seus programas eleitorais, a garantia ao atendimento médico e o financiamento das despesas pelo Estado. Para além, a saúde entrou no campo da macroeconomia, as políticas orçamentárias da maior parte dos países promoveram uma redistribuição da renda para garantir a todos os indivíduos as mesmas condições para o tratamento da saúde.

Para Foucault, o plano Beveridge, como uma referência simbólica, representa a formulação de um novo direito, uma nova moral, uma nova economia e uma nova política do corpo, em que “[...] o corpo do indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado, um dos grandes objetos de que o próprio Estado deve encarregar-se [...]”, constituindo uma verdadeira “*somatocracia*”, ou seja, um regime que intervém no corpo, na saúde corporal, na relação entre saúde e doença, entre o normal e o anormal.⁷⁷

Embora a medicina, desde o século XVIII, já se ocupasse do que não lhe dizia respeito, de aspectos diferentes dos doentes, no século XX, não foi diferente:

De modo mais geral, pode-se afirmar que a saúde se converteu em um objeto de intervenção médica. Tudo o que garante a saúde do indivíduo, seja a salubridade da água, as condições da moradia ou o regime urbanístico, é hoje um campo de intervenção médica que, conseqüentemente já não está vinculado exclusivamente às doenças⁷⁸.

Isso porque a medicina, dotada de um poder autoritário, passou a oferecer a matéria-prima das regras que devem orientar a vida moderna nas formas gerais de existência e do comportamento humano, sendo a instância criadora de normas de saúde e de vida, orientando comportamentos e definindo o que está dentro e o que está fora da norma. Nesse sentido, refere Foucault

Se é certo que os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade.⁷⁹

167- 194, 2010. p. 168-170.

⁷⁷ FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve, São Paulo, n. 18, p. 167- 194, 2010. p.170-171.

⁷⁸ FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve, São Paulo, n. 18, p. 167- 194, 2010. p. 181.

⁷⁹ FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve, São Paulo, n. 18, p. 167- 194, 2010. p. 181

Conforme o autor, o “diabólico” é que, até o século XIX, embora a medicina já tivesse ultrapassado os limites dos doentes e das doenças, ainda existiam coisas que pareciam não medicalizáveis. Tinha-se ainda uma prática corporal, uma higiene, uma moral da sexualidade não controladas e não codificadas pela medicina. Todavia, perdeu-se esse campo exterior da medicina, na medida em que “[...] cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado.”⁸⁰

Nesse sentido, o termo “*medicalização*” faz referência a esse processo que se caracteriza pela função política da medicina e pela expansão indefinida e sem limites do saber médico. Como vimos, um processo que se inicia nos séculos XVIII e XIX como uma estratégia de governo da população e, no século XX, ganha novas formas, em que a saúde passa ser atribuição do Estado e, assim, assunto da economia e da política.

2.4 MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA

A aproximação da medicina ao campo da infância e da família contribuiu para esse projeto de uma medicina social, comprometida não só com a cura dos doentes, mas, principalmente, com os processos de vigilância e controle dos corpos das populações. O saber médico, ao se expandir para o campo da família e da infância, aumentou suas condições de vigilância e controle dentro dos espaços de intimidade da família.

Segundo Donzelot, uma das razões dessa preocupação com os cuidados da família, especialmente com as crianças, foram os altos índices de mortalidade infantil que se tinha já em meados do século XVIII. Nas instituições destinadas aos “menores” abandonados, esses índices eram ainda maiores. Dessa forma, tendo em vista as expectativas que o Estado tinha em relação a essas crianças e adolescentes, houve uma propagação de manuais, principalmente médicos, aos pais e cuidadores, com diretrizes de cuidados com as crianças, sobre alimentação, normas de higiene e educação. Essas crianças não podiam morrer antes de se tornarem “úteis ao Estado”⁸¹.

⁸⁰ FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Verve, São Paulo, n. 18, p. 167- 194, 2010. p. 186.

⁸¹ DONZELOT, Jaques. A polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 16.

Não só no que se refere aos cuidados desses “menores” abandonados, a população das cidades tinha o hábito de recorrer as nutrizes do campo para cuidar das crianças em geral. Muitas mulheres, tanto as ricas, como as que não tinham condições econômicas privilegiadas, em função de seus trabalhos ou porque simplesmente queriam evitar o fardo da amamentação, entregavam seus filhos aos cuidados das nutrizes⁸². Os altos índices de mortalidade vinham da dificuldade de encontrar nutrizes que realmente cuidassem dessas crianças, pois a maioria eram mulheres do campo que, para aumentar suas rendas, se ocupavam de muitas crianças ao mesmo tempo, o que acabava ocasionando a morte de muitas delas.

Ainda que os mais ricos pudessem se beneficiar da exclusividade de uma nutriz, não podiam contar com a bondade delas. Por esse motivo, muitos médicos passaram a desaconselhar a prática das nutrizes, pois acreditavam que seus maus hábitos eram transmitidos para as crianças pela amamentação⁸³. Os médicos passaram a buscar a explicação de muitas taras que afetavam as crianças ricas nos comportamentos das nutrizes⁸⁴.

Em razão disso, passou-se a criticar a entrega dos filhos a nutrizes - uma prática de abandono disfarçado que aumentava a distância entre pais e filhos - e passou-se a incentivar as famílias a educarem seus filhos.

Para tanto, instalou-se uma reorganização dos comportamentos educativos em dois polos com estratégias bem distintas: a difusão de uma medicina doméstica e a economia social.

[..] O primeiro tem por eixo a difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e de técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob a vigilância dos pais. O segundo poderia agrupar, sob a etiqueta de "economia social" todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos, em suma, o que se convencionou chamar de filantropia⁸⁵.

Ambas as estratégias, embora uma direcionada às famílias mais ricas e, outra, às camadas mais pobres da população, permitiram à medicina um espaço

⁸² DONZELOT, Jaques. A polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 16.

⁸³ Um argumento que, supostamente, justificava os maus-tratos praticados pelas nutrizes era que muitas delas eram escravas das famílias e, por isso, não tinham interesse que crescesse forte a criança que, no futuro, viria a oprimi-las.

⁸⁴ DONZELOT, Jaques. A polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 17

⁸⁵ DONZELOT, Jaques. A polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 21-22.

relevante no ambiente da família e da infância, sobretudo pela difusão das práticas higienistas. Essa reorganização alterou significativamente as práticas familiares e a forma de cuidado à criança.

Sobre o tema, Foucault discorre que

A família não deve ser mais apenas uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Deve-se tornar um meio físico, denso, saturado, permanente, contínuo de que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança. Adquire, então, uma figura material, organiza-se como o meio mais próximo da criança, tende a se tornar, para ela, um espaço imediato de sobrevivência e de evolução. [...] E, ao mesmo tempo, a saúde – em primeiro plano a saúde das crianças – se torna um dos objetivos mais obrigatórios da família. O retângulo pais-filho deve se tornar uma espécie de homeostase da saúde. Em todo o caso, desde o século XVIII, o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do “cuidadoso” e do “cuidado”, constituem algumas das leis morais essenciais a família. E, desde esta época, a família se tornou agente constante de medicalização⁸⁶.

O cuidado mais intenso com as crianças no interior das famílias abriu caminho para a medicalização dos discursos sobre infância, que passou também a ser alvo central da intervenção psiquiátrica.

Segundo Foucault, a família passou a importar para dentro de si mecanismos de vigilância e controle psiquiátrico, desempenhando um importante papel também na expansão do poder psiquiátrico, isto é, na produção das noções de normalidade e anormalidade.

O olhar familiar tornou-se olhar psiquiátrico, ou em todo o caso, olhar psicopatológico, olhar psicológico. A vigilância da criança tornou-se uma vigilância em forma de decisão do que é normal e o anormal; começou-se a vigiar seu comportamento, seu caráter, sua sexualidade; e, é então que vemos emergir toda essa psicologização da criança no interior da própria família⁸⁷.

A família, subordinada à instância externa e científica do saber médico, passou a ser a responsável pelo controle da postura, dos gestos, da sexualidade e da maneira de se comportar da criança.⁸⁸

⁸⁶ FOUCAULT, Michel. A Política da Saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979. p. 199.

⁸⁷ FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 154

⁸⁸ FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 154-155.

Em suma, é esta família, que detém o poder imediato sobre o corpo da criança e que é controlada de fora pelo saber e pelas técnicas médicas, que contribuiu para psiquiatrização da infância e difusão do poder psiquiátrico, e que faz surgir, nas primeiras décadas do século XIX, o normal e o anormal.⁸⁹

Conforme Foucault, a difusão do poder psiquiátrico realizou-se a partir da infância, não diretamente do registro da loucura na infância ou da criança louca, mas “por intermédio da criança não louca”, isto é, da criança imbecil e idiota. Segundo o autor, desde os primeiros anos do século XIX tomou-se cuidado em especificar que a criança imbecil e idiota não era louca.⁹⁰

A idiotia e a imbecilidade pertenciam, até o final do século XVIII, à categoria geral da loucura. No entanto, nas primeiras décadas do século XIX, essas noções passaram a ser entendidas como fenômenos absolutamente distintos da loucura. O idiota passou a ser aquele que sofre de uma interrupção de desenvolvimento e o retardado como alguém cujo desenvolvimento, embora contínuo, é mais lento⁹¹.

Nesse contexto, Foucault apresenta a noção de desenvolvimento como um conceito capaz de estabelecer parâmetros entre normalidade e patologia. Segundo o autor, o conceito de desenvolvimento passou integrar os discursos da psiquiatria e a expandir os domínios do saber-poder psiquiátrico, na medida em que passou a ser visto como uma norma comum a todos os indivíduos, normais ou anormais. Isto é, “[...] como uma espécie de ótimo, como uma regra de sucessão cronológica com um ponto ideal de chegada [...]”, com estágios e fases⁹².

Nesse sentido, desdobra-se uma dupla normatividade, na qual o retardo será situado: a fase adulta corresponderia ao ponto ideal e real do término do desenvolvimento, um padrão normativo para medições e comparações com as fases que se aproximam ou distanciam desse padrão; e a média da infância, ou seja, a média de resultados alcançados pela maioria das crianças, estabeleceria um padrão normativo em relação aos fenômenos da infância. Em suma, “[...] o adulto como estágio terminal, as crianças como definidoras da média de velocidade de

⁸⁹ FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 322.

⁹⁰ FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 257.

⁹¹ FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 258-263.

⁹² FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 263.

desenvolvimento”.⁹³

De acordo com Foucault, a noção de desenvolvimento combina tanto dispositivos disciplinares, quanto de segurança. Disciplinares, na medida em que podem ser entendidos como uma norma que pauta a vida da população, diferenciando aquilo que é considerado normal daquilo que é anormal⁹⁴. E dispositivo de segurança na medida em que o anormal é previsto e entendido como “normalidades diferenciais”, ou seja, como variações consideradas afastamentos ou aproximações da curva normal. Esse caráter previsível da norma possibilita prever os riscos e perigos do processo de desenvolvimento, permitindo, assim, a correção e a normalização em casos de um desenvolvimento “anormal”⁹⁵.

Ao que parece, a ideia de desenvolvimento, como um desdobramento da vida em fases e estágios é ainda muito presente no que se refere à infância e à adolescência, inclusive a definição jurídica de criança e adolescente trazida pelo ECA está vinculada a essa noção de desenvolvimento.⁹⁶

A relação entre a criança idiota e o conceito de desenvolvimento significou um importante deslocamento das questões de debilidade mental para o domínio da anomalia.

⁹³ FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 264

⁹⁴ Para Foucault, tanto os dispositivos disciplinares quanto os dispositivos de segurança, embora de maneiras distintas, operam a normalização. Nas palavras do autor: “A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz.” FOUCAULT, Michel. Segurança, Território e População: Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 75.

⁹⁵ Com relação ao dispositivo de segurança, Foucault se reporta a ele como um “um sistema que é, creio, exatamente o inverso do que podíamos observar a propósito das disciplinas.” Segundo o autor, a emergência deste dispositivo se deu em razão das doenças endêmico-epidêmicas do século XVIII, mais especificamente a varíola, que exigiram da prática médica um sistema de técnicas preventivas para evitar os altos índices de mortalidade da população. “Nas disciplinas partia-se de uma norma que era possível distinguir depois o normal do anormal. Aqui, ao contrário, vamos ter uma identificação das diferentes curvas de normalidade, e a operação de normalização vai consistir em fazer essas diferentes distribuições de normalidade funcionarem umas em relação às outras e [em] fazer de sorte que as mais desfavoráveis sejam trazidas às que são mais favoráveis.” FOUCAULT, Michel. Segurança, Território e População: Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. 76-82.

⁹⁶ “Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” e Art. 6 “Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento (Grifo nosso). BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.

8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990

[...] no computo geral, vocês podem ver, através dessa análise da debilidade mental, aparecer algo que vai ser a especificação, no interior da infância, de certo número de organizações, de estados ou de comportamentos que não são propriamente doentios, mas que são desviantes em relação a duas normatividades: a das outras crianças e a do adulto. Vemos surgir aí algo que é exatamente a anomalia: a criança idiota ou a criança retardada não é uma criança doente, é uma criança anormal⁹⁷.

Conforme Foucault, foi através dos problemas práticos trazidos pela criança idiota e pela noção de desenvolvimento, entendida como uma normatividade, que a psiquiatria passou a se difundir por todo o corpo social, não mais como um poder que controla e corrige a loucura, mas como um poder mais geral e perigoso, que controla e corrige o anormal⁹⁸.

Assim, entender o momento em que a infância e a adolescência passam a ser alvo da intervenção dos saberes médicos e psiquiátricos, bem como do interesse político e econômico, contribui não só para problematizar a medicalização dos adolescentes em conflito com a lei na atualidade, mas para compreender a expansão do saber-poder psiquiátrico a toda a população. Isso porque, apesar das inúmeras revoluções científicas ocorridas, principalmente no século XX na prática médica da terapêutica e nos procedimentos⁹⁹, a medicalização das condutas e a intervenção da psiquiatria para quase totalidade dos comportamentos humanos não desapareceu completamente. Pelo contrário, parece que, cada vez mais, se legitima a medicalização do não patológico¹⁰⁰, mantendo-se a medicina como estratégia biopolítica por excelência, como veremos no decorrer do trabalho.

⁹⁷ FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 266.

⁹⁸ Foucault entende que, no século XIX, a categoria de anomalia não afetou de forma alguma o adulto, a criança foi a portadora das anomalias. O adulto é que era o louco e a criança, o anormal. Foi em torno da criança idiota, débil, retardada que se constituiu todo o campo geral da anomalia.

FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. P. 280.

⁹⁹ FRANÇA, Leandro Ayres. A genealogia da tanatopolítica, suas maquetes contemporâneas e os reflexos jurídicos no horizonte biopolítico desenvolvido pela medicina moderna. 2013. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. p. 129.

¹⁰⁰ “Poder médico sobre o não-patológico: está aí, a meu ver, o problema central - mas, talvez vocês digam, evidente - da psiquiatria.” FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 394.

3 GESTÃO DOS INTRATÁVEIS E PERIGOSOS: A BIOPOLÍTICA DA INFÂNCIA NO BRASIL

Conforme analisado no capítulo anterior, a Biopolítica como um poder que tem a tarefa de gerir a vida encontrou na medicalização uma estratégia política de controle e normalização da sociedade. Sendo assim, as crianças e adolescentes se tornaram parte dessa população a ser gerida em nome da vida e alvo privilegiado dos discursos medicalizantes de controle e normalização.

Se observarmos a história das crianças e adolescente no Brasil, vamos perceber, entre o abandono e a proteção da infância, o deslocamento de um poder soberano ocupado em demarcar o seu território, para um poder que se ocupa do corpo individual, da disciplina, e da vida da espécie, o *biopoder*. Isto é, um poder que se ocupou da produção do indivíduo disciplinado e da regulação da população por meio do saber científico.

Nesse contexto, a medicina vai se apresentar como o poder político e técnico capaz de esquadrihar essa população, seja através da análise dos elementos dos meios prejudiciais à saúde ou de propostas práticas que levam a uma reorganização do espaço urbano, no sentido de uma maior vigilância e controle da população. A criação de instituições de assistência pública será um recurso importante na operacionalização da intervenção médica na sociedade e a higiene será estratégia principal do controle social exercido pela assistência pública¹⁰¹.

Assim, no presente capítulo, a partir da análise histórica dos direitos da criança e do adolescente, vamos analisar como vão se desenvolvendo estratégias de proteção e regulação da infância conforme um modelo disciplinar e biopolítico.

3.1 CONSOLIDAÇÃO DO PARADIGMA MENORISTA: DO MENOR EM PERIGO AO MENOR PERIGOSO

Conforme Philippe Ariès, em sua obra *“História Social da Criança e da Família”*, de 1960, o conceito ou a ideia de criança que se tem foi historicamente construído, visto que, por muito tempo, a criança não era vista como um ser em

¹⁰¹ RIZZINI, Irene. A criança no Brasil hoje: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Ursula, 1993. p. 20

desenvolvimento, com características e necessidades próprias, mas como um adulto em miniatura¹⁰².

No Brasil, até o final século XVII, não se tinha qualquer preocupação com a vida e a saúde das crianças. No período do Brasil Colônia, a morte infantil não se colocava como um problema, não havia práticas médicas especializadas, nem campanhas de prevenção de doenças. Contudo, a partir da Primeira República (1889-1930), inicia-se a construção do conceito de *menor* no Brasil, com o advento do primeiro Código de Menores de 1927.

O conceito de menor com suas inúmeras derivações como abandonado, perigoso, delinquente, vadio, infrator, perdurou por todo o século XX, em torno de um complexo aparato médico-jurídico-assistencial, com práticas e discursos que nem sempre se harmonizaram entre si e que visavam à prevenção, educação e repressão das crianças.¹⁰³

3.1.1 Código penal do Império de 1830: delinquência juvenil

As primeiras regulamentações sobre a infância no Brasil reconheceram-na a partir da delinquência juvenil. No início do século XIX, nos primeiros anos da independência, é o Código Penal do Império de 1830 que se preocupa com a criança que pratica infrações penais. O código define a impossibilidade de pena de morte aos menores de 17 anos e a maioridade penal a partir dos 14 anos, isto é, o menor de 14 anos não era considerado criminoso, mas a irresponsabilidade estava condicionada ao critério do discernimento¹⁰⁴. Desse modo, o indivíduo teria responsabilidade pelos atos, mas não teria capacidade para julgar se o ato seria

¹⁰² Conforme o autor, a infância era nesse contexto do século XIII ao XVIII, comparada a velhice, na medida em que era marcada pela falta de razão e a velhice pela senilidade. Dessa forma, a fase adulta e a juventude eram valorizadas, por sua força e principalmente pelas funções produtivas dentro da vida social e coletiva. Foi um período de alto índices de mortalidade e infanticídios, na medida em que as crianças eram jogadas fora e substituídas por outras, que correspondessem as expectativas dos pais e da sociedade. ARIÉS, P. História social da criança e da família. Trad. Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.p. 51.

¹⁰³ RIZZINI, Irene. O século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil.

