

Físico e Moral: a concepção orgânica e o cérebro imaturo na explicação biomédica da adolescência

Physical and Moral: The organic conception and the immature brain in the biomedical explanation of the adolescence

Régia Oliveira*

Universidade Federal de São Paulo, Brasil
rcolira@yahoo.com.br

Cynthia Andersen Sarti**

Universidade Federal de São Paulo, Brasil
csarti@uol.com.br

Resumo

O texto ora apresentado busca refletir sobre a hegemonia da biomedicina na compreensão contemporânea da adolescência, discutindo, mais precisamente, a centralidade do cérebro nas considerações biomédicas a respeito das questões comportamentais consideradas normais na adolescência. Essa discussão resultou de pesquisa de Pós-doutorado cujo objetivo foi investigar a relação entre a concepção de adolescência e o conhecimento biomédico sobre o corpo do e da adolescente e as práticas de saúde a eles associadas. Com abordagem qualitativa, a pesquisa foi realizada em um centro de atendimento e de formação especializada em adolescência em uma universidade pública, utilizando técnicas de observação das práticas de saúde e de entrevistas com os profissionais, com formação e atuação referenciadas pela biomedicina, envolvidos no atendimento.

Palavras-chave: Adolescência; Biomedicina; Fisicalismo; Cérebro; Moralidade.

Abstract

The text now being presented try to reflect the hegemony of biomedicine in the contemporary comprehension of the adolescence, with a more precise discussion on the centrality of the brain in the biomedical considerations of behavior ist issues regarded as normal in the adolescence. This discussion is a result from a post-doctorate research performed with the aim to investigate the relationship between the conception of adolescence and the biomedical knowledge over the body, the adolescent and health practices associated to them. With a qualitative approaching, the research was performed in a service and formation center specialized in the adolescence at a public university, by the use of observation techniques of practices of the health and interviews with the professionals, who have university degree and actuation acknowledged by the biomedicine and are involved in the attendance.

Key words: Adolescence; Biomedicine; Physicalism; Brain; Morality.

*Pós doutora em Ciências Sociais e em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Doutora em Sociologia (2006) pela Universidade de São Paulo – USP. Líder do grupo de Pesquisa (CNPq) Juventude e Sociedade (2020). Tem experiência na área de Sociologia e Antropologia, com ênfase em Teoria Sociológica; Sociologia da Juventude; Sociologia do Trabalho; Sociologia e Antropologia do Corpo. Atua, principalmente, nos seguintes temas: juventude, adolescência, corpo/emoção; corpo, saúde e doença. Docente, desde 2011, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, EACH/USP, atuando na graduação e no Programa de Pós graduação em Estudos Culturais.

** Professora Titular (*Full Professor*) de Antropologia na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora Livre Docente pela Escola Paulista de Medicina da Unifesp (2003) e Doutora em Antropologia pela Universidade de São Paulo (1994). Desde 1994 é professora na Unifesp e atualmente Diretora da Editora Unifesp. Suas áreas de interesse, em torno das quais giram suas publicações, são: memória, exílio, sofrimento, dor e violência; corpo, doença e saúde; moralidades; família e gênero. Publicou “A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres”, pela Cortez, 2011, em 7ª edição.

Físico e Moral: a concepção orgânica e o cérebro imaturo na explicação biomédica da adolescência

Apresentação

Estudos recentes sobre os ciclos da vida têm apontado para um embaralhamento de fronteiras entre as *fases*, havendo referência a gerações “sanduiches” (Pais, 2009), como a constituída por jovens adultos, ou os hibridismos de *fases* (Oliveira, 2008) na percepção de si. Aliados à valorização de marcadores tradicionais de passagem, como a entrada no mercado de trabalho, o casamento, a chegada do filho, diferentes e imprevisíveis articulações entre esses eventos e variadas manipulações de si, como cirurgias plásticas e “consumos culturais”, trazem o descolamento do indivíduo em relação “à idade induzida por efeito desses marcadores” (Pais, 2009).

Isso se faz em meio à complexidade das transformações nos processos de transição entre as *fases* da vida nas sociedades ocidentais, que trazem a necessidade de revisão dos parâmetros e componentes que tradicionalmente fazem referência a cada uma, dentre as quais, estão as noções de juventude (Pais, 2009; Pimenta, 2017), a adolescência (Oliveira, 2015; Pimenta, 2017), a vida adulta (Pimenta, 2017), a velhice e as novas definições que a acompanham e que também revelam contornos pouco precisos (Debert, 2010; Barbieri, 2014). No caso do conceito de juventude, a própria noção de *fase* da vida tem sido questionada em sua validade para dar conta dos complexos processos de transição para a vida adulta e seu adiamento (Pais, 2009), apontando para sua imprecisão quando definido pela extensão de seus limites etários. Diferente da adolescência, a juventude passa a ser vista como um valor (Debert, 2010; Pimenta, 2017), ultrapassando os recortes etários e os próprios sentidos de vivência e transição das *fases* da vida.

Ainda que social e historicamente construídos, esses termos, adolescência e juventude, aparecem frequentemente indiferenciados. A juventude aparece como categoria social de análise, podendo estar a adolescência aí inscrita. Todavia, estudos revelam que juventude e adolescência têm demarcado sentidos

diferentes entre os indivíduos, não aparecendo como sinônimos, ainda que ambas possuam características comuns (Pimenta, 2017). Pesquisas mostram que a saída da adolescência e a transição para a vida adulta é mais claramente demarcada (Pais, 2009; Pimenta, 2017), estando relacionada à percepção dos indivíduos da conquista de responsabilidade, pelo trabalho ou mesmo pela maternidade e paternidade, segundo um processo de assimilação e construção das novas identidades, não imediato à chegada do filho (Oliveira, 2008).

Segundo