2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2008. p. 20

¹⁰⁴ art. 13: “Se se provar que os menores de quatorze annos, que tiverem commettido crimes, obraram com discernimento, deverão ser recolhidos ás casas de correção, pelo tempo que ao Juiz parecer, com tanto que o recolhimento não exceda á idade de dezasete annos”. BRASIL. Código Criminal do Imperio do Brazil. 16 de dezembro de 1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>. Acessado em: 20 de Julho de 2017.

bom ou mau¹⁰⁵.

Tobias Barreto, importante jurista da época, foi um dos maiores críticos da adoção da idade de 14 anos para imputabilidade penal. Para ele, a escolha não fazia nenhum sentido, na medida em que até mesmo o Código Penal Francês, que serviu de base para o Código do Império, adotou a idade de 16 anos para a maioridade penal. Para além, o autor atenta para o contexto brasileiro, de amadurecimento tardio das crianças em virtude das poucas possibilidades de estudo.¹⁰⁶

Nesse contexto, a intervenção do Estado nos jovens limitava-se à prática definida como crime, dado que a assistência aos pobres e abandonados era, nesse período, realizada pelo setor privado e por instituições filantrópicas. Contudo, o sistema republicano provoca a separação entre Igreja e Estado e, com isso, surge a preocupação do Estado em assumir a tarefa de assistência ao menores, função desenvolvida pela Igreja Católica desde a época colonial.

3.1.2 O surgimento do menor no Brasil Republicano

Na passagem do século XIX para o XX, assim como na Europa, instala-se no Brasil uma nova sensibilidade em relação à criança, mais especificamente, em relação à parcela infantil e empobrecida da população brasileira.

Se no contexto dos séculos XVIII e XIX a pobreza e o abandono eram encarados como filantropia, como caridade cristã com um misto de assistencialismo e repressão, no final do século XIX o civilismo cristão vem acompanhado da medicina social e do racionalismo das leis para justificar a reclusão e a disciplina do trabalho como formas de adaptação à vida em sociedade¹⁰⁷.

O Brasil tinha o projeto de se transformar numa nação culta, moderna e civilizada, conforme os moldes de civilização das principais cidades europeias e

¹⁰⁵ LONGO, Isis S. Da legislação menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Anais do Seminário Educação 2009. 17ª edição. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais. Disponível em: <<http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>>. Ace sso em 20 de julho de 2017. p. 02-03.

¹⁰⁶ BARRETO, Tobias. Menores e loucos em direito criminal e fundamento do direito de punir. Obras Completas v. V. 2 ed. Recife: Estado de Sergipe, 1923.p. 15.

¹⁰⁷ LONGO, Isis S. Da legislação menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Anais do Seminário Educação 2009. 17ª edição. p. 02-03. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais. Disponível em: <<http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>>. Ace sso em 20 de julho de 2017. p. 03.

norte-americanas e, nesse contexto, a infância, vista como “*chave para o futuro da nação*”¹⁰⁸, precisava moldar-se de acordo com esse projeto que conduziria o Brasil ao seu ideal de nação.

Dessa forma, a infância caracterizada como *abandonada e delinquente* passou a ser alvo da preocupação existente com o futuro do país e, assim, criou-se o entendimento de salvar as crianças. Afirmava-se que “salvar a criança era salvar o país”. Por conseguinte, os debates tomaram conta do cenário da assistência à infância no Brasil apoiados na meta da construção da nação republicana, e subsidiados pelas resoluções dos congressos internacionais sobre assistência social médico-higienista e jurídica à já consolidada categoria dos *menores*¹⁰⁹.

Conforme Rizzini, a ideia, no século XIX, de que a infância era o futuro da nação estava ligada à necessidade de manutenção da ordem e de mecanismos que protegessem a criança dos perigos que pudessem desviá-la da disciplina e do trabalho.¹¹⁰

Nesse contexto, tal qual analisamos anteriormente com Donzelot¹¹¹, o interesse acentuado na criança pobre era essencialmente político, isto é, o objetivo era combater a cota ociosa da população, enquadrando-a desde a infância na lógica capitalista e transformando, assim, a criança pobre em elemento útil para o país. Em suma, era preciso proteger a criança como forma de defesa da sociedade, ou seja, ao mesmo tempo em que a criança precisava ser protegida, precisava ser contida¹¹².

A ambiguidade na defesa da criança e da sociedade guarda relação com a percepção de infância ora em perigo, ora perigosa. Nesse sentido, segundo Rizzini,

Via-se na criança, ainda facilmente adaptável, a solução para o país. Por um lado, ela simbolizava a esperança - o futuro da nação. Por outro, ela constituía uma ameaça nunca antes descrita com tanta clareza. Põe-se

¹⁰⁸ CUNNINGHAM, Hugh. Children and childhood in western society since 1500. London : LONGMAN, 1995 *apud* RIZZINI, Irene. A infância perigosa (ou “em perigo de o ser...”): Idéias e práticas correntes no Brasil na passagem do século XIX para o XX. IIº Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito: “Jovem em perigo, jovem perigoso: a questão do ato e da responsabilidade”. Paris, 24, 25 e 26 de outubro de 2005.

¹⁰⁹ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p. 28-29.

¹¹⁰ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p. 28-29.

¹¹¹ DONZELOT, Jaques. A polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

¹¹² RIZZINI, Irene. A infância perigosa (ou “em perigo de o ser...”): Idéias e práticas correntes no Brasil na passagem do século XIX para o XX. IIº Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito: “Jovem em perigo, jovem perigoso: a questão do ato e da responsabilidade”. Paris, 24, 25 e 26 de outubro de 2005.

em dúvida a sua inocência. Descobrem-se na alma infantil elementos de crueldade e perversão. Ela passa a ser representada como delinqüente e deve ser afastada do caminho que conduz à criminalidade, das escolas do crime, dos ambientes viciosos, sobretudo as ruas e as casas de detenção¹¹³.

Assim, é criado um complexo aparato jurídico-assistencial sob a liderança do Estado, materializado através da criação de inúmeras leis e instituições destinadas à proteção e à assistência à infância.

É nesse contexto, a partir da segunda metade do século XIX, que nasce o *paradigma menorista* e, como consequência, a ampla categoria jurídica dos menores de idade, oriundos das classes mais pobres, assume um caráter eminentemente social e político. Os menores passam a ser alvo específico da intervenção formadora/reformadora do Estado e de outros setores da sociedade, como as instituições religiosas e filantrópicas¹¹⁴.

Em meio a essa realidade, o Brasil é influenciado também pelas reformas, embasadas, sobretudo, na criminologia positivista, que tem a etiologia do crime e o determinismo em sua base. A criminologia positivista dá origem à ideia da defesa social e, a partir desse momento, o agir sobre a chamada infância “desvalida” passou a ser compreendido como uma forma de evitar a transformação da criança abandonada na criança delinqüente.

Cabe destacar que a criminologia positiva surge em um contexto de desenvolvimento das ciências sociais (antropologia, psiquiatria, psicologia, sociologia, estatística, etc), o que culminou em uma nova orientação nos estudos criminológicos, cuja preocupação central passou a ser a defesa da corpo social contra a ação do delinqüente, ou seja, passou-se a priorizar os interesses sociais em detrimento dos individuais.¹¹⁵ Conforme Baratta, a ideologia da defesa social passou a fazer parte não só da filosofia dominante na ciência jurídica, isto é, dos representantes do aparato penal penitenciário, mas das opiniões comuns, do homem de rua¹¹⁶. Consideramos válido salientar que os impactos desse viés teórico e

¹¹³ RIZZINI, Irene. A infância perigosa (ou “em perigo de o ser...”): Idéias e práticas correntes no Brasil na passagem do século XIX para o XX. II° Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito: “Jovem em perigo, jovem perigoso: a questão do ato e da responsabilidade”. Paris, 24, 25 e 26 de outubro de 2005.p. 04.

¹¹⁴ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p. 22.

¹¹⁵ BITENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal, Volume I: Parte Geral. 14.ed. rev. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2009. p. 56.

¹¹⁶ Resumidamente, Baratta define a ideologia da defesa social mediante alguns princípios:

ideológico positivista na área penal repercutirão durante todo o século XX no Brasil, especialmente na área da infância e juventude.

Como o positivismo republicano da ordem e do progresso da nação acenava para a razão, o problema da criminalidade infantil teria uma explicação científica e deveria ser combatido de maneira diferente da criminalidade dos adultos.

Nessa perspectiva, o Código de Menores de 1927, influenciado pela noção de determinismo¹¹⁷, trazia um artigo que designava o papel do médico psiquiatra no juízo de menores, demonstrando a inter-relação entre as práticas médicas e jurídicas na definição do menor como um objeto institucional¹¹⁸. Desse modo, era da medicina o papel de diagnosticar possibilidades de recuperação e formas de tratamento na infância e, da justiça, o papel de regulamentar a proteção da criança e da sociedade, priorizando a educação sobre a punição¹¹⁹.

Princípio do bem e do mal: há um controle da criminalidade (mal) em defesa da sociedade (bem). O delito é um dano para a sociedade e o delinqüente é um elemento negativo e disfuncional do sistema social; *Princípio de culpabilidade*: O fato punível é expressão de uma atitude interior reprovável, porque seu autor atua conscientemente contra valores e normas que existem na sociedade previamente à sua sanção pelo legislador; *Princípio de legitimidade*: O Estado, como expressão da sociedade, está legitimado para reprimir a criminalidade, da qual são responsáveis determinados indivíduos. Isto se leva a cabo através das instâncias oficiais de controle do delito (legislação, polícia, magistratura, instituições penitenciária). Todas elas representam a legítima reação da sociedade, dirigida tanto ao rechaço e condenação do comportamento individual desviante, como à reafirmação dos valores e normas sociais; *Princípio de igualdade*: O Direito Penal é igual para todos. A reação penal aplica-se de igual maneira a todos os autores de delitos. A criminalidade significa a violação do Direito Penal e, como tal, é o comportamento de uma minoria desviada; *Princípio do interesse social e do delito natural*: No centro mesmo das leis penais dos Estados civilizados, encontra-se a ofensa a interesses fundamentais para a existência de toda a sociedade (delitos naturais). Os interesses que o Direito Penal protege são interesses comuns a todos os cidadãos. Somente uma pequena parte dos fatos puníveis representa violações de determinados ordenamentos políticos e econômicos, e é punida em função da consolidação destes (delitos artificiais); e o *Princípio do fim ou da prevenção*: a pena não tem (ou não tem unicamente) a função de retribuir o delito, mas de preveni-lo. Como sanção abstratamente prevista pela lei, tem a função de criar uma justa e adequada contra motivação ao comportamento criminal, isto é, intimidá-lo (prevenção geral negativa). Como sanção concreta, tem como função a ressocialização do delinqüente (prevenção especial positiva)¹¹⁴. Em suma, o somatório desses princípios resulta na ilusão de que se caminha para uma sociedade sem criminalidade, onde os não criminosos têm “medo” das penas e seriam ressocializados. BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. 2 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1999. p. 41-43.

¹¹⁷ Ver Escola Positiva ou Escola Italiana, cujo os principais nomes são Lombroso, Ferri e Garofalo. A noção de determinismo esta relacionada a ideia de que o criminoso é um ser anormal mais ou menos insusceptível de adaptação a vida social, por suas anomalias orgânicas e psíquicas, hereditárias e adquiridas.

¹¹⁸ LONGO, Isis S. Da legislação menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Anais do Seminário Educação 2009. 17ª edição. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais. Disponível em: <<http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>>. Ace sso em 20 de julho de 2017. p. 03-04.

¹¹⁹ RIZZINI, Irene. A infância perigosa (ou “em perigo de o ser...”): Idéias e práticas correntes no Brasil na passagem do século XIX para o XX. IIº Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito: “Jovem em perigo, jovem perigoso: a questão do ato e da responsabilidade”. Paris, 24,

Em nome dessa manutenção da paz social, diversas instâncias de intervenção e controle foram firmadas, compondo a organização da Justiça e da Assistência, pública e privada, nas primeiras décadas do século XX. Discursos sobre a disciplina, a educação e o cuidado com as infâncias emergiram nesse período, compondo uma espécie de tecido discursivo que procurava articular saberes médico-higiênicos, jurídicos, pedagógicos, da assistência social, filantropia e dos sistemas jurídico-policiais¹²⁰.

Melhor dizendo, criou-se um sistema de proteção e assistência, no qual qualquer criança, por sua simples condição de pobreza, estava sujeita a ser enquadrada no raio de ação da Justiça e da Assistência. “A categoria ‘menor’ é construída então para designar a criança objeto da justiça e da assistência, tornando-se alvo das políticas de internação¹²¹”.

Ressaltam Rizzini e Gondra que a categoria *menor* não designava todas as crianças menores de idade, mas tão somente aquelas de origem pobre, categorizadas como desvalidas, abandonadas (tanto material como moralmente), órfãos e delinquentes, o que fica muito evidente no próprio Código de Menores, destinado especificamente a essa parcela da população: crianças de primeira idade (art. 2º), infantes expostos (art. 14), menores abandonados (art. 26), menores vadios (art. 28), menores mendigos (art. 29), menores libertinos (art. 30), menores delinquentes (art. 68), capoeiras (art. 78)¹²².

A criminalidade juvenil englobada pela questão do *menor* é vista como resultado desse processo de abandono moral e material, muitas vezes, ocasionado pela pobreza urbana. Sobre isso, refere Liana de Paula que

Essa associação entre pobreza urbana, abandono e criminalidade se manteve ao longo do século XX como chave explicativa da criminalidade juvenil, ao mesmo tempo em que circunscreveu esse fenômeno social como característico de um determinado público: os adolescentes e jovens pobres, que se tornavam também a clientela das instituições de

25 e 26 de outubro de 2005. p. 05.

¹²⁰ RIZZINI, Irma; GONDRA, José Gonçalves. Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899). Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro, v. 19, n. 58, p. 561-584, Sept. 2014. p. 578.

¹²¹ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. P. 68.

¹²² BRASIL. Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17943-a-12-outubro-1927-501820-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

tratamento.¹²³

Desse modo, “[...] o emprego meramente jurídico do termo, cede ao surgimento de uma nova categoria social, dos menores¹²⁴.”, e a categoria específica “do menor” passa a simbolizar aquela que é pobre e potencialmente perigosa.

Cabe salientar que esses discursos de cuidado, disciplina e educação com as infâncias emergem em um momento considerado assustador de crescimento demográfico, e de população formada por indivíduos de diferentes classes sociais e cultura. É nesse contexto, marcado pelas mudanças produzidas pela modernização tardia da vida social brasileira, que a criminalidade juvenil emerge enquanto um problema social e jurídico¹²⁵.

De acordo com Rizzini e Gondra, até as primeiras décadas do período republicano, chegou ao Rio de Janeiro um grande contingente de imigrantes portugueses e italianos e, em meio a essa população que tomava conta das ruas, pequenos trabalhadores faziam-se presentes, vivenciando e exercendo diversas funções (moleques de recado, vendedores ambulantes, engraxates, caixeiros do comércio, operários das fábricas de cerveja, de charuto, criados domésticos e aprendizes de variados ofícios) na luta cotidiana pela sobrevivência¹²⁶.

Nesse contexto, a infância pobre emergiu como problema social a ser enfrentado, atravessada por discursos e práticas que relacionavam a tecnologia penal e correcional aos dispositivos de educação, reforma e assistência¹²⁷.

Com isso, surge a necessidade de normatizar a vida em sociedade e, naquele

¹²³ PAULA, Liana de. Justiça Juvenil. In: LIMA, Renato Sérgio de; RATTON, José Luiz; AZEVEDO, Rodrigo Ghiringelli de (Orgs.). Crime, polícia e Justiça no Brasil. São Paulo: Contexto, 2014. p. 452.

¹²⁴ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. P. 68.

¹²⁵ PAULA, Liana de. Justiça Juvenil. In: LIMA, Renato Sérgio de; RATTON, José Luiz; AZEVEDO, Rodrigo Ghiringelli de (Orgs.). Crime, polícia e Justiça no Brasil. São Paulo: Contexto, 2014. p. 451.

¹²⁶ RIZZINI, Irma; GONDRA, José Gonçalves. Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899). Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro, v. 19, n. 58, p. 561-584, Sept. 2014. p. 578.

¹²⁷ Apesar da lei estabelecer procedimentos próprios aos menores, estes poderiam ser submetidos à privação de liberdade em prisão comum, porém separados dos adultos. Se o crime fosse considerado grave, o menor seria remetido a estabelecimento para condenados de menor idade, ou prisão comum até que se verificasse sua regeneração, sem ultrapassar a duração máxima legal da pena. BUDÓ, Marília. Mídias e Discursos do Poder: A Legitimação Discursiva do processo de encarceramento da juventude pobre no Brasil. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. p. 60-61.

momento, a legião de menores dos centros urbanos deveria ser regrada e segregada. Isso se dava não apenas pelo fato de que a criança encontrada pelas ruas vivia uma situação de risco para si, mas, sobretudo, porque representava um risco à sociedade, fosse em razão dos pequenos delitos ligados à sobrevivência, fosse pela depravação que horrorizava os moralistas de plantão¹²⁸.

Assim, tal qual mencionamos no contexto Europeu, no Brasil, o saber médico passou constituir regras para lidar com a infância, mais especialmente a infância pobre. Discursos sobre os cuidados e a educação das infâncias, por intermédio de periódicos médicos especializados, revistas para o público leigo, teses de doutoramento, artigos em jornais de grande circulação, congressos de proteção e assistência à infância e palestras para grupos sociais distintos proliferaram-se nesse período¹²⁹.

No caso da infância pobre, é sua família ou a ausência dela que é representada como fonte de perigo e, também, aquilo em que a criança poderia se converter. Desse modo, os médicos higienistas passaram a associar à produção intelectual um rol expressivo de intervenções sobre as infâncias e suas famílias, ou seja, medidas que visavam amenizar, retardar ou erradicar os riscos. Dentre as principais formas de combate, estava a institucionalização sob pretextos educacionais, de assistência e, sobretudo, de controle social dessa população que começava a ser cada vez mais representada como perigosa. Abrigar, instruir e profissionalizar os meninos “desvalidos” era função do Asilo, o ideal de formação, ancorado nos preceitos higienistas, contemplava a educação física, intelectual e moral¹³⁰.

Desse modo, baseado na perspectiva determinista de que o abandonado era propenso a delinquir e que, portanto, assisti-lo significava prevenir o crime, o tratamento da infância encontra, nos discursos jurídicos e médicos da época, uma forma de gestão da pobreza, que implicava recolher, profissionalizar e instruir a

¹²⁸ BUDÓ, Marília. *Mídias e Discursos do Poder: A Legitimação Discursiva do processo de encarceramento da juventude pobre no Brasil*. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. p. 61.

¹²⁹ RIZZINI, Irma; GONDRA, José Gonçalves. Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899). *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 58, p. 561-584, Sept. 2014. p. 578.

¹³⁰ RIZZINI, Irma; GONDRA, José Gonçalves. Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899). *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 58, p. 561-584, Sept. 2014. p. 570 e 578.

infância pobre, submetendo-a a uma experiência de formação higiênica que, prevenindo, visava a imprimir utilidade e rentabilidade à vida dos pequenos representantes dos males que ameaçavam a cidade capital do Império e dos anos iniciais da República¹³¹.

3.1.3 Lei de Emergência de 1943

Com o início do governo Vargas, a dimensão assistencialista, mas simultaneamente disciplinadora, controladora e repressora, aprofunda-se. Como ponto positivo o Código Penal de 1940, altera-se a idade penal para 18 anos, mantendo, ainda, uma atenuante para aqueles autores de crimes que tivessem entre 18 e 21 anos¹³².

Contudo, conforme Budó, essa mudança precisava de correlatos na questão da assistência. Assim, criou-se, em 1941, o Serviço de Assistência do Menor (SAM), cujo objetivo era prestar amparo social aos menores desvalidos e delinquentes, centralizando-se a execução de uma política nacional de assistência. Para além, o serviço buscava respostas sobre as causas do abandono e da delinquência infantil, no intuito de descaracterizar a própria responsabilidade do Estado e da sociedade sobre a situação em que se encontravam os menores¹³³.

Nesse sentido, Rizzini chama a atenção para a produção discursiva desse período, de forte presença do Estado no internamento de menores, pelo grau de certeza científica com que as famílias populares e seus filhos eram rotulados de incapazes, insensíveis e uma infinidade de outros rótulos.¹³⁴

Conforme Liana de Paula, ao longo de todo o século XX, a justiça juvenil definia-se a partir de uma concepção recuperadora, isto é, a partir de um esquema explicativo das condutas criminosas que localizava sua origem na infância. Assim, a conduta criminosa não poderia ser compreendida como uma característica inata da

¹³¹ RIZZINI, Irma; GONDRA, José Gonçalves. Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899). *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 58, p. 561-584, Sept. 2014. p. 579.

¹³² BRASIL. Decreto-Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>> . Acesso em: 20 de julho de 2017.

¹³³ BUDÓ, Marília. Mídias e Discursos do Poder: A Legitimação Discursiva do processo de encarceramento da juventude pobre no Brasil. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. p. 65.

¹³⁴ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p.31

criança, mas como resultado de desvios nas trajetórias individuais que possibilitassem estabelecer relações de causalidade com a criminalidade. Desse modo, para que a justiça juvenil pudesse operar sua ação recuperadora, foi necessária a incorporação de outros saberes especializados, como dos médicos, dos psicólogos, dos assistentes sociais e dos pedagogos, para a construção de técnicas de correção de desvios e elaboração de esquema explicativo das condutas criminosas. Esses saberes “[...] conferiam legitimidade racional e científica à intervenção judicial que retirava o poder familiar e internava os adolescentes”.¹³⁵

Os programas assistencialistas tinham o compromisso de inserir os menores desvalidos e delinquentes no sistema produtivo por meio da disciplina institucional e do trabalho. No caso dos menores delinquentes, a política de confinamento em instituições totalitárias era realizada pelo poder judiciário, na figura do juiz, auxiliado pelo comissário de menores e pelo médico, e pelo poder executivo, na figura do Estado mantenedor e/ou fiscalizador das instituições para reeducação de menores.¹³⁶

Novamente, a questão dos menores será alvo de preocupação assistencial do Governo, que aprovará a lei de Emergência em 1943. Essa lei altera o Código de Menores de 1927 e passa a definir o critério da periculosidade manifesta na personalidade do adolescente como determinante para a decisão dos encaminhamentos do juiz. A lei estabeleceu medidas conforme o pertencimento do menor a uma ou a outra categoria: perigoso ou não perigoso.

Se não fosse evidenciada a periculosidade, o juiz poderia deixar o menor com o pai ou responsável, ou confiá-lo a tutor ou a quem assumisse a sua guarda, ou ainda, mandar interná-lo em estabelecimento de reeducação ou profissional e, a qualquer tempo, revogar ou modificar a decisão. Contudo, se evidenciada a periculosidade o menor seria internado em estabelecimento adequado até que, mediante parecer do respectivo diretor ou do órgão administrativo competente e do Ministério Público, o juiz declarasse a cessação da periculosidade¹³⁷.

¹³⁵ PAULA, Liana de. Justiça Juvenil. In: LIMA, Renato Sérgio de; RATTON, José Luiz; AZEVEDO, Rodrigo Ghiringelli de (Orgs.). Crime, polícia e Justiça no Brasil. São Paulo: Contexto, 2014. p. 454- 455.

¹³⁶ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p.31.

¹³⁷ BRASIL. Decreto-Lei nº 6.026, de 24 de Novembro de 1943. Dispõe sobre as medidas aplicáveis aos menores de 18 anos pela prática de fatos considerados infrações penais e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-6026-24-novembro-1943-416164-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 20

Como refere Budó, percebe-se, nesse caso, que o Estado sequer busca “[...] construir um sentido manifesto à internação que represente uma possibilidade de regeneração: aqui discurso e prática coincidem, o que se quer é a mera neutralização do menor perigoso.”¹³⁸

Nesse contexto, Batista, ao analisar os pareceres que determinavam a internação de menores no SAM, observa que todos os processos tinham exames médicos. Segundo a autora, após serem detidos, os presos iam para o SAM, onde aguardavam, ou não, a sentença e, ainda que liberados para aguardar a sentença, ou condenados a liberdade vigiada, eram submetidos a exames médicos do serviço. A ficha do exame tinha uma parte dedicada a dados gerais, nome, nacionalidade e história. A autora constatou que o item “história” era sempre preenchido com a palavra *Transviado*. Além disso, a autora percebeu, nos processos, discursos de ordem moral utilizados para determinar a internação dos menores: “demonstrou ser morigerado, imoderado e rixento”, ou “hipócrita, preguiçoso, dado ao furto”. Da mesma forma, em relação às famílias dos menores, “mãe amasiada”, “desajustamento dos pais é a principal das causas do desvio deste menor que tem permanecido em maus ambientes e convivências” ou “a menor em companhia de outras domésticas costuma frequentar bailes públicos denominados 'gafieiras', onde travou conhecimento com pessoas de comportamento heterogêneo”.¹³⁹

Por tudo isso, conclui a autora:

Enfim, tudo se encaixa na criminalização do adolescente pobre; da investigação do meio em que se criou à falta de defesa nos processos, passando pela uniformização dos pareceres médicos, dos curadores e da sentença dos juízes. Não há saída possível. O objetivo principal de apartá-lo, de privá-lo de liberdade, puni-lo, já é alcançado antes de sua investigação, acusação ou sentença; antes de qualquer medida, o jovem irá conhecer os horrores do SAM.¹⁴⁰

Com o fim da Era Vargas e o restabelecimento da democracia no país, o desgaste nacional do serviço de assistência do menor (SAM) é percebido pelas

de julho de 2017.

¹³⁸ BUDÓ, Marília. *Mídias e Discursos do Poder: A Legitimação Discursiva do processo de encarceramento da juventude pobre no Brasil*. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. p. 67.

¹³⁹ BATISTA, Vera Malaguti. *Dífceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia & Freitas Bastos, 1998. p. 76-77.

¹⁴⁰ BATISTA, Vera Malaguti. *Dífceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia & Freitas Bastos, 1998. p. 76-77.

diversas críticas, não só pelas denúncias de maus tratos e violências sofridos pelos internos, mas pelo desvio de finalidade. A finalidade do SAM, de assistir aqueles sem responsáveis, acabou sendo desvirtuada pelas relações clientelistas. Melhor dizendo, “falsos desvalidos”, jovens cujas famílias tinham recursos, eram internados nos melhores educandários mantidos pelo Serviço, por meio de pistolão e corrupção. Cabe destacar que os estabelecimentos recebiam um *per capita* por cada menor internado do SAM. Em 1944, o SAM contava com 33 educandários, uma década depois, com a expansão nacional, os estabelecimentos particulares “articulados” com o SAM eram em número de 300¹⁴¹.

No entanto, as maiores críticas se deram em relação à fama do SAM, de fabricar criminosos, os chamados *menores transviados*, e pelas denúncias de maus tratos e violência sofridos pelos internos.

Conforme Rizzini, para a opinião pública, o SAM passou de uma instituição para prisão de menores transviados, a uma escola do crime. A imprensa teve papel relevante nisso, pois, ao mesmo tempo em que denunciava os abusos contra os internados, chamava a atenção para o grau de periculosidade dos “Bandidos” egressos do SAM, ou seja, “a passagem pelo SAM tornava o rapaz temido e indelevelmente marcado.”¹⁴²

Apesar do reconhecimento da sociedade sobre as arbitrariedades do sistema de “recuperação” dos menores, não houve mudanças substantivas na área de assistência social.

A partir dos anos 1950, os processos de industrialização e urbanização tiveram um novo impulso, acentuando os efeitos do crescimento urbano desordenado. Em outras palavras, acentuando os problemas de falta de infraestrutura e de serviços e de precarização das condições de vida da população pobre nos centros urbanos. Com isso, na segunda metade do século XX, a questão do *menor* e a criminalidade juvenil ganham maior visibilidade¹⁴³.

¹⁴¹ “articulados” pois em situação irregular, na medida em que não havia nenhum vínculo contratual com o Serviço. RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p.34.

¹⁴² RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p.34.

¹⁴³ PAULA, Liana de. Justiça Juvenil. In: LIMA, Renato Sérgio de; RATTON, José Luiz; AZEVEDO, Rodrigo Ghiringelli de (Orgs.). Crime, polícia e Justiça no Brasil. São Paulo: Contexto, 2014. p. 453

3.1.4 Ditadura Militar: Menor problema social

Em 1964, com as mudanças institucionais decorrentes do golpe militar, o SAM deu lugar à Fundação de Bem-estar do Menor (FUNABEM) e a uma nova compreensão do *menor*. A missão oficial, no âmbito da questão do menor, era a ruptura com as práticas repressivas do SAM e a implantação de um novo modelo de política nacional assentado no 'bem-estar' do *menor*.

A Lei nº 4.513, de 1964, define a PNBM – Política Nacional para o Bem Estar do Menor, criando a FUNABEM, responsável pela elaboração da política de atendimento e de várias fundações estaduais responsáveis por executá-la¹⁴⁴. Nesse sentido, o objetivo da instituição não era o atendimento direto dos jovens, mas sim o planejamento e coordenação da ação assistencial e do estudo do menor, isto é, pesquisar métodos e soluções, visando à integração desses menores à sociedade, procedendo à internação como recurso extremo.¹⁴⁵

Apesar da ideia inicial de ruptura da política de internação anterior, o discurso da desinstitucionalização não se ajustava à doutrina de segurança nacional e, justamente por isso, não foi uma surpresa que a eficácia da FUNABEM tenha sido invertida. A atuação das FEBEMs, responsáveis por aplicar, em nível estadual, as políticas fixadas nacionalmente, acabaram se distanciando da retórica oficial da Fundação. Rizzini chama à atenção que o grande modelo difundido, à época, foi o do internato de menores, ou os internatos-prisão. Só no período de 1967 a junho de 1972, cerca de 53 mil crianças haviam sido recolhidas nos estados do Rio de Janeiro, a maioria procedente das favelas cariocas, de Minas Gerais e do Espírito Santo¹⁴⁶.

Dessa forma, tendo em vista que a situação do menor não havia sido

¹⁴⁴ BRASIL. Lei nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4513.htm>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

¹⁴⁵ BECHER, Franciele. Os "menores" e a FUNABEM: influências da ditadura civil-militar brasileira. In: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH), São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300846619_ARQUIVO_FrancieleBecher-SimpósioANPUH.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2017.p.10.

¹⁴⁶ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p. 37.

solucionada, em 1979, ainda durante a ditadura militar, é aprovado o Novo Código de Menores, que passa a definir, como objeto de sanção e vigilância, os menores em “situação irregular”.

Art. 2º Para os efeitos deste Código, considera-se em situação irregular o menor:

I – privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de:

- a) falta, ação ou omissão dos pais ou responsável;
- b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las;

II – vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável;

III – em perigo moral, devido a:

- a) encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes;
- b) exploração em atividade contrária aos bons costumes;

IV – privado de representação ou assistência legal, pela falta eventual dos pais ou responsável;

V – com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária;

VI – autor de infração penal.¹⁴⁷

O golpe militar acena ao povo brasileiro com a promessa dos novos dirigentes do Estado colocarem a ordem e o progresso no país. Desta forma, a política social não é vista como um direito pelos militares, e sim como uma estratégia para o crescimento econômico e o maior controle da massa miserável. Nessa perspectiva, a marginalidade social, principalmente dos jovens, representava uma desarmonia dentro desse projeto de desenvolvimento do Estado Brasileiro¹⁴⁸. Por esse motivo, o menor passa a ser um problema social e, a institucionalização, o melhor caminho para livrá-lo do mal.

Nesse contexto, a atuação da FUNABEM se organizava em torno de dois eixos básicos, a correção e a prevenção das causas do “desajustamento do menor”, através de um método terapêutico-pedagógico com a finalidade de sua reeducação e reintegração à sociedade, procurando corrigir sua “conduta anti-social”¹⁴⁹.

¹⁴⁷ BRASIL. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6697-10-outubro-1979-365840-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

¹⁴⁸ LONGO, Isis S. Da legislação menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Anais do Seminário Educação 2009. 17ª edição. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais. Disponível em: <<http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>>. Acesso em 20 de julho de 2017.p. 07.

¹⁴⁹ BECHER, Franciele. Os "menores" e a FUNABEM: influências da ditadura civil-militar

A nova legislação, ainda sob as diretrizes da FUNABEM, é criada para conter o avanço da marginalidade infanto-juvenil, mas com um novo enfoque assistencialista de atendimento, que coloca, para a criança e o adolescente pobres, o feixe de carências bio-psico-sócio-culturais. De acordo com Longo, o jovem da classe média representaria o padrão de desenvolvimento normal, portanto, mais uma vez, o estigma da marginalização dos pobres estaria preservado.

O marketing da FUNABEM era colocar a criança e a família como vítimas da pobreza, mas que essa situação miserável encarnava uma doença social. Os discursos de juristas, médicos, pedagogos, sociólogos, jornalistas, psicólogos e assistentes sociais projetavam no indivíduo a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso social, pois o indivíduo apto para conviver em sociedade seria aquele que se autorregula, pelo hábito, pela culpa e pelo julgamento de seus pares¹⁵⁰.

Em suma, para os ideólogos da Fundação, o processo de marginalização social era uma anomalia decorrente do desenvolvimento industrial e da modernização da sociedade, e o “menor” era visto como “vítima” desse contexto por estar afastado de um modo “normal” de desenvolvimento.¹⁵¹

Guerra chama a atenção aos efeitos políticos da classificação social e científica dos menores, que acabou barrando as possibilidades de superação dessa associação entre menor e criminalidade:

[...] abandonado, o jovem se encontra em situação “irregular”; sua irregularidade, termo vago e inespecífico, é apreendida logo pela nomeação “menor”, que traz agregada a ela o sentido pressuposto previamente pelo campo sociojurídico de “perigoso” e “delinquente”. Termos finais que aniquilam outras possibilidades de existência e identificação, que não relativas à criminalidade. Há um convencimento subjetivo cancelado pela interpretação do Outro Social, que aloca esses adolescentes no lugar do mal, do qual é difícil sair¹⁵².

brasileira. In: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH), São Paulo, 2011. Disponível em:

<http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300846619_ARQUIVO_FranciaeleBecher-SimposioANPUH.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2017.p.10.

¹⁵⁰ LONGO, Isis S. Da legislação menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Anais do Seminário Educação 2009. 17ª edição. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais. Disponível em:

<<http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>>. Acesso em 20 de julho de 2017.p. 07-08.

¹⁵¹ ¹⁴⁸ BECHER, Franciele. Os “menores” e a FUNABEM: influências da ditadura civil-militar brasileira. In: Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH), São Paulo, 2011. Disponível em:

<http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300846619_ARQUIVO_FranciaeleBecher-SimposioANPUH.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2017.p.10.

¹⁵² GUERRA, A. M. C.. Adolescência e infração: classificar é simples, complexo é operar com as classificações.... In: Fuad Kyrillos Neto; Roberto Calazans. (Org.). Psicopatologia em debate:

Dessa maneira, durante todo o século XX, a categoria menor serviu para diferenciar os bem-nascidos, *crianças*, e os potencialmente perigosos, *menores em situação de irregularidade*, para a sociedade. Estes últimos, em função dos riscos que evidenciavam, foram sistematicamente internados, afastados de suas famílias, enquanto que as crianças – que no século XIX tinham sido enviadas para os grandes internatos – passaram a ser educadas junto aos seus núcleos familiares de origem, após o disciplinamento das famílias da elite pelos apelos higienistas.

A doutrina da Situação Irregular manteve a perspectiva da criança e do adolescente como objetos, e não como sujeitos de direito, e perdurou até a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990.

3.2 ECA: DOCTRINA DA PROTEÇÃO INTEGRAL (?)

No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, passam a ser perceptíveis as inquietações em relação às medidas direcionadas ao segmento infanto-juvenil. A palavra de ordem, à época, era a busca de alternativas à internação, haja vista a violência e a tortura que ocorriam nas unidades de internação (Febem), e o fim da categoria *menor* para designar crianças e adolescentes pobres.

Conforme Rizzini, foi uma década de fortes debates e articulações em todo o país, que concretizaram grandes avanços sobre os direitos das crianças e dos adolescentes¹⁵³. Vários setores intervieram nesse tema, os Movimentos de Defesa das Crianças. Dentre eles, a Igreja Católica, com a chamada Pastoral do Menor, e o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua congregaram desde aqueles vinculados às FEBEMs, administradores, técnicos e outros trabalhadores, até intelectuais, pais de crianças internadas, líderes comunitários, defensores de direitos humanos e outros cidadãos.

Na esteira do processo de redemocratização da sociedade brasileira, movimentos sociais manifestaram-se à favor da publicação de um novo texto para a infância e juventude, articulando-se por meio do Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente (o Fórum DCA), cujo principal alvo político era a Reforma

controvérsias sobre os DSMs. 1ed.Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 75-94.

¹⁵³ RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. p. 46.

Constitucional. O papel do Fórum era pressionar os constituintes e a sociedade para emergência na mudança da legislação e denunciar a violência contra a criança, etc¹⁵⁴.

Esse movimento conquistou importante vitória ao inscrever, pela primeira vez na história brasileira, no texto constitucional de 1988, a concepção da criança e do adolescente como cidadãos e sujeitos de direitos sociais, políticos e jurídicos.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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.¹⁵⁵

Como refere Budó, “[...] de maneira muito singular na história do Brasil, essa mudança não foi uma imposição do Estado, mas sim, o resultado de lutas populares nascidas sob a vigência do Código de Menores¹⁵⁶”.

No mesmo sentido, García Mendéz diz que

[...] o Brasil mudou o rumo natural da história, deslançando um processo absolutamente inédito na tradição sociojurídica da região: a produção democrática participativa do direito, nesse caso de um novo direito para a infância. Um processo que – nas palavras de Pietro Barcellona – permitiu ‘redescobrir que o caráter estruturalmente normativo do ser social é um recurso de poder, porque a capacidade de produzir normas é uma competência social difusa e não apenas uma prerrogativa dos parlamentos’¹⁵⁷.

Assim, após a inclusão do art. 227 e do art. 204 na Constituição Federal, seguiu-se a mobilização pela aprovação da lei que deveria revogar o então Código

¹⁵⁴ LONGO, Isis S. Da legislação menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Anais do Seminário Educação 2009. 17ª edição. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais. Disponível em: <<http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>>. Acesso em 20 de julho de 2017. p. 09.

¹⁵⁵ Redação atual do artigo incluiu o jovem como sujeito de direitos: “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.” BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

¹⁵⁶ BUDÓ, Marília. Mídias e Discursos do Poder: A Legitimação Discursiva do processo de encarceramento da juventude pobre no Brasil. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. p. 75.

¹⁵⁷ GARCÍA MÉNDEZ, Emilio. Infância, lei e democracia: uma questão de justiça. Rev. Bras. Adolescência e conflitualidade, 2013 (08): 1-22. p. 04.

de Menores e, assim, em 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente foi sancionado pela Lei nº 8.069.

A Doutrina da Proteção Integral é a principal inspiração do ECA e se insere no contexto em que o Brasil assume – diante da comunidade internacional – o compromisso de implementar e defender a Declaração dos Direitos da Criança, de 1959, e a Convenção dos Direitos da Criança, de 1989. Dentre as principais características da Proteção Integral está o reconhecimento das crianças e dos adolescentes como detentores de todos os direitos que têm os adultos, além dos direitos especiais que decorrem, precisamente, da especial condição de pessoas em desenvolvimento.

Em meio às inúmeras inovações introduzidas pelo ECA, destaca-se a subordinação do texto legal aos princípios da ciência jurídica. Isto é, o Sistema de Justiça precisou repensar o modelo tutelar que propiciava decisões autoritárias com consequências danosas para as crianças, os adolescentes e suas famílias, agora, para uma prática de garantia de direitos, em que as decisões, para terem validade, devem ser fundamentadas e os operadores devem possuir papéis bem definidos.

Conforme Saraiva, rompe-se com a figura do juiz de menores investido em funções não estritamente jurisdicionais, reservando-se aos demais personagens da vida pública sua devida atuação e, assim, “[...] desaparece o Juiz com poderes ilimitados no exercício de uma atividade de controle social para dar lugar ao Juiz técnico, limitado pelas garantias processuais”.¹⁵⁸

Com isso, ao juiz, cumpre aplicar a lei; ao Ministério Público, incumbe fiscalizar a lei e a titularidade das ações protetiva e socioeducativa (Art. 201 incisos de I a XII do ECA); o advogado ou o defensor público deve representar a criança e o jovem no interior do processo legalmente constituído (Art. 206 do ECA); os técnicos (assistentes sociais, psicólogos, médicos, pedagogos), como peritos, devem produzir relatórios que apontem para a melhor solução e provas necessárias à convicção do juiz, etc.

Além disso, a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente, ao reconhecerem as crianças como sujeitos de direitos, vedam que, sob o pretexto de proteger, venha-se a vulnerar ou restringir direitos, prática muito usual na perspectiva tutelar menorista.

¹⁵⁸ SARAIVA, João Batista Costa. *Compêndio de direito penal juvenil*. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p.30.

De acordo com a doutrina da proteção integral, o segmento infanto-juvenil tem garantias jurídicas que asseguram os seus direitos não só como “sujeitos de direito”, mas também como “pessoas em desenvolvimento”.¹⁵⁹ Nesse sentido, o ECA adota as medidas protetivas para aqueles até os 12 anos e as medidas socioeducativas para aqueles entre os 12 e 18 anos, como substituição do caráter repressivo e punitivo da Doutrina da Situação Irregular.

Contudo, adotar o paradigma da proteção integral exige uma série de mudanças, no conceito e no rol das principais instituições públicas destinadas à infância e na linguagem, que constitui um importante sinal de transformação no plano normativo: “[...] a prática de ato contrário às normas penais se renomeia para ato infracional; a resposta estatal diante do ato infracional se transforma em medida socioeducativa, entre outras alterações”.¹⁶⁰

Desse modo, não se tipifica um ato delituoso cometido por criança ou adolescente como sendo crime. A caracterização da ação criminosa exige a materialidade do fato criminoso, a ilicitude do ato e a culpabilidade como requisitos para a imputabilidade da pena. Se um desses três elementos não comparece, não se tipifica juridicamente uma conduta como sendo criminosa. É exatamente isso que acontece com as crianças e adolescentes que cometem ato ilícito. Contudo, a eles falta a culpabilidade, tendo em vista a ausência de capacidade penal plena antes dos 18 anos de idade, pois são considerados sujeitos em formação e desenvolvimento e, por consequência disso, a eles não são aplicadas penas, mas sim as medidas socioeducativas elencadas no artigo 112 do ECA.

Por esse motivo, existe uma sensação equivocada de impunidade dos adolescentes autores de ato infracional, o que constantemente é tema de debate em alguns setores da sociedade, trazendo à tona o debate da redução da idade de responsabilidade penal. Saraiva destaca a inconstitucionalidade desta proposta de redução, não só por se tratar de cláusula pétrea, descrita no art. 228, CF¹⁶¹, mas também por violar o disposto no art. 41 da Convenção das Nações Unidas de Direito

¹⁵⁹ SARAIVA, João Batista Costa. *Compêndio de direito penal juvenil*. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 33 e 37.

¹⁶⁰ BUDÓ, Marília. *Mídias e Discursos do Poder: A Legitimação Discursiva do processo de encarceramento da juventude pobre no Brasil*. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. p. 79

¹⁶¹ Art. 228. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial. BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

da Criança¹⁶², que veda aos signatários o agravamento da lei interna em face do contexto normativo da convenção¹⁶³.

Desse modo, o fato de ser inimputável penalmente não significa que os adolescentes não sejam responsabilizados por seus atos. O ECA estabelece medidas de responsabilização compatíveis com a condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, quais sejam: advertência, a obrigação de reparar o dano, a prestação de serviço à comunidade, a semiliberdade e a internação, com privação de liberdade. Muito embora a privação de liberdade tenha sido mantida pelo ECA, o estatuto dispõe que ela somente poderá ser aplicada, de forma subsidiária, excepcional e somente nos casos descritos taxativamente pela lei e, mesmo assim, ainda que presentes todos os elementos do ato infracional, o juiz pode deixar de aplicar a medida, caso entenda não ser ela adequada¹⁶⁴.

Contudo, percebe-se que, na prática, ao contrário do que menciona o artigo quanto à excepcionalidade da medida, esta é aplicada em praticamente todos os casos de adolescentes infratores, em virtude da ampla interpretação que ele possibilita. Tal fato é comprovado pelo “Mapa do encarceramento: os jovens no Brasil”, de 2015, em que, analisadas em separado as medidas de internação, de internação provisória e semiliberdade, observou-se que, entre os adolescentes que cumprem medida de internação e semiliberdade, a maior parte deles estão internados, sendo a medida de semiliberdade a menos aplicada no país¹⁶⁵.

No mesmo sentido, o 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública demonstra o

¹⁶² Artigo 41. Nenhuma disposição da presente Convenção afecta as disposições mais favoráveis à realização dos direitos da criança que possam figurar: a) Na legislação de um Estado Parte; b) No direito internacional em vigor para esse Estado. ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança. 1989. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-10.pdf>>. Acesso em: 23 de julho de 2017.

¹⁶³ SARAIVA, João Batista Costa. Compêndio de direito penal juvenil. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p.45.

¹⁶⁴ Art. 122. “A medida de internação só poderá ser aplicada quando: I - tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência a pessoa; II - por reiteração no cometimento de outras infrações graves; III - por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta.

§ 1º O prazo de internação na hipótese do inciso III deste artigo não poderá ser superior a 3 (três) meses, devendo ser decretada judicialmente após o devido processo legal. § 2º. Em nenhuma hipótese será aplicada a internação, havendo outra medida adequada.” BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

¹⁶⁵ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil / Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. – Brasília: Presidência da República, 2015. p. 75-78.

aumento da utilização, pelo sistema de justiça juvenil, dos mecanismos de controle socioeducativo com restrição de liberdade. As taxas de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa com restrição de liberdade por 100 mil, passaram de 97,7 por 100 mil em 2012, para 111,3 por 100 mil em 2013, com uma variação, no período de um ano, de 13,3%¹⁶⁶.

Nesse sentido, apesar das significativas mudanças trazidas pelo Estatuto - dentre as principais, o reconhecimento de todas as garantias processuais no curso do processo por ato infracional, o reconhecimento da responsabilização e da medida socioeducativa como resposta para o ato infracional -, para Liana de Paula, a ideia de justiça recuperadora foi mantida e atualizada na figura jurídica das chamadas medidas socioeducativas, propostas no intuito de enfatizar a dimensão pedagógica da punição de adolescentes.

A correção dos desvios de conduta se atualiza nessa punição pedagógica, que visa recuperar os indivíduos antes da fase adulta, e a busca de desvios nas trajetórias dos adolescentes que sejam capazes de explicar por que seu envolvimento com a criminalidade se mantém. Além disso, a clientela do sistema de justiça juvenil segue essencialmente a mesma [...].¹⁶⁷

Apesar de o Brasil ter sido o primeiro país a aderir a doutrina da proteção integral, ainda enfrenta-se dificuldades em sua efetiva implementação. Conforme analisaremos no próximo capítulo de forma mais detalhada, percebe-se ainda, no âmbito judicial, discursos de cuidado e proteção sob a perspectiva de defesa social como pretexto para o controle social arbitrário das crianças e adolescentes¹⁶⁸.

Garcia Mendéz menciona que as maiores dificuldades na implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente estão relacionadas à interpretação, nesse sentido o autor traz à baila o paradigma da ambiguidade.

Desse pensamento desconexo, mas que tem a força da inércia das coisas e o apoio do bom senso, foi surgindo um novo paradigma: o da ambiguidade. Diante dos paradigmas instalados e enfrentados da situação irregular e da proteção integral, o paradigma da ambiguidade

¹⁶⁶ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringelli de. Adolescentes em Conflito com a lei – Atos infracionais e medidas socioeducativas. In: Anuário de Segurança Pública – Versão 2015. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

¹⁶⁷ PAULA, Liana de. Justiça Juvenil. In: LIMA, Renato Sérgio de; RATTON, José Luiz; AZEVEDO, Rodrigo Ghiringelli de (Orgs.). Crime, polícia e Justiça no Brasil. São Paulo: Contexto, 2014. p. 457.

¹⁶⁸ VICENTIN, M. C. G., GRAMKOW, G., & MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. BIS, Boletim do Instituto de Saúde, 12(3), 2010. p.268-272.

se apresenta como uma síntese eclética, adequada para esta época de fim das ideologias. O paradigma da ambiguidade está muito bem representado pelos que, rejeitando por completo o paradigma da situação irregular, não conseguem acompanhar – possivelmente em decorrência da diminuição significativa de práticas discricionárias e paternalistas no trato com crianças – as transformações reais e em potencial resultantes da aplicação consequente do paradigma da proteção integral, que considera a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e, não menos, de responsabilidades. Neste ponto, me parece importante arriscar uma explicação que permita uma melhor compreensão da razão do surgimento (e divulgação) do paradigma da ambiguidade¹⁶⁹.

Ao fundar esse novo paradigma, o ECA parece ensaiar a criação de um intervalo, isto é, de um espaço interpretativo que suspende a rápida associação entre pobreza, adolescência e criminalidade presentes no Código de Menores¹⁷⁰.

Entretanto, apesar da nova legislação propor a substituição do termo estigmatizante *menor* pelas expressões *criança e adolescente*, percebe-se que o termo *menor* é ainda usado, não só pelos operadores do Direito, mas pelo senso comum.

Nesse sentido, Guerra exemplifica manchete publicada em jornal popular, que demonstra a dificuldade em romper com os efeitos do nominalismo e da gestão da vida em nossa cultura: “*Menor agride adolescente*”. Na manchete, “*o menor*” e “*o adolescente*” denunciam discursivamente a diferença simbólica entre os dois, criando campos distintos de participação política na vida da cidade¹⁷¹.

Desse modo, Veronese entende ser necessário suscitar uma nova opinião pública, no sentido de desmistificar e romper com a ideia de que a criança ou o adolescente oriundos das classes sociais desprovidas materialmente são os “trombadinhas” e tão estigmatizados “menores”. A razão disso é que não podemos ser os reprodutores de uma linguagem que produziu a segregação e legitimou inúmeras violações aos direitos das crianças e dos adolescentes.¹⁷²

Apesar de todos os avanços trazidos pelo ECA, este continua bastante aberto a interpretações prejudiciais aos direitos da criança e do adolescente, em especial,

¹⁶⁹ GARCÍA MÉNDEZ, Emilio. Infância, lei e democracia: uma questão de justiça. Rev. Bras. Adolescência e conflitualidade, 2013 (08): 1-22. p. 09.

¹⁷⁰ GUERRA, A. M. C.. Adolescência e infração: classificar é simples, complexo é operar com as classificações.... In: Fuad Kyrillos Neto; Roberto Calazans. (Org.). Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs. 1ed.Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 84.

¹⁷¹ GUERRA, A. M. C.. Adolescência e infração: classificar é simples, complexo é operar com as classificações.... In: Fuad Kyrillos Neto; Roberto Calazans. (Org.). Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs. 1ed.Barbacena: EdUEMG, 2012. p. 83-84.

¹⁷² VERONESE, Josiane Rose Petry. Sistema de justiça da infância e da juventude: construindo a cidadania e não a punição. Sequência, ano XXIV, n. 50, jul. 2005, p. 103-120. p. 107.

para o uso neomenorista de suas disposições¹⁷³. A proteção preconizada pelo ECA parece não atingir todos, especialmente aqueles que necessitam dela com mais urgência, como os adolescentes autores de ato infracional em cumprimento de medida socioeducativa, os quais permanecem tendo seus direitos violados.

Desse modo, mais do que a criação de novos nomes, como “adolescente autor de ato infracional”, o ECA trouxe uma mudança no ideal social que recai sobre o jovem em conflito com a lei. Como refere Guerra, não se trata mais de excluir e castigar o jovem em defesa da sociedade, como bloco maciço e oposto, de sua presença ameaçadora. Nos moldes do biopoder, se produz uma forma mais sofisticada de normalização, adestramento e regulação dos corpos¹⁷⁴ que, como veremos adiante, encontrou na medicalização uma de suas vias de realização.

¹⁷³ SARAIVA, João Batista Costa. *Compêndio de direito penal juvenil*. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006. p. 56.

¹⁷⁴ GUERRA, A. M. C.. *Adolescência e infração: classificar é simples, complexo é operar com as classificações...*. In: Fuad Kyrillos Neto; Roberto Calazans. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. 1ed.Barbacena: EdUEMG, 2012. p.83.

4 ALIANÇAS JUS-PSI: A MEDICALIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Como explica Lugon, “quando a psiquiatria é convocada no lugar de manutenção da ordem pública, a porta está aberta para a medicalização e para a medicamentação.”¹⁷⁵ Não se trata de desconsiderar o saber médico/psiquiátrico, mas de questionar como ele tem sido convocado.

Parece que, pelo Direito, no que se refere aos adolescentes autores de ato infracional, a medicalização tem sido convocada como forma de manutenção da ordem pública.

Assim como no século XVIII, quando o criminoso era visto como indivíduo rompido com a sociedade, irreduzível às leis e às normas gerais, e as penas eram dosadas não pela importância da culpa ou do prejuízo, mas por aquilo que era útil para a sociedade, no contexto atual, os adolescentes autores de ato infracional parecem tomar esse lugar de inimigos sociais.¹⁷⁶

A criminalidade juvenil tem sido foco de atenção e preocupação por parte da sociedade. Em geral, os debates se reduzem à indicação da redução da maioridade penal, à responsabilização centrada em medidas cada vez mais punitivas e à utilização dos temas da saúde mental na perspectiva criminológica ou de defesa social.

Apesar das importantes mudanças nas políticas sociais dirigidas às crianças e aos adolescentes, como a Reforma Psiquiátrica da Saúde Mental¹⁷⁷ e a

¹⁷⁵ LUGON, Ricardo. A patologização da intervenção socioeducativa: a medicalização. In: COSTA, Ana Paula Motta; EILBERG, Daniela Dora. (Org.). *Justiça Juvenil na Contemporaneidade*. Porto Alegre: DM, 2015. p. 110.

¹⁷⁶ FOUCAULT, Michel. *A Sociedade Punitiva: curso no Collège de France (1972-1973)*. Tradução Ivone C. Benedetti. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2015. p. 21-35.

¹⁷⁷ “Comparando as características dos paradigmas da psiquiatria tradicional e da reforma psiquiátrica, podemos observar que, enquanto a psiquiatria clássica trata da relação entre o médico e o paciente (doença), a atenção psicossocial de saúde mental trata de uma rede de relações entre sujeitos: cuidadores (assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, músicos, artistas plásticos, artesãos, etc.) e sujeitos que vivem a experiência do sofrimento mental (usuários e familiares). A psiquiatria tradicional é centralizada, basicamente, no tratamento das doenças, enquanto a atenção psicossocial é centralizada na pessoa – fato que amplia o campo da saúde mental e os serviços constituem dispositivos de trocas sociais. [...] No âmbito jurídico, o movimento de Reforma Psiquiátrica se expressa formalmente no Brasil por meio da Política Nacional de Saúde Mental e pela instituição da lei 10.216/20016 no ordenamento jurídico vigente. A Política Nacional de Saúde Mental visa a consolidação de um modelo de atenção em saúde mental de base comunitária como substituto do modelo hospitalar especializado, e se apoia na Lei 10.216/2001. Este diploma legal,

intensificação dos direitos e garantias da criança e do adolescente trazidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), identifica-se processos crescentes de medicalização e psiquiatrização no controle social dos adolescentes, especialmente dos autores de ato infracional.¹⁷⁸

Os debates instalados sobre a temática têm-se utilizado cada vez mais de discursos do âmbito judicial aliados a discursos médico-psiquiátricos¹⁷⁹.

Nesse sentido, ao retomarmos algumas pesquisas já publicadas sobre a temática da medicalização/psiquiatrização dos adolescentes em conflito com a lei, percebemos que as relações entre adolescência, saúde mental e justiça evidenciam uma tendência de gestão dos corpos e dos riscos na atualidade.

Há uma tentativa constante de psiquiatrização das condutas das crianças e dos adolescentes e uma proliferação de diagnósticos psiquiátricos que, conforme Safatle, longe de ser uma discussão que interessa somente a profissionais da área de saúde mental, é uma questão da mais alta importância, na medida em que “[...] define como valores sociais travestidos de normalidade médica são naturalizados.”¹⁸⁰

Diversas pesquisas demonstram o crescimento da internação psiquiátrica de adolescentes no Brasil, via ordem judicial, que não atingem somente aqueles envolvidos em ato infracional, mas também aqueles em situação de vulnerabilidade¹⁸¹. Em geral, tais pesquisas apontam para a compulsoriedade das

conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se, sobretudo, por assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais sem qualquer forma de discriminação, e reorienta o modelo de assistência em saúde mental para serviços, preferencialmente, extra-hospitalares.

SOARES, Ricardo Henrique et al. Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 123- 131, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000100123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

¹⁷⁸ VICENTIN, M. C. G. **Os “intratáveis”: a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade.** IN: Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. (orgs) Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010. pp 41-55.

¹⁷⁹ ROSA, Miriam Debieux e VICENTIN, Maria Cristina. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Psicologia Política*. vol.10, n.19, 2010, pp. 107-124.

¹⁸⁰ SAFATLE, Vladimir. O Poder do Psiquiatra. *Revista Cult*. Edição 184. 2013.

¹⁸¹ Quando falamos em vulnerabilidade, estamos nos reportando a ideia de Zaffaroni, de posição ou estado de vulnerabilidade, como condição social que consiste no grau de risco ou perigo que a pessoa corre só por pertencer a uma classe, grupo ou estrato social e por se encaixar em um estereótipo. ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em Busca das Penas Perdidas: a perda da legitimidade do Sistema Penal**: Tradução Vania Romano Pedrosa, Amir Lopez da Conceição. Rio de Janeiro: Revan, 1991. p. 270.

internações, a estipulação de prazos para a internação subordinada aos critérios jurídicos, para um tempo médio de internação superior aos dos demais internos admitidos por outros procedimentos, e uma acentuada presença de quadros relativos a distúrbios de conduta e ao uso de substâncias psicoativas¹⁸².

Assim, discursos médicos baseados na normalização, antes assentados sobre a higiene pública e a psiquiatria, aparecem renovados em discursos de cuidado e proteção das crianças e dos adolescentes, justificados por regimes de verdade enunciados por saberes médicos e psiquiátricos que operam práticas biopolíticas, nas quais se revela uma verdadeira biologização do comportamento das crianças e adolescentes¹⁸³.

Partindo disso, neste capítulo, vamos retomar o momento em que o discurso médico-psiquiátrico invade o saber jurídico e criminológico, produzindo uma noção de patologização do crime e do comportamento, através da articulação do sujeito anormal ao sujeito criminoso.

Após, a partir da análise de algumas produções já realizadas sobre o poder-saber médico e psi e sua influência no âmbito dos adolescentes em conflito com a lei, analisaremos as expressões contemporâneas da medicalização dos adolescentes em conflito com a lei, isto é, como o saber jurídico tem se utilizado dos discursos médicos e psi para governar e manejar os jovens em conflito com a lei.

4.1 A FUSÃO ENTRE OS SABERES JUS E PSI: DO ANORMAL AO CRIMINOSO

Foucault em *"Vigiar e punir"*¹⁸⁴ apresenta a história do poder punitivo desde a sociedade feudal – quando o corpo do condenado era o objeto da pena - até a sociedade capitalista – na qual tem-se a supressão do tempo livre e da liberdade

¹⁸² Pesquisas realizadas nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre. Ver em: BENTES, A. L. S. Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999; SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342- 352, Feb. 2008;

¹⁸³ LEMOS, Flávia Cristina Silveira; GALINDO, Dolores; RODRIGUES, Robert Damasceno. Processos de medicalização de crianças e adolescentes nos relatórios do Unicef. *Pesqui.prát. psicossociais*, São João del-Rei, v. 9, n. 2, p. 201-212, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082014000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

¹⁸⁴ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 26. ed. Tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis: Vozes, 2002.

como objeto da pena. Sob essa ótica, o autor descreve os suplícios públicos como maneira de fazer-se notar a presença do soberano, deixando claro o seu poder e instaurando a sensação de medo no povo que, motivado por este, respeitaria as normas e, por conseguinte, a sua soberania.

A natureza do autor do delito era irrelevante, bastava que confessasse seu delito para que seu corpo fosse supliciado. No entanto, essas práticas passaram a ser vistas como “ameaça” ao poder soberano, uma vez que não mais assustavam o povo, o qual se solidarizava com o condenado realizando uma “confusão” entre soberano, condenado e julgador frente às barbáries do castigo, que se apresentavam mais cruéis que o delito a ser penalizado¹⁸⁵.

Assim, no decorrer dos séculos XVII e XVIII, o poder de soberania cede espaço ao poder disciplinar, e as disciplinas tornaram-se as fórmulas gerais de dominação, instituídas para “[...] o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”.¹⁸⁶ É justamente por meio das instituições sociais que a disciplina irá se estabelecer e se firmar como meio de controle social, presente na escola, na fábrica e, por excelência, no sistema judiciário.

A entrada desse poder implicou um importante deslocamento no modo de exercício de poder do Estado, que teve modificada sua lógica de atuação, agora, como um poder que tem como função maior a normalização de todas as áreas do corpo social.

Nesse contexto, no intuito de ampliar esse poder de normalização para todas as áreas da vida, modifica-se também as formas de punir os crimes, passando-se a levantar a natureza do autor do crime e a demarcar os atos lícitos e ilícitos por meio de uma distribuição dos indivíduos em normais e anormais¹⁸⁷.

A partir disso, surge a preocupação em definir uma unidade de medida entre o crime e o criminoso, isto é, uma medida capaz de investigar a racionalidade que está por trás da infração e que pudesse agir também na

¹⁸⁵ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 26. ed. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 50-53

¹⁸⁶ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 26. ed. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 118.

¹⁸⁷ FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 107.

prevenção de novos crimes¹⁸⁸.

Em vez daqueles grandes rituais dispendiosos, no decorrer dos quais a atrocidade da punição repetia a atrocidade do crime, teremos um sistema calculado, no qual a punição não terá por objeto nem repetirá em si próprio o crime, mas terá por objeto simplesmente o interesse do crime, fazendo valer um interesse semelhante, análogo, simplesmente um pouquinho mais forte que o interesse que serviu de suporte para o crime¹⁸⁹.

Essa medida, essa nova tecnologia do poder de punir, é chamada, pelos teóricos do direito penal e pelos próprios juízes, de interesse ou razão de ser do crime. Ela vai se constituir, no século XVIII, como o elemento comum ao crime e à punição. Com isso, o que importa não são mais as circunstâncias do crime, o entorno do crime ou a intenção do sujeito, mas “[...] a racionalidade imanente à conduta criminal, sua inteligibilidade natural.”¹⁹⁰ O crime, agora, possui uma natureza e o criminoso é um ser natural caracterizado por sua criminalidade.

Conforme Foucault, o interesse é, ao mesmo tempo, a racionalidade interna do crime - o que o torna inteligível - e o que vai justificar as ações punitivas que se exercerão sobre ele. Em outras palavras, é o que o torna punível¹⁹¹.

Nessa nova economia punitiva, a racionalidade do criminoso e a inteligibilidade do crime são requisitos fundamentais para se atestar o interesse do criminoso e, conseqüentemente, aferir sua proporcional punibilidade.

Nesse sentido, refere Foucault

[...] a partir do momento em que se punirá não mais o crime, mas o criminoso, vocês hão de convir que o postulado de racionalidade fica de certo modo fortalecido. Não basta dizer: como a demência não ficou demonstrada, tudo bem, podemos punir. Agora só se pode punir se se postular explicitamente, eu ia dizer positivamente,

¹⁸⁸ “[...]unidade de medida que permitirá ajustar a punição de sorte que seja justo o suficiente para punir e impedir que ele recomece.” FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 110.

¹⁸⁹ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 111.

¹⁹⁰ “O interesse de um crime é sua inteligibilidade, que é ao mesmo tempo sua punibilidade. A racionalidade do crime – entendida portanto como mecanismo decifrável dos interesses – é requisitada portanto como mecanismos decifrável dos interesses – é requisitada pela nova economia do poder de punir, o que não acontecia de forma alguma no sistema antigo, em que se prodigalizavam as despesas sempre excessivas, sempre desequilibradas, do suplício.” FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 143.

¹⁹¹ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 143.

a racionalidade do ato que é efetivamente punido, portanto afirmação explícita da racionalidade, requisito positivo de racionalidade, em vez de simples suposição, como na precedente economia.

A partir disso, no século XIX, surge para o Direito a preocupação em lidar com aqueles crimes ausentes de racionalidade, ou seja, crimes que não possuem inteligibilidade, e é nesse momento que o saber médico e psiquiátrico se difunde no saber jurídico.

A psiquiatria é, então, chamada para ajudar a resolver as dificuldades que a “desrazão” coloca às tecnologias punitivas e colocada ao lado da polícia e do judiciário no exercício de punir. Ela encontra, na articulação entre crime/loucura/perigo, as respostas para aquilo que o Direito Penal não consegue responder¹⁹².

Cabe ressaltar que, inicialmente, a psiquiatria não foi vista como um ramo da medicina. Foi como um ramo da higiene pública, como precaução social, que a psiquiatria se institucionalizou, isto é, “[...] como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade.”¹⁹³

Para que pudesse existir como saber médico fundado e justificável, a psiquiatria teve de codificar a loucura como doença, ou, melhor dizendo, teve que tornar patológicos os distúrbios, os erros e as ilusões da loucura, e codificar a loucura como perigo¹⁹⁴.

Foi através dessa pertinência essencial e fundamental da loucura ao crime e do crime a loucura que a psiquiatria passou a intervir no interior dos manicômios e fora deles, detectando o perigo que a loucura traz consigo, mesmo quando é inofensiva e imperceptível, justificando, assim, sua intervenção científica e

¹⁹² “Não se pode mais, diante de um crime sem razão, exercer o poder de punir. Mas, por outro lado, o lado da psiquiatria, o crime sem razão é objeto de uma imensa cobiça, porque o crime sem razão se consegue identificá-lo e analisá-lo, é a prova de força da psiquiatria, é a prova do seu saber, e a justificação do seu poder. [...] Mostre-me todos os crimes com que você tem de lidar e eu sou capaz de te mostrar que, por trás de muitos desses crimes, muitos haverá em que eu encontrarei uma ausência de razão. Ou seja, sou capaz de te mostrar que, no fundo de toda loucura, há a virtualidade de um crime e, por conseguinte, justificação do meu poder.” FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 152.

¹⁹³ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 158.

¹⁹⁴ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 150-151.

autoritária na sociedade, como poder e ciência de higiene pública e proteção social.

[...] a medicina mental tem de mostrar que é capaz de perceber mesmo onde nenhum outro ainda pode ver, um certo perigo; e ela deve mostrar que, se pode percebê-lo, é por ser um conhecimento médico¹⁹⁵.

A partir disso, preocupada em constituir-se e impor seus direitos como poder e saber de proteção da sociedade, a psiquiatria passou a se interessar pelo problema da criminalidade e da loucura criminal, vinculando a ideia do sujeito anormal ao sujeito criminoso, e produzindo uma noção de patologização do crime e do comportamento¹⁹⁶.

Na medida em que vai se fortalecendo o entendimento de que o criminoso é quase sempre um doente mental, em outras palavras, que o louco, além de perigoso, é alguém potencialmente capaz de cometer um crime, a psiquiatria vai ganhando espaço dentro da criminologia.

Cabe ressaltar que o final do século XIX é marcado por intensas discussões sobre o crime, a criminalidade e as penas, isso porque, nesse período a Escola Clássica passou a sofrer inúmeras críticas em virtude da sua incapacidade de responder ao aumento da criminalidade e da reincidência.

Conforme Kolker, tratava-se de um momento de acirramento das questões sociais, de um avanço da organização das classes trabalhadoras e de intensas greves por parte dos operários, que exigiram que os poderes convocassem os saberes da época no intuito de estabelecer novas estratégias de poder que pudessem abarcar todo o universo desviante, assim como todos aqueles delinquentes em potencial.

Nesse contexto, surge a Escola Positivista, desviando toda a atenção das causas sociais e políticas dos delitos para a esfera individual, ou seja, patologizando os criminosos e resistentes e, dessa forma, legitimando a intervenção estatal contra eles¹⁹⁷.

¹⁹⁵ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 151.

¹⁹⁶ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 114-115.

¹⁹⁷ KOLKER, T. . A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: Gonçalves, H.S.; Brandão, E.P.. (Org.). Psicologia Jurídica no Brasil. 3ªed.Rio de Janeiro: Nau Editora, 2011, v. 1, p. 199-252.

Criminalizada a loucura e patologizado o crime, os alienistas passam a ser chamados aos tribunais, ao mesmo tempo em que emergem a figura do monstro moral e a preocupação com a inteligibilidade dos atos criminosos sem causa aparente, cometidos por sujeitos dotados de razão. Progressivamente, o julgamento da racionalidade-responsabilidade se desloca do ato criminal para a pessoa individual, que passa a ser avaliada através de suas motivações profundas e história de vida, dimensões agora indispensáveis para apreciar as possibilidades de emenda e escolher a sanção mais adequada para a neutralização do infrator.¹⁹⁸

Segundo Rauter, a partir da metade do século XIX, a criminologia e a psiquiatria mantiveram um diálogo constante, pois entendia-se que, entre loucura e responsabilidade criminal, havia relações variáveis que somente a avaliação do psiquiatra poderia determinar.¹⁹⁹

Para Foucault, o exame médico legal é o instrumento capaz de mostrar a relação intrínseca entre crime e loucura, entre o sujeito anormal e o sujeito criminoso e, também, o instrumento que une os saberes jus e psi. No entanto, o autor ressalta que, apesar dessa “união” que o exame proporciona, ele adultera tanto a justiça como a psiquiatria, pois propõe outros conceitos e práticas que não têm a ver com o objeto próprio dessas áreas do saber. Ou seja, não é a delinquentes ou a inocentes que o exame vai se dirigir, nem a doentes opostos a não doentes, mas sim aos “anormais”.

[...] o exame médico-legal, tal como vemos funcionar agora, é um exemplo particularmente notável da irrupção ou, mais verossimilmente, da insidiosa invasão da instituição judiciária e da instituição médica, exatamente na fronteira entre as duas, por certo mecanismo que, justamente, não é médico e não é judiciário.²⁰⁰

O mecanismo que o autor menciona, esse “terceiro termo insidioso e oculto”, que não é médico e nem jurídico, que vem de outra parte com outras regras e normas, é o poder de normalização.

O exame faz intervir certo poder de normalização, que tende, por sua força

¹⁹⁸ KOLKER, T. . A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: Gonçalves, H.S.; Brandão, E.P.. (Org.). Psicologia Jurídica no Brasil. 3ªed.Rio de Janeiro: Nau Editora, 2011, v. 1, p. 199-252.

¹⁹⁹ RAUTER, Cristina. Criminologia e Subjetividade no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2003. p. 41-44.

²⁰⁰ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 51.

própria, pelos efeitos de junção que ele proporciona entre os saberes *jus* e *psi*, a transformar tanto o poder judiciário, como o saber psiquiátrico em uma instância de controle e correção do anormal²⁰¹.

Foi através da articulação dessas ciências, ao construírem uma nova percepção sobre os delinquentes, que se estabeleceram os processos de normalização.²⁰²

A instalação desse *continuum* médico-jurídico justificou a exclusão dos chamados indesejáveis e perigosos sob o pretexto da proteção e cuidado com a sociedade, e, ao que parece, essa mesma lógica opera ainda hoje no âmbito da justiça juvenil, como veremos adiante.

Essa substituição do indivíduo juridicamente responsável pelo elemento correlativo de uma técnica de normalização consolidada, nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX, uma verdadeira biopolítica das populações consideradas de risco, para si e para os outros.

Conforme Caponi, as políticas higiênicas, psiquiátricas e eugênicas representam a face obscura dessa biopolítica da população. Esta, com o objetivo de melhorar a população e a raça, multiplicou as condutas classificadas como anormais, que passaram a ser alvo da intervenção e gestão médica, a qual não pretendia somente curar, mas antecipar e prevenir as condutas indesejadas²⁰³.

No que se refere a setores da juventude em situação de vulnerabilidade, mais especialmente aos jovens autores de ato infracional, percebe-se uma tendência à patologização, como forma de encobrir como doença mental problemas que são de ordem mais ampla, por exemplo, os processos sociais que discriminam a pobreza e o desinvestimento da sociedade em relação a esses jovens.

Nesse sentido, passaremos a analisar como esses saberes têm se articulado contemporaneamente para a gestão, normalização e controle social dos adolescentes em conflito com a lei.

²⁰¹ FOUCAULT, Michel. Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 51.

²⁰² FRANÇA, Fábio Gomes de. A gênese do indivíduo perigoso: A crítica filosófica Foucaultiana às escolas clássica e positivista de criminologia. Sistema Penal & Violência, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 152-162, jul. – dez. 2014, p. 159.

²⁰³ CAPONI, S. Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

4.2 AS EXPRESSÕES CONTEMPORÂNEAS DA MEDICALIZAÇÃO E PSIQUIATRIZAÇÃO DOS ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Conforme vimos, a abordagem patologizante da criminalidade juvenil tem origem antiga. No entanto, novas tecnologias, diagnósticos e medicamentos vêm sendo utilizados em escala cada vez maior, de modo que o controle social da população juvenil em conflito com a lei tem se revestido de crescentes processos de medicalização e de psiquiatria.

O que preocupa é que isso passou a ser utilizado nos discursos jurídicos não para o tratamento de patologias, com as quais seus portadores poderiam vir a se beneficiar, mas como forma de controle social e gestão dessa parcela da população.

Como indicadores desse processo, conforme levantamento bibliográfico realizado, temos: o crescente encaminhamento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa a perícias psiquiátricas para verificação do grau de periculosidade e diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial²⁰⁴; crescente internação psiquiátrica de adolescentes via ordem judicial, caracterizadas pela compulsoriedade²⁰⁵; e a prática de contenção química como forma de controle dos adolescentes que cumprem medida socioeducativa²⁰⁶.

Pode-se afirmar que, historicamente, as ações destinadas a esses sujeitos serviram para enfatizar a prevenção e garantir a segurança através do internamento, uma vez que o infrator representava perigo à sociedade. Desse modo, apesar das mudanças legais, as instituições permanecem com o mesmo pensamento, agora renovado sob o pretexto de cuidado e proteção das crianças e

²⁰⁴ VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; GRAMKOW, Gabriela; MATSUMOTO, Adriana Eiko. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 12, n. 3, p. 268-272, 2010.

²⁰⁵ BENTES, A. L. S. Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999; e SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008.

²⁰⁶ Conselho Federal de Psicologia e Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da OAB. Direitos Humanos – um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, 2006.

dos adolescentes. Nesse sentido, composições psi-jurídicas, sob a perspectiva da defesa social, são utilizadas para o controle social arbitrário de adolescentes.

A medicalização, juntamente com as crescentes práticas de encarceramento em massa dessa parcela da população, constituem duas linhas de força entrelaçadas que operam como um dispositivo²⁰⁷ de controle na gestão dos corpos dos chamados indesejáveis e perigosos.

Dessa forma, respondendo ao problema de nossa pesquisa, vamos analisar como o saber jurídico tem utilizado as estratégias de medicalização para governar e manejar os jovens em conflito com a lei.

4.2.1 Retomada das práticas higienistas: Transtorno de Personalidade Antissocial o novo perigo social

Conforme Foucault, a psiquiatria passou a complementar os processos de medicalização quando passou a governar os comportamentos humanos de forma indefinida, abandonando, assim, seu caráter terapêutico e passando a adotar a função de defesa social²⁰⁸.

A busca pelos traços de anormalidade característicos da psiquiatria e das práticas de higienização do século XIX e início do século XX parecem não ter desaparecido. Ao contrário, têm se rearticulado por meio de discursos renovados quanto à periculosidade dos adolescentes, que tentam conectar a ideia de transtorno mental à criminalidade, agora pela via dos transtornos de personalidade antissocial²⁰⁹.

A pesquisa realizada em São Paulo, no hospital psiquiátrico Pinel²¹⁰, demonstra que a noção de transtorno de personalidade passa a ser central na relações entre saúde mental, sistema de justiça e socioeducação, remetendo a

²⁰⁷ O termo dispositivo designa inicialmente as técnicas, as estratégias e as formas de assujeitamento utilizadas pelo poder, é por definição de natureza heterogênea e trata-se tanto de discursos quanto de práticas de instituições, quanto de táticas moventes. REVEL, Judith. Michel Foucault: Conceitos essenciais. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovensani. São Paulo: Claraluz, 2005. p. 39.

²⁰⁸ FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

²⁰⁹ VICENTIN, M. C.; ROSA, M. D. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 107- 124, jan. 2010. p. 111.

²¹⁰ JOIA, J. A interface psi-jurídica: estudo de internações de adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel. [Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica]. CEPE/PUC/SP; 2006.

uma noção renovada de periculosidade. Agora, não mais como no século XIX, em que a periculosidade era intrínseca aos doentes mentais, mas como aquilo que não pode ser controlado, ou, como refere Ota de Leonardis, como aquilo que escapa à gestão institucional.

Para o autor, apesar da ideia de periculosidade associada à loucura estar em crise no discurso científico, no plano operativo e prático, esse conceito funciona muito bem como resposta para inúmeras práticas e para o funcionamento de instituições e leis.²¹¹

Nesse sentido, Bentes, ao analisar as internações psiquiátricas de adolescentes via mandado judicial no Rio de Janeiro, conclui que, mesmo após a reforma psiquiátrica e com as mudanças trazidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, a mesma lógica de exclusão e segregação daqueles estigmatizados como anormais e perigosos se mantém de forma “*reciclada*”. Atualmente, ela aparece nas internações compulsórias de adolescentes com “*distúrbios de conduta*”.²¹²

Tendo em vista a abrangência dos comportamentos passíveis de serem considerados indicativos de “*distúrbios de conduta*”²¹³, dificilmente os jovens autores de ato infracional escapam dessa classificação. A própria categoria diagnóstica do Transtorno Antissocial de Personalidade descreve um indivíduo com padrão crônico de infrações legais e comportamentos antissociais desde a infância, estendendo, dessa forma, a aplicação desse diagnóstico a grande parte

²¹¹ LEONARDIS, O. Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. *Revista de Ciencias Penales*. n. 4, Montevideo, p. 429-449, 1998. P. 431- 432.

²¹² A pesquisa delimitou sua análise às crianças e aos adolescentes do sexo masculino internados na enfermaria da Unidade Hospitalar Vicente Rezende. Como fonte de pesquisa, foram utilizados os prontuários dos pacientes de sexo masculino internados na UHVR entre 1994 e 1997, visando a obter dados sócio-demográficos e relativos à internação, como idade, tempo de internação, ocorrência de reinternações, diagnóstico de entrada e de alta, presença ou não de mandado de internação judicial, características da alta (se alta médica, se evasão ou transferência). Bentes, A. L. S. *Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

²¹³ “O transtorno da conduta é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância e um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra infantil. Lembramos que o transtorno da conduta não deve ser confundido com o termo “distúrbio da conduta”, utilizado no Brasil de forma muito abrangente e inespecífica para nomear problemas de saúde mental que causam incômodo no ambiente familiar e/ou escolar. [...] Portanto, o termo “distúrbio da conduta” não é apropriado para representar diagnósticos psiquiátricos.” BORDIN, Isabel AS; OFFORD, David R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 12-15, Dec. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600004&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de outubro de 2017

dos autores de crimes²¹⁴. Almeida, ao analisar a breve história do conceito de psicopatia, percebe que os sintomas utilizados nas classificações da “ciência sancionada” provém de teorias que são, atualmente, consideradas “ciência superada”²¹⁵.

Conforme o autor, na primeira edição do DSM (1952) o diagnóstico de psicopatia foi renomeado como Distúrbio de Personalidade Sociopática, e compreendido a partir das relações sociais do indivíduo e do modo como o meio condicionava sua conduta antissocial, podendo se manifestar como reação antissocial, reação dissocial, desvio sexual e vício (álcool e/ou drogas). Assim, a definição adotada era explicitamente sociológica e procurava relacionar os traços individuais de personalidade ao meio social.

Já na segunda edição, DSM-II (1968), manteve-se o diagnóstico com o mesmo nome, assim como a descrição das características dos indivíduos, nomeadas como de “conflito com a sociedade” devido a problemas em sua socialização.²¹⁶ Como observa Dunker e Kyrillos Neto nessa versão, assim como na primeira, os sintomas não eram especificados com detalhes em distúrbios

²¹⁴ Critérios diagnósticos pelo DSM-V (Código: 301.7): A. Um padrão perversivo de desrespeito e violação aos direitos dos outros, que ocorre desde a adolescência, como indicado por pelo menos TRÊS dos seguintes nove critérios: 1-Fracasso em conformar-se às normas sociais com relação a comportamentos éticos e legais, indicado pela execução repetida de atos que constituem motivo de reprovação social ou detenção (crimes); 2- Impulsividade predominante ou incapacidade em seguir planos traçados para o futuro; 3- Irritabilidade e agressividade, indicadas por histórico constante de lutas corporais ou agressões verbais violentas; 4-Desrespeito irresponsável pela segurança própria ou alheia; 5- Irresponsabilidade consistente, indicada por um repetido fracasso em manter um comportamento laboral consistente ou honrar obrigações financeiras; 6- Ausência de remorso, indicada por indiferença ou racionalização por ter manipulado, ferido, maltratado ou roubado outra pessoa; 7- Tendência para enganar e à falsidade, indicada por mentir compulsivamente, distorcer fatos ou ludibriar os outros para obter credibilidade, vantagens pessoais ou prazer; B. O indivíduo tem no mínimo 18 anos de idade. C. Existem evidências de Transtorno de Conduta com início antes dos 15 anos de idade. D. A ocorrência do comportamento antissocial não se dá exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar. In: American Psychiatric Association (APA). Psychiatric Diagnosis and the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition – DSM-IV). Fact Sheet. 1997;1-4.

²¹⁵ “Canguilhem utiliza as expressões ‘ciência superada’ [connaissances périmées] (o pré-científico ou o domínio da formação discursiva que constitui um ‘saber’, segundo Foucault) e ‘ciência sancionada’ [connaissances sanctionées] (o domínio de uma formação discursiva considerada científica, ou ‘no verdadeiro’, segundo Foucault) a partir da distinção proposta por Bachelard (1996) entre história superada e história sancionada.” ALMEIDA, Francis Moraes de. Descontinuidades e ressurgências: entre o normal e o patológico na teoria do controle social. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set. 2013, p.1057-1078. p.1074.

²¹⁶ ALMEIDA, Francis Moraes de. Descontinuidades e ressurgências: entre o normal e o patológico na teoria do controle social. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set.2013, p.1057-1078. p.1067.

específicos.²¹⁷

Contudo, o DSM-III (1980) e sua edição revisada DSM-III-R (1987) modificaram drasticamente a nomenclatura e a definição do diagnóstico de psicopatia, agora chamado de Transtorno Antissocial de Personalidade (TASP). O destaque às relações sociais do indivíduos, isto é, às causas externas de sua anti-socialidade deram lugar a descrições estritamente comportamentais.

Uma vez que os atos criminosos passam a ser considerados uma característica comportamental, não mais uma forma de confronto com a sociedade, conforme o DSM-III e seus sucessores, o que acaba ocorrendo é uma verdadeira patologização da criminalidade.

Conforme Vicentin, Gramkow e Rosa, é do próprio percurso institucional que esses “novos perigosos” emergem. Os que não compreendem ou que resistem subjetivamente ao plano socioeducativo são, normalmente, os encaminhados às avaliações psi. Desse modo, os jovens que mais se aproximam do perfil antissocial são aqueles irredimidos com as violações de direitos de que são objeto e com a inexistência de um projeto socioeducativo.²¹⁸

Nesse sentido, em São Paulo, no ano de 2006, foi criada a Unidade Experimental de Saúde (UES) para o atendimento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação que fossem portadores de diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial. O Judiciário paulista passou a pressionar a Fundação Casa e o Sistema de Saúde para que tomassem providências, pois entendia necessária a melhoria na qualidade do atendimento em Saúde Mental a adolescentes e jovens/adultos privados de liberdade no sistema socioeducativo de São Paulo.

Desse modo, em dezembro de 2006, foi inaugurado o prédio da unidade para o atendimento dos adolescentes considerados “problemáticos”. Conforme Frasseto, a superintendência de saúde afirmou de imediato que a unidade não abrigaria doentes mentais, mas tão somente adolescentes de conduta antissocial,

²¹⁷ DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000400003&lng=pt&nrm=i so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000400003&lng=pt&nrm=i%20so)>. Acesso em 28 de setembro de 2017.

²¹⁸ VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam Debieux. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciários. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, abr. 2010. p. 65.

que ela definiu como “internos com tendência a depredar unidades, que não cuidam de suas coisas, são questionadores e não seguem normas, os agitados”.²¹⁹

A Unidade funcionaria por meio de uma parceria entre a UNIFESP, a Associação Beneficente Santa Fé e a Fundação Casa. Entretanto, o Governo do Estado transferiu a unidade Experimental da alçada da Fundação Casa para a Secretaria de Saúde, que firmou um termo de cooperação técnica com a Administração Penitenciária e da Justiça, cujo objetivo era conjugar esforços, visando a proporcionar aos adolescentes/jovens adultos o tratamento adequado à patologia diagnosticada, sob regime de contenção conforme determinação do Poder Judiciário²²⁰.

O termo de cooperação estabelece que a UES será utilizada para abrigar os adolescentes e jovens adultos autores de atos infracionais que cumpriram medida socioeducativa na Fundação e tiveram-na convertida pelo Judiciário em medida protetiva, por força do §3º do art. 121 do Estatuto da Criança e do Adolescente, por serem portadores de diagnóstico de transtorno de personalidade e/ou possuírem alta periculosidade em virtude de seu quadro clínico.²²¹

O que chama a atenção é a forma como se dá o encaminhamento dos jovens à UES. O Ministério Público, de forma geral, quando percebe que a

²¹⁹ FRASSETO, Flávio Américo. Fronteiras psi-jurídicas dos casos de interdição em andamento em São Paulo e a questão da Unidade Experimental de Saúde. In: Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011. p. 9.

²²⁰ Embora Frasseto não mencione especificamente o caso ao explicar os motivos da transferência da alçada da Fundação Casa para a Secretaria de Saúde, esta se deu em virtude do caso emblemático do jovem conhecido por “Champinha”, que, inclusive, seria o real motivo da criação da unidade. Em 2003, ele e quatro adultos sequestraram e mataram o casal de estudantes Liana Friedenbach e Felipe Caffé, que acampavam na cidade paulista de Embu-Guaçu. O caso teve ampla repercussão na mídia. “Champinha” tinha 16 anos quando ocorreu o fato e foi condenado a cumprir três anos, tempo máximo previsto no ECA, de medida socioeducativa. Próximo do término da internação, o Ministério Público solicitou a conversão da medida socioeducativa em medida protetiva de tratamento psiquiátrico com contenção. O judiciário paulista decidiu manter o jovem internado até os 21 anos, até que o encaminhou à Unidade Experimental de Saúde, que estava sob a alçada da Fundação Casa e que, apesar de inaugurada, não estava em funcionamento. Tendo em vista que, ao completar 21 anos, o jovem sairia compulsoriamente da jurisdição da Infância e Juventude, fato que impossibilitaria sua permanência na unidade do sistema socioeducativo, o governador do Estado, por meio do Decreto n. 52.419/2007, de 28 de novembro de 2007, transferiu a Unidade Experimental da alçada da Fundação Casa para a Secretaria de Estado da Saúde.

²²¹ FRASSETO, Flávio Américo. Fronteiras psi-jurídicas dos casos de interdição em andamento em São Paulo e a questão da Unidade Experimental de Saúde. In: Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011. p. 10.

liberação do jovem que cumpre medida socioeducativa mostra-se iminente por algumas das causas de liberação compulsória - três anos de internação ou o atingimento dos 21 anos (art. 121, ECA), demanda ao Poder Judiciário ordem de internação psiquiátrica compulsória, sob o argumento de que são incapazes de se governar e de que são perigosos para a sociedade.

Dessa forma, Vicentin sustenta que os adolescentes com transtornos de personalidade serão vistos como portadores de um “risco-perigo” e, por essa razão, deverão ser tratados conforme preconiza o paradigma da proteção integral, sendo assegurado o seu direito ao tratamento em saúde mental²²².

Como analisamos anteriormente, na relação entre a Justiça e a Psiquiatria, sempre apareceu a figura do antissocial, no caso, o anormal, como aquele indivíduo que, devido a algumas características, apresentava-se como perigo social. Nesse contexto, ocorre um chamado à psiquiatria para propiciar legitimidade à decisão judicial sobre a liberdade ou o confinamento, por meio dos exames psiquiátricos.

A situação atual parece atualizar as práticas higienistas identificadas nos séculos XIX e XX, que visavam à correção das classes e do indivíduo perigoso²²³, como perturbador da ordem pública e como um risco para si e para sociedade. Tal visão tem justificado a patologização e a criminalização desses adolescentes e, mais do que isso, justificado a segregação dos mesmos como resposta imediata à contenção desse perigo.

Assim como a loucura se viu atravessada pelas questões morais e da periculosidade, atualmente, os transtornos de personalidade antissociais, por estarem muito próximos da temática dos desvios e divergências, são fortemente atravessados, ou tematizados, pela lógica de moralidade e normalização. O comportamento desviante sempre existiu e continuará existindo, contudo, sua categorização como doença precisa ser entendida como uma construção social e política, isto é, como refere Branco e Foscarini, “como manobra perversa de controle social.”²²⁴

²²² VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam Debieux. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciários. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, abr. 2010. p.66.

²²³ FOUCAULT, Michel. Ditos & escritos V: ética, sexualidade, política. 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

²²⁴ BRANCO, Thayara Castelo; FOSCARINI, Leia Tatiana. Adolescentes: medicalizar mais, conter melhor! Eis a solução?. Carta Capital. Justificando. 2015. Disponível

Safatle entende que a sociedade organiza seus modos de intervenção nas populações, nos corpos e afetos, por meio da definição do campo das doenças e das patologias. Desse modo, essas categorias, carregadas de forte potência política, referem-se muito mais aos padrões disciplinares e morais que a sociedade tenta elevar à condição de normalidade médica, do que ao quadro de sofrimento psíquico, funcionando, desse modo, como reguladoras e normatizadoras da vida social.²²⁵

Vivemos um novo cenário na gestão dos indesejáveis e perigosos, uma mudança (ou renovação) de paradigma vem operando. Conforme Kolker, percebe-se um retorno das concepções biologicistas da loucura e da violência, e um retorno dos discursos de criminalização da loucura e de patologização da conduta criminosa, em que se vê revigorada a parceria entre saberes médicos-psicológicos e a Justiça, a serviço da avaliação e da gestão dos corpos dos inimigos da vez, os “*adolescentes infratores*”²²⁶.

4.2.2 Medicalização do uso da droga: Punição ou Tratamento?

Ao analisar a trajetória dos adolescentes internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, o percurso que culminou com a internação do mesmos, observa-se que o maior índice de diagnósticos para internação concerne a “transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas”, em especial o crack.²²⁷

No Brasil, já nas primeiras décadas do século XX, Justiça e Psiquiatria haviam firmado uma aliança no controle do uso de droga. Embora com atribuições diversas, tinham um objetivo comum: a repressão da desordem causada por ele.

De acordo com Machado e Miranda, o Brasil firmou sua adesão às primeiras convenções internacionais que tinham por intuito incentivar o controle sobre o uso de substâncias, especialmente o ópio, a morfina, a heroína e a cocaína. O aparato

em: <<http://justificando.cartacapital.com.br/2015/07/02/adolescentes-medicalizar-mais-conter-melhor-eis-a-solucao/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

²²⁵ SAFATLE, Vladimir. O Poder do Psiquiatra. Revista Cult. Edição 184. 2013.

²²⁶ KOLKER, Tania. A função social da periculosidade hoje e as novas funções do manicômio judiciário. In: Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011. p. 25.

²²⁷ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. p.349.

jurídico-institucional, constituído por uma série de leis e decretos, proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país e previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em sanatórios, prisões e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos²²⁸.

Conforme Del Omo, a década de 1960 foi marcada, no contexto americano, por uma profunda difusão do discurso médico-sanitário-jurídico, que culminou na distinção entre usuário e traficante. O primeiro, considerado “doente”, identificado com os consumidores das classes mais altas, tinha o estereótipo do dependente, de acordo com o discurso médico. O último, “delinquente”, normalmente provinha das classes mais baixas e guetos, tinha o estereótipo do criminoso enfatizado pelo discurso jurídico²²⁹.

No entanto, no Brasil, até a década de 1960, quando inicia a ditadura militar no país, não havia diferenciação entre o consumidor e o traficante de drogas. Contrariando a tendência internacional da época, o simples porte de droga já era indicativo de periculosidade e demandava uma resposta penal rigorosa.

Somente a partir da década de 1970 ocorreu uma radicalização tanto no âmbito da política criminal, como no âmbito do poder saber psiquiátrico. Nesse momento, a tendência médica no interior do discurso criminológico ganhou força na guerra às drogas e a Justiça passou a ter como objetivo primordial salvar, restaurar, garantir e regenerar esses indivíduos, e não simplesmente puni- los²³⁰.

Assim, com certo atraso em relação à tendência seguida por outros países, chegava ao Brasil o modelo médico-jurídico, tão necessário para a distinção entre o consumidor e o traficante, ou melhor, entre o doente e o delinquente.

O papel do perito psiquiatra era fundamental para a decisão sobre a medida cabível em cada caso, cumpria a ele dizer se era um doente que precisava ser tratado ou um criminoso que deveria ser punido e afastado do meio pelo perigo que representava.

Conforme Del Omo, os Estados Unidos lideravam a mobilização de guerra às

²²⁸ MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.

²²⁹ DEL OLMO, Rosa. A face oculta da droga. Trad. de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990. p. 34.

²³⁰ BITTENCOURT, Ligia. Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil. 1986. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.

drogas e exportavam seu discurso e sua política antidroga para além das fronteiras norte-americanas. Desse modo, os documentos legislativos produzidos no Brasil na década de 1970 tiveram forte influência das propostas americanas.

A importação desses discursos, porém, não considerava nem a diferença entre as drogas, tampouco entre os grupos sociais. Devido a isso, difundiu-se, na época, uma série de informações associadas à heroína nos Estados Unidos e que eram relacionadas, na América Latina, com a droga em geral²³¹.

Os resultados foram desastrosos, pois, apesar de parecer um esforço para diferenciar e amenizar a punição do usuário que não era considerado dependente, o que de fato aconteceu foi a aplicação de penas ainda maiores para os traficantes. Isto é, não foi a pena dos usuários que diminuiu consideravelmente, mas a dos traficantes que aumentou em proporções exorbitantes.

[...] tudo dependia na América Latina de quem a consumia. Se eram os habitantes de favelas, seguramente haviam cometido um delito, porque a maconha os tornava agressivos. Se eram os "meninos de bem", a droga os tornava apáticos. Daí que aos habitantes das favelas fosse aplicado o estereótipo criminoso e fossem condenados a severas penas de prisão por traficância, apesar de só levarem consigo um par de cigarros; em troca, os "meninos de bem", que cultivavam a planta em sua própria casa, como aconteceu em inúmeras ocasiões, eram mandados a alguma clínica particular para em seguida serem enviados aos Estados Unidos porque eram "doentes" e seriam sujeitos a tratamento, de acordo com o discurso médico tão em moda na época nos Estados Unidos. A eles corresponderia o estereótipo da dependência²³².

Importa destacar que essa mudança na política criminal estava relacionada à alteração trazida pelo DSM-III (1980).

Tendo em vista que sua elaboração se deu ao longo da década de 1970, pode-se afirmar que ele traduz tendências e correntes que estavam operando na época. Alguns autores observaram que, a partir do DSM- III, evidencia-se na Associação Americana de Psiquiatria (APA) a tendência progressiva à patologização de condutas criminais, simultaneamente ao "endurecimento" da política criminal norte-americana a partir da década de 1980²³³.

²³¹ DEL OLMO, Rosa. *A face oculta da droga*. Trad. de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.p. 45-46.

²³² DEL OLMO, Rosa. *A face oculta da droga*. Trad. de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.p. 46.

²³³ ALMEIDA, Francis Moraes de. Descontinuidades e ressurgências: entre o normal e o patológico na teoria do controle social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set.2013, p.1057-1078. p.1069.

O DSM-III marcou uma grande transformação na psiquiatria, ao propor-se como um sistema classificatório, atóxico e operacional das grandes síndromes psiquiátricas. A terceira versão do manual modificou a concepção de pesquisa e da prática psiquiátrica; a psiquiatria, agora, teria disponível um sistema diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico.²³⁴

De acordo com Dunker e Kyrillos Neto, a decisão de criar uma nova revisão do DSM se deu para melhorar a uniformidade e validade do diagnóstico psiquiátrico. Um dos objetivos da revisão era padronizar as práticas de diagnóstico dentro dos Estados Unidos e de outros países, considerando-se que “[...] cada desordem mental é concebida como uma síndrome clinicamente significativa, comportamental ou psicológica.”²³⁵

Ao realizar o percurso do uso da droga em todas as edições do DSM, Silva²³⁶ nos mostra uma revolução terminológica no DSM-III. Nele, o uso de droga aparece como “*transtornos relacionados ao uso de substâncias*” e, assim, deixa de fazer parte do conjunto de transtornos de personalidade, tal como se apresentava nas duas primeiras edições, para se tornar um conjunto próprio. Além de classificar as dependências, houve a introdução da categoria “abuso”, caracterizada por três fatores: padrão patológico de uso, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional devido ao padrão patológico de consumo e persistência do comportamento por, no mínimo, um mês.²³⁷ Com isso, passou-se a se caracterizar como patológicos padrões cada vez menores de consumo.

Em contrapartida, o número de substâncias inseridas nos subitens do transtorno era cada vez maior. Com esse crescimento e a diminuição do padrão de consumo na descrição do transtorno, o número de indivíduos abarcados nesse

²³⁴ DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. p. 616. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000400003&lng=pt&nm=i so>. Acesso em: 28 de setembro de 2017.

²³⁵ DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. p. 615. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 de setembro de 2017.

²³⁶ SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. O uso de droga no dsm: uma revisão histórica. *Revista Clínica e Cultura*, v. 1, p. 47-67, 2012.

²³⁷ SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. O uso de droga no dsm: uma revisão histórica. *Revista Clínica e Cultura*, v. 1, p. 47-67, 2012. p. 52.

conjunto ia se expandindo.²³⁸

Na revisão da terceira edição (1987), altera-se novamente o termo utilizado para descrever o transtorno, tendo o adjetivo “psicoativas” acrescentado ao uso de substâncias. Aparece também, na revisão, a dimensão da perda do controle como característica fundamental da dependência, mais importante até mesmo do que a presença de sintomas fisiológicos de abstinência e tolerância. Com esse “afrouxamento” nos critérios diagnósticos, permitiu-se o considerável alargamento da ingerência da Psiquiatria sobre o uso de droga.²³⁹

O 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública nos mostra que a prática de ato infracional análogo ao crime de tráfico está entre os principais atos infracionais registrados no ano de 2013 em todo país, representando 24,8% do total. Dessa forma, mostrou-se uma das principais causas de internação dos adolescentes, perdendo somente para o roubo, que abarca 42%²⁴⁰. No mesmo sentido, Scisleski e outros nos mostram que a maioria das internações psiquiátricas dos adolescentes se dá em razão do diagnóstico de transtorno mental e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas.²⁴¹

Nesse sentido, ao observarmos a nova lei de drogas de 2006²⁴², apesar de não descriminalizar o porte de droga para consumo próprio, ela retira a possibilidade de aplicação de penas privativas de liberdade, ficando a cargo do juiz concluir se trata-se de uso próprio ou de tráfico. Desse modo, persegue-se o esforço em diferenciar o usuário do traficante e de submetê-los a medidas diferenciadas, mantendo-se, contudo, o consenso de tomar o usuário como caso de saúde e o traficante como

²³⁸ SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. O uso de droga no dsm: uma revisão histórica. Revista Clínica e Cultura, v. 1, p. 47-67, 2012. p. 52.

²³⁹ SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. O uso de droga no dsm: uma revisão histórica. Revista Clínica e Cultura, v. 1, p. 47-67, 2012. p. 52-53.

²⁴⁰ AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de. Adolescentes em Conflito com a lei – Atos infracionais e medidas socioeducativas. In: Anuário de Segurança Pública – Versão 2015. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

²⁴¹ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. P.343.

²⁴² BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes em situações de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de Justiça. In: Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi- jurídicas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011. p. 41.

caso de polícia.

Ou seja, ao mesmo tempo em que se opera um pequeno passo no sentido da descriminalização, opera-se dois no sentido da medicalização, já que a lei prevê que os usuários sejam encaminhados a tratamento em estabelecimentos especializados.

Desse modo, como conclui Delgado, “[...] os campos da Psiquiatria/Saúde Mental e Justiça, se amparam historicamente, de modo recíproco, para legitimarem soluções institucionais de privação da liberdade.”²⁴³

Scisleski, Maraschin e Silva ressaltam o papel *dubio* que a ordem judicial parece desempenhar. Por um lado, é utilizada como uma ferramenta de acesso ao serviço de saúde para os jovens, por outro, é utilizado como uma espécie de punição a esses jovens marginalizados, no sentido de o encaminhamento servir como um recurso auxiliar à disciplinarização dos mesmos, estabelecendo uma relação medicar e punir.²⁴⁴

Tal fato é ilustrado pelas autoras com a trajetória de um dos adolescentes internados por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico São Pedro, de Porto Alegre/RS: Nelson, 14 anos, internado no CIAPS por dependência química, envolvimento em ato infracional e por ter reincidido na fuga das casas, está internado porque não cumpriu uma medida socioeducativa, razão pela qual foi encaminhado para internação psiquiátrica, como uma espécie de castigo ou pena. Nas palavras do adolescente, “se eu bobear mais uma vez ela me disse que vai me mandar pra FASE”.²⁴⁵

Os próprios adolescentes apontam o caráter punitivo da medida de internação. É como “cumprimento” do tratamento em saúde que a internação psiquiátrica se apresenta aos adolescentes que cumprem medida socioeducativa. Em geral, eles não acreditam que a internação possa ajudá-los a sair do circuito da droga.²⁴⁶

Muito embora as decisões judiciais de internação psiquiátrica se utilizem do

²⁴³ DELGADO, Pedro Gabriel. A reforma em Saúde Mental e os desafios na interface com a Justiça.

²⁴⁴ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008.

²⁴⁵ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. p. 347.

²⁴⁶ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. p. 347.

próprio ECA, argumentando no sentido de proteção aos adolescentes e como garantia de acesso a saúde, não se pode desprezar o perfil dos adolescentes alvos dessas decisões. A maioria vem de uma situação de marginalidade social e pobreza extrema, marcada pela ausência ou frágil ligação com as instituições tidas como importantes pela sociedade, como a família e a escola.²⁴⁷

“Como, enfim, sobreviver dentro dessa lógica recorrente que captura sempre os mesmos?” - Scisleski e Maraschin concluem que este é o enigma imposto na trajetória dos adolescentes submetidos à internação psiquiátrica via ordem judicial, isto é, o enigma daqueles que não conseguem se “adequar socialmente”.²⁴⁸

O uso do aparato psiquiátrico pela via judicial, nesse cenário, visando à internação de adolescentes com distúrbios de conduta, representa uma forma renovada de sustentar a segregação dos mesmos. Como refere Vicentin, Gramkow e Rosa,

A psiquiatrização dos adolescentes caminha na direção do paradigma emergente de gestão dos chamados indesejáveis e perigosos marcado pelo recurso cada vez maior ao encarceramento em detrimento do investimento em políticas sociais e na radicalização da política punitiva como resposta ao aumento da desigualdade social, da violência e da insegurança.²⁴⁹

A adolescência é um período de transição entre a infância e a fase adulta, um período em que ocorrem muitas mudanças de ordem biológica, social e psicológica, que variam conforme a cultura, a classe social e o gênero em que o adolescente está inserido.

Neste sentido, Costa relembra a importância dessa peculiar etapa da vida, que possui características próprias, na qual as pessoas redefinem a imagem corporal, estabelecem escala de valores éticos próprios e definem as escolhas individuais. Em geral, a própria afirmação da identidade ou da consciência de si mesmo, “[...] como entidade biopsicossocial no mundo, ocorre por um processo de identificação com modelos de conduta de pessoas significativas ou do grupo de

²⁴⁷ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. p.349.

²⁴⁸ SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. p. 348

²⁴⁹ VICENTIN, Maria Cristina G.; GRAMKOW, Gabriela; ROSA, Miriam Debieux. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de "novos" manicômios judiciários. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-69, abr. 2010.

iguais”, razão pela qual se percebe, nesse período, que os adolescentes andam em bandos, com roupas e outros atributos iguais, na tentativa de se identificarem com seus pares.²⁵⁰

Se a adolescência é uma fase difícil para aqueles que a vivenciam com estabilidade social e emocional, torna-se mais penosa ainda nos contextos de pobreza, violência e vulnerabilidade em que vivem muitas famílias brasileiras, na medida em que certas condições facilitam ou dificultam o processo de autoaceitação.²⁵¹

Dessa forma, os jovens de camadas populares - que vivem em uma situação permeada por incertezas, insegurança, transformações, desafios e perdas – não encontram, nas esferas convencionais de sociabilidade, repostas suficientes para preencher suas expectativas. Assim, nos vazios deixados por elas, constitui-se uma vulnerabilidade social e, conseqüentemente, uma vulnerabilidade penal.

Apesar disso, Scisleski e outros observam que a incapacidade socialmente produzida é forjada como pessoal, uma vez que os jovens submetidos à internação psiquiátrica veem-se sozinhos nesse percurso, como únicos protagonistas. Os que não conseguem adequar-se socialmente acabam levados a simular uma “adequação”, a fim de evitar a reinternação ou um encaminhamento mais perigoso, já que não podem contar com equipamentos sociais que ampliem seus laços.²⁵²

Goffman já referia a dificuldade em precisar quando o sujeito está mentalmente enfermo ou simplesmente inadequado aos padrões sociais. No caso dos adolescentes autores de ato infracional, o primeiro sintoma a chamar a atenção para a patologia seria justamente a inadequação social.

As decisões de diagnóstico, a não ser em casos de sintomas extremos, podem tornar-se etnocêntricas, pois o servidor julga, do ponto de vista da sua cultura, o comportamento de indivíduos que na realidade só pode ser julgado a partir da perspectiva do grupo de que deriva.²⁵³

Essa articulação entre os saberes jus e psi, expressa pela ordem judicial de

²⁵⁰ COSTA, Ana Paula Motta. **Os adolescentes e seus direitos fundamentais: da invisibilidade à indiferença**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2012. p. 58.

²⁵¹ COSTA, Ana Paula Motta. **Os adolescentes e seus direitos fundamentais: da invisibilidade à indiferença**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2012. p. 60.

²⁵² SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008. p. 347-349.

²⁵³ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. p. 295.

internação psiquiátrica, tem sido utilizada como um meio de controlar a marginalidade, sob o pretexto de proteger a ordem social. Para isso, Estatuto da Criança e do Adolescente é usado para promover punições aos jovens no intuito de moralizá-los, em vez de oferecer-lhes alternativas. Ou seja, o próprio ECA encobre a segregação dos adolescentes, sob o pretexto de cuidado, proteção e garantia, como acesso ao direito à saúde.

Nesse sentido, os discursos jus e psi se retroalimentam, empoderando-se reciprocamente no momento de segregar o portador de sofrimento psíquico que cometeu fato descrito como crime. Para Weigert, “[é] a violência gerando mais dispositivos de violência, em que só tem a perder aquele a quem se confina sob o escopo de tratar.”²⁵⁴

Cabe destacar que o encaminhamento via ordem judicial à internação psiquiátrica dos adolescentes usuários de drogas, apesar de se constituir em um instrumento da esfera jurídica, não é uma produção exclusiva desse saber, pois os documentos normalmente são embasados em pareceres médicos.

[...] busca-se, através desse discurso especializado legitimar práticas de correção e de ajustamento a um determinado padrão de conduta, que normaliza não só um sujeito, mas todo o corpo social, evidenciando, assim, a conexão do discurso do saber com as tecnologias disciplinares. Nesse sentido, a ciência torna-se uma arma importante de combate, uma vez que oferta argumentos capazes de legitimar determinadas práticas.²⁵⁵

Percebe-se uma dificuldade em dissociar o tratamento médico do tratamento penal, isto é, o louco e do criminoso. As pesquisas atuais nos mostram que os limites entre esses dois campos permanecem mal estabelecidos, de forma que a psiquiatria, assim como no século XX, como prática higienista, segue sendo uma demanda da ordem social e servindo à justiça como um campo capaz de propiciar legitimidade àquelas decisões sobre liberdade ou confinamento.

²⁵⁴ WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. Mulheres em cumprimento de medida de segurança: silêncio e invisibilidade nos manicômios judiciais Brasileiros. In: CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. (Orgs.). Sofrimento e clausura no Brasil contemporâneo: estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança. 1. ed. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017. p. 141.

²⁵⁵ SCISLESKI, Andrea. Governando Vidas Matáveis: As Relações Entre a Saúde e a Justiça Dirigidas a Jovens em Conflito com a Lei. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Tese de Doutorado, 2010. p. 27.

4.3 AS CLASSIFICAÇÕES E A BIOPOLÍTICA

Como vimos, a biopolítica é uma tecnologia de poder que opera sobre a população e que se dirige aos acontecimentos aleatórios desta, como proporção de nascimentos, mortes, taxa de reprodução, doença e fecundidade, por meio de seus mecanismos reguladores.²⁵⁶

Dentre os mecanismos que nos permitem individualizar a especificidade desse modo de exercício de poder, estão: a centralidade da norma e a oposição entre o normal e o patológico; os estudos estatísticos referentes aos fenômenos vitais que caracterizam as populações; e a problemática do risco-segurança, a ideia de que é possível antecipar os riscos para evitar a emergência de futuros danos²⁵⁷.

As trajetórias recentes da medicalização dos adolescentes autores de ato infracional, socialmente considerados como perturbadores ou problemáticos, permitem ilustrar a constituição do que se apresentaria como um novo padrão de gestão biopolítica da vida social.

Nessa perspectiva, seguindo o pensamento foucaultiano, podemos encontrar, nas classificações do DSM (Manual of Mental Disorders), o ideal de regulação coletiva que atinge grandes grupos populacionais, cria subjetividades, impede que a ação de resistência se realize, dociliza as populações, controla e regula os corpos e antecipa e previne todos os riscos possíveis.²⁵⁸

Conforme mencionamos, o objetivo do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), como um manual utilizado por psiquiatras e profissionais da saúde, é o de normalizar e homogeneizar os comportamentos desviantes. A preocupação está em padronizar a nomeação dos sintomas e definir operacionalmente as síndromes.

A cada versão do referido manual, vemos a expansão das categorias diagnósticas; no DSM-2 (1968), elas eram 182, no DSM-3 (1980), 265, a partir do

²⁵⁶ FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 206-207.

²⁵⁷ CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.741-763, Sept. 2014.p.744.Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000300741&Ing=en&nrm=is>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

²⁵⁸ GUERRA, A. M. C.. Adolescência e infração: classificar é simples, complexo é operar com as classificações.... In: Fuad Kyrillos Neto; Roberto Calazans. (Org.). Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs. 1ed.Barbacena: EdUEMG, 2012, p. 75-94.

DSM-5, o número de patologias mentais se eleva a 450 categorias diagnósticas. Conforme Safatle, “[...] a psiquiatria dos últimos quarenta anos desenvolveu um dos mais impressionantes esforços de classificação de doenças e homogeneização de diagnósticos que se tem notícias.”²⁵⁹

Para o autor, por trás desta expansão de categorias diagnósticas, está a tentativa desesperada de normatizar a vida conforme padrões disciplinares e morais que nossa sociedade tenta elevar à condição de normalidade médica.²⁶⁰

Conforme Dunker e Kyrillos Neto, o DSM-III marcou o rompimento com a tradição psicanalítica, que havia marcado as décadas e os manuais anteriores, e, a partir disso, passou-se a privilegiar uma abordagem que reduz o transtorno mental a uma disfunção orgânica²⁶¹.

Os pontos de vista psicodinâmicos e fisiológicos deram lugar a um modelo regulamentar ou legislativo. Um novo eixo “multiaxial” foi criado. O sistema tentou produzir uma imagem mais propícia para um recenseamento da população estatística, em vez de apenas um diagnóstico simples.²⁶²

Para Caponi, a partir desse momento, começou-se a definir as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas, o que acarretou a desconsideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento²⁶³.

Desde então, todo e qualquer problema comportamental passou a ser tratado no campo biológico, e os comportamentos que antes eram vistos como próprios do desenvolvimento do ser humano, ou vinculados a um determinado

²⁵⁹ SAFATLE, V. O Poder do Psiquiatra. Revista Cult. Edição 184. 2013.

²⁶⁰ SAFATLE, V. O Poder do Psiquiatra. Revista Cult. Edição 184. 2013.

²⁶¹ DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. p. 615. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000400003&Ing=pt&nrm=is>.

²⁶² DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. p. 615. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000400003&Ing=pt&nrm=is>.

²⁶³ CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.741-763, Sept. 2014.p.744.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000300741&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

acontecimento, passaram a ser entendidos como indícios de uma patologia.

As críticas ao Manual referem-se ao fato de as classificações trazidas serem muito amplas e imprecisas, dificultando uma compreensão profunda das características do sujeito. E é justamente essa existência de fronteiras difusas e pouco claras entre normalidade e patologia psiquiátrica que nos permite pensar o DSM como estratégia biopolítica.

Essa ambiguidade permite a crescente multiplicação de diagnósticos psiquiátricos inadequados; milhões de pessoas antes consideradas “normais” passam a ser classificadas inadequadamente com o rótulo de “transtorno mental”.

A falta de especificidade percebida é o que permite que qualquer pessoa possa se englobar em algum quadro clínico, que nos leva a uma verdadeira “psiquiatrização da vida”, na qual toda a experiência de sofrimento é transformada em patologia a ser tratada.

Para Safatle, “estar doente é, a princípio, assumir uma identidade com forte força performativa”²⁶⁴, isto é, a palavra advinda do médico, o detentor da verdade primeira da ciência, produz uma aderência descomunal do sujeito a essa nomeação de doente, o que muitas vezes sela irremediavelmente um destino.²⁶⁵

Nesse sentido, Lugon traz a importância em se diferenciar a classificação do diagnóstico, pois este não se reduz à classificação. “A classificação é que deve servir ao diagnóstico e não ao contrário”. Conforme o autor, o nome da doença, isto é, a classificação, não é um bom ponto de partida, pois acaba restringindo o diagnóstico. “Diagnosticar é um ato de singularizar”, é um processo aberto que tenta compreender de uma maneira abrangente e, ao mesmo tempo, detalhada, as dificuldades de um sujeito singular.²⁶⁶

A patologia mental cria uma nova situação na qual os sujeitos se veem inseridos, visto que, “[...] ao compreender-se como portador de um transtorno mental, o sujeito nomeia a si através de um ato de fala capaz de produzir

²⁶⁴ SAFATLE, V. O Poder do Psiquiatra. Revista Cult. Edição 184. 2013.

²⁶⁵ DINIZ, Margareth. Os equívocos da infância medicalizada.. In: Formação De Profissionais e a Criança-Sujeito, 7., 2008, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

²⁶⁶ LUGON, Ricardo. A patologização da intervenção socioeducativa: a medicalização. In: COSTA, Ana Paula Motta; EILBERG, Daniela Dora. (Org.). Justiça Juvenil na Contemporaneidade. Porto Alegre: DM, 2015. p. 110-111.

performativamente efeitos novos, de ampliar impossibilidades e restrições”.²⁶⁷

No caso dos adolescentes em conflito com a lei diagnosticados com transtorno de personalidade antissocial, é exatamente isso o que acontece, o propósito de cuidado, tratamento e produção de novas possibilidades de futuro encontra como resposta o seu inverso, a perpetuação da lógica da exclusão.

A biopolítica é justamente aquilo que se opõe à política entendida como governo de si, como espaço de constituição ética e política da subjetividade, ela reduz a pluralidade da condição humana a processos biológicos. Nessa perspectiva, as classificações trazidas pelo DSM assumem uma conformação que se adapta à lógica dos mecanismos biopolíticos na medida em que estes, assim como as classificações, “[...] configuram um peculiar modo de exercer o governo sobre as populações que exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida.”²⁶⁸

Além disso, os elementos constitutivos do dispositivo de segurança parecem presentes no DSM. Conforme Caponi, a prevenção e a antecipação de riscos ocupam papel central no DSM, o próprio subitem denominado *Risk and Prognostic Factors*, que aparece na descrição de cada patologia ou de cada grupo de patologias, evidencia o papel central que os dispositivos de segurança ocupam no manual.²⁶⁹

Os dispositivos de segurança em saúde são acionados no interior de uma lógica de gestão que visa a prevenir riscos futuros associados a indivíduos indisciplinados ou anormais, como os “delinquentes”, “marginais” e “deficientes”.²⁷⁰

Desse modo, as classificações funcionam como mecanismos disciplinares de normalização das condutas desviantes e dos corpos desajustados, mas

²⁶⁷ SAFATLE, Vladimir. O Poder do Psiquiatra. Revista Cult. Edição 184. 2013.

²⁶⁸ CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.741-763, Sept. 2014.p.751.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000300741&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

²⁶⁹ CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p.741-763, Sept. 2014.p.751.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000300741&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

²⁷⁰ LEMOS, Flávia Cristina Silveira; GALINDO, Dolores; RODRIGUES, Robert Damasceno. Processos de medicalização de crianças e adolescentes nos relatórios do Unicef. *Pesqui.prát. psicossociais*, São João del-Rei, v. 9, n. 2, p. 201-212, dez. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082014000200006&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

desempenham, também, a função de um dispositivo de segurança, à medida que, enquanto estratégia biopolítica, estendem suas ações na direção do controle da população juvenil com o discurso higienista.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas pesquisas analisadas, observamos que os adolescentes em conflito com a lei, apesar dos avanços trazidos pelo paradigma da proteção integral, vêm sendo constituídos como objetos, assim como quando do paradigma menorista, por práticas médicas e jurídicas que produzem saberes sobre eles e que engendram certos poderes.

Ao que tudo indica a proteção preconizada pelo ECA parece não atingir todos, especialmente aqueles que necessitam dela com mais urgência, como os adolescentes autores de ato infracional em cumprimento de medida socioeducativa, que permanecem tendo seus direitos violados.

Assim como no século XIX, época em que se buscava uma razão científica para o problema da criminalidade juvenil, contemporaneamente, discursos de verdade, enunciados por saberes médicos e psiquiátricos, têm sido utilizados sob o pretexto de investir e preservar a juventude. Essas ciências operam práticas biopolíticas que revelam uma verdadeira redução das complexidades de vida dessa parcela da população.

Os caminhos percorridos pela medicina e pelo saber psiquiátrico desde o final do século XVIII e início do século XIX, possibilitaram sua ingerência nas esferas da vida humana e, embora não se possa afirmar que a medicina que surgiu no final século XVIII seja a mesma que se apresenta no início de século XXI, também não se pode afirmar que elas sejam distintas. Parece que, ainda hoje e cada vez mais, se legitima a medicalização do não patológico, mantendo-se a medicina como estratégia biopolítica por excelência.

Assim como nos séculos XIX e XX, a psiquiatria é convocada pelo direito no lugar de manutenção da ordem pública. Dessa forma, a medicalização, no âmbito dos adolescentes em conflito com a lei, se vê utilizada como forma de punir essa parcela da população, já previamente marginalizada, servindo à lógica de exclusão dos chamados perigosos.

As trajetórias recentes da medicalização dos adolescentes autores de ato infracional permitem ilustrar a constituição do que se apresentaria como um novo padrão de gestão biopolítica da vida social, e a expansão das categorias diagnósticas a cada versão do DSM se configuraria como principal estratégia dessa

gestão biopolítica.

Atualmente, como aduz Dunker, apesar do Manual se autodeclarar ateórico e anti-etiológico e se apresentar como convencional e arbitrário, ele acaba por adquirir, indiretamente, na gestão e na prática da saúde mental, valor de norma e prescrição sobre as modalidades de sofrimento e sintoma, tratáveis pelos dispositivos jurídicos e sociais de tratamento das “desordens” mentais.

O sofrimento mental passa a ser encarado como questão de saúde pública e a medicina, uma forma de intervenção concreta na ordem da vida e das instituições sociais.²⁷⁰

As pesquisas observadas nos mostram exatamente isso, quando apontam que a maioria dos adolescentes autores de ato infracional, submetidos a internação psiquiátrica ou avaliações para aferição do grau de periculosidade, despontam do próprio percurso institucional, em geral são aqueles que não compreendem e resistem ao plano socioeducativo. Para além, não se pode desprezar que a maior parte deles vem de uma situação de marginalidade social, pobreza extrema, marcada ou pela ausência ou pela frágil ligação com as instituições vistas como importantes pela sociedade, como a família e a escola, assim, o uso do aparato psiquiátrico pela via judicial representa uma forma renovada de sustentar a segregação desses adolescentes e também uma forma de reduzir problemas que são sociais e políticos em problemas privados e individuais.

Não se trata de desconsiderar o saber médico/psiquiátrico, mas de questionar a maneira de convocá-lo. A medicalização de todas as expressões (pobreza, desobediência, uso de substâncias psicoativas, entre outras) trazidas pelos jovens faz a medicina psiquiátrica atuar como protagonista e gestora de uma estratégia política de controle e normalização social, que se julga ainda ser ideal e eficaz.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Francis Moraes de. Descontinuidades e ressurgências: entre o normal e o patológico na teoria do controle social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, jul.-set. 2013, p.1057-1078.

American Psychiatric Association (APA). *Psychiatric Diagnosis and the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition – DSM-IV)*. Fact Sheet. 1997.

AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de. Adolescentes em Conflito com a lei – Atos infracionais e medidas socioeducativas. In: *Anuário de Segurança Pública – Versão 2015*. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. Trad. Dora Flaksman. 2.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal*. 2 ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1999.

BARBOSA, Heloisa Helena. A pessoa na era da biopolítica: autonomia, corpo e subjetividade. *Cadernos IHU*. São Leopoldo: Instituto Humanistas Unisinos. Ano 11, n. 194, 2013.

BARRETTO, Tobias. *Menores e loucos em direito criminal e fundamento do direito de punir*. *Obras Completas v. V*. 2 ed. Recife: Estado de Sergipe, 1923.

BATISTA, Vera Malaguti. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia & Freitas Bastos, 1998.

BECHER, Franciele. Os "menores" e a FUNABEM: influências da ditadura civil-militar brasileira. In: *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH)*, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300846619_ARQUIVO_FrancieleBecher-SimposioANPUH.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2017.

BENTES, A. L. S. *Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BITENCOURT, Cezar Roberto. *Tratado de Direito Penal, Volume I: Parte Geral*. 14.ed. rev. atual. e ampl. São Paulo, Saraiva, 2009.

BITTENCOURT, Ligia. *Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil*. 1986. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.

BRANCO, Thayara Castelo; FOSCARINI, Leia Tatiana. Adolescentes: medicalizar mais, conter melhor! Eis a solução?. *Carta Capital*. Justificando, 2015. Disponível

em:<<http://justificando.cartacapital.com.br/2015/07/02/adolescentes-medicalizar-mais-conter-melhor-eis-a-solucao/>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

BORDIN, Isabel AS; OFFORD, David R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 12-15, Dec. 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de outubro de 2017.

BRASIL. Código Criminal do Imperio do Brazil. 16 de dezembro de 1830. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm>. Acessado em 20 de julho de 2017.

BRASIL. Decreto nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17943-a-12-outubro-1927-501820-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>> . Acesso em: 20 de julho de 2017.

BRASIL. Decreto-Lei nº 6.026, de 24 de novembro de 1943. Dispõe sobre as medidas aplicáveis aos menores de 18 anos pela prática de fatos considerados infrações penais e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-6026-24-novembro-1943-416164-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 20 de julho de 2017.

BRASIL. Lei nº 4.513, de 1º de dezembro de 1964. Autoriza o Poder Executivo a criar a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, a ela incorporando o patrimônio e as atribuições do Serviço de Assistência a Menores, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4513.htm>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

BRASIL. Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Institui o Código de Menores. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6697-10-outubro-1979-365840-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federal do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil / Secretaria-Geral da Presidência da República e Secretaria Nacional de Juventude. – Brasília: Presidência da República, 2015.

BUDÓ, Marília. Mídias e Discursos do Poder: A Legitimação Discursiva do processo de encarceramento da juventude pobre no Brasil. 2013. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. Tradução Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

CAPONI, Sandra. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.741-763, Sept. 2014.p.744.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312014000300741&lng=en&nrm=is>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

CASTRO, Edgardo. Vocabulário de Foucault – um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Trad. Ingrid Muller Xavier; Rev. téc. Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

Conselho Federal de Psicologia e Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal da OAB. Direitos Humanos – um retrato das unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei. Inspeção Nacional às unidades de internação de adolescentes em conflito com a lei, 2006.

COSTA, Ana Paula Motta. Os adolescentes e seus direitos fundamentais: da invisibilidade à indiferença. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora. 2012.

CUNNINGHAM, Hugh. Children and childhood in western society since 1500. London : LONGMAN, 1995.

DELGADO, Pedro Gabriel. A reforma em Saúde Mental e os desafios na interface com a Justiça. Proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes em situações de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de Justiça. In: Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011.

DEL OLMO, Rosa. *A face oculta da droga*. Trad. de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan,1990.

DINIZ, Margareth. Os equívocos da infância medicalizada. In: Formação De Profissionais e a Criança-Sujeito, 7., 2008, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100056&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

DONZELOT, Jaques. A polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 de setembro de 2017.

DUNKER, Cristian Ingo Lenz. Crítica da Razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. In: Fuad Kyrillos Neto; Roberto Calazans. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. 1ed. Barbacena: EdUEMG, 2012.

ESPOSITO, Roberto. *Bios: biopolítica e filosofia*. Lisboa: Edições 70, 2010.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 1. ed. Tradução de Roberto Machado, Rio de Janeiro: Forense Universitária, v. 1977, 1963.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder: organização e tradução de Roberto Machado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e JA Guilhon Albuquerque*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais: curso dado no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 26. ed. Tradução de Raquel Ramalhe. Petrópolis: Vozes, 2002.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Ditos & escritos V: ética, sexualidade, política*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel. *Segurança, Território e População: Curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Crise da medicina ou crise da antimedicina*. Verve, São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. *A Sociedade Punitiva: curso no Collège de France (1972-1973)*. Tradução Ivone C. Benedetti. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2015.

FRANÇA, Fábio Gomes de. A gênese do individuo perigoso: A crítica filosófica Foucaultiana às escolas clássica e positivista de criminologia. *Sistema Penal & Violência*, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p.152-162, jul. – dez. 2014

FRANÇA, Leandro Ayres. A genealogia da tanatopolítica, suas maquetes contemporâneas e os reflexos jurídicos no horizonte biopolítico desenvolvido pela medicina moderna. 2013. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FRASSETO, Flávio Américo. Fronteiras psi-jurídicas dos casos de interdição em andamento em São Paulo e a questão da Unidade Experimental de Saúde. In: Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011

FORTES, Lore. Clínica da Saúde e biopolítica. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de; VEIGA-NETO, Alfredo. SOUZA FILHO, Alípio de (Orgs.). *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 200.

GARCÍA MÉNDEZ, Emilio. Infância, lei e democracia: uma questão de justiça. *Rev. Bras. Adolescência e conflitualidade*, 2013 (08): 1-22.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003

GORI, R.; DEL VOGO, M-J. *La Santé Totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denoel, 2005.

GUARIDO, Renata Laretti. “O que não tem remédio, remediado está”: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUERRA, A. M. C.. Adolescência e infração: classificar é simples, complexo é operar com as classificações.... In: Fuad Kyrillos Neto; Roberto Calazans. (Org.). *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs*. 1ed.Barbacena: EdUEMG, 2012.

JOIA, J. A interface psi-jurídica: estudo de internações de adolescentes por determinação judicial no Hospital Psiquiátrico Pinel. [Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica]. CEPE/PUC/SP; 2006.

KOLKER, T. . A atuação dos psicólogos no sistema penal. In: Gonçalves, H.S.; Brandão, E.P.. (Org.). *Psicologia Jurídica no Brasil*. 3ªed.Rio de Janeiro: Nau Editora, 2011, v. 1, p. 199-252.

KOLKER, Tania. A função social da periculosidade hoje e as novas funções do manicômio judiciário. In: Políticas de saúde mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, 2011.

LEONARDIS, O. Estatuto y figuras de la peligrosidad social. Entre psiquiatria reformada y sistema penal: notas sociológicas. *Revista de Ciencias Penales*. n. 4, Montevideo, p. 429-449, 1998.

LONGO, Isis S. Da legislação menorista ao ECA: mudanças e permanências nos discursos e imaginário sobre a conduta infanto-juvenil. Anais do Seminário Educação 2009. 17ª edição. Políticas educacionais: cenários e projetos sociais. Disponível em: <<http://www.ie.ufmt.br/semiedu2009/gts/gt8/ComunicacaoOral/ISIS%20SOUSA%20LONGO.pdf>>. Acesso em 20 de julho de 2017.

LUGON, Ricardo. A patologização da intervenção socioeducativa: a medicalização. In: COSTA, Ana Paula Motta; EILBERG, Daniela Dora. (Org.). *Justiça Juvenil na Contemporaneidade*. Porto Alegre: DM, 2015.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogério; MURICY, Kátia. *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança*. 1989. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-10.pdf>>. Acesso em: 23 de julho de 2017.

PAULA, Liana de. *Justiça Juvenil*. In: LIMA, Renato Sérgio de; RATTON, José Luiz; AZEVEDO, Rodrigo Ghiringelli de (Orgs.). *Crime, polícia e Justiça no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2014.

RAUTER, Cristina. *Criminologia e Subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

REVEL, Judith. *Michel Foucault: Conceitos essenciais*. Tradução Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez, Carlos Piovensani. São Paulo: Claraluz, 2005.

RIZZINI, Irene. *A criança no Brasil hoje: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Ursula, 1993.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil: Percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

RIZZINI, Irene. A infância perigosa (ou “em perigo de o ser...”): Idéias e práticas correntes no Brasil na passagem do século XIX para o XX. IIº Encontro Franco-Brasileiro de Psicanálise e Direito: “Jovem em perigo, jovem perigoso: a questão do ato e da responsabilidade”. Paris, 24, 25 e 26 de outubro de 2005.

RIZZINI, Irene. O século Perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2008.

RIZZINI, Irma; GONDRA, José Gonçalves. Higiene, tipologia da infância e institucionalização da criança pobre no Brasil (1875-1899). Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro, v. 19, n. 58, p. 561-584, Sept. 2014.

ROSA, Miriam Debieux e VICENTIN, Maria Cristina. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. Psicologia Política. vol.10, n.19, 2010.

SARAIVA, João Batista Costa. Compêndio de direito penal juvenil. 3 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. Scientle Studia, São Paulo. v.9, n. 1, p. 11-27, 2011.

SAFATLE, Vladimir. O Poder do Psiquiatra. Revista Cult. Edição 184. 2013.

SAFATLE, Vladimir. O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. 2. ed. rev. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho; MARASCHIN, Cleci; SILVA, Rosane Neves da. Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 342-352, Feb. 2008.

SCISLESKI, Andrea. Governando Vidas Matáveis: As Relações Entre a Saúde e a Justiça Dirigidas a Jovens em Conflito com a Lei. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Tese de Doutorado, 2010.

SILVA, Claudia Ciribelli Rodrigues. O uso de droga no dsm: uma revisão histórica. Revista Clínica e Cultura, v. 1, p. 47-67, 2012.

SOARES, Ricardo Henrique et al . Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 21, n. 60, p. 123-131, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000100123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de outubro de 2017.

VICENTIN, M. C. G., GRAMKOW, G., & MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. BIS, Boletim do Instituto de Saúde, 12(3), 2010.

VICENTIN, M. C. G. Os “intratáveis”: a patologização dos jovens em situação de vulnerabilidade. IN: Medicalização de crianças e adolescentes. Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. (orgs) Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010.

VICENTIN, M. C.; ROSA, M. D. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 107-124, jan. 2010.

VERONESE, Josiane Rose Petry. Sistema de justiça da infância e da juventude: construindo a cidadania e não a punição. *Sequência*, ano XXIV, n. 50, jul. 2005, p. 103-120.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. *Em Busca das Penas Perdidas: a perda da legitimidade do Sistema Penal*: Tradução Vania Romano Pedrosa, Amir Lopez da Conceição. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. Mulheres em cumprimento de medida de segurança: silêncio e invisibilidade nos manicômios judiciais Brasileiros. In: CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. (Orgs.). *Sufrimento e clausura no Brasil contemporâneo: estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança*. 1. ed. Florianópolis, SC: Empório do Direito, 2017.



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pró-Reitoria de Graduação
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar
Porto Alegre - RS - Brasil
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564
E-mail: prograd@pucrs.br
Site: www.pucrs.br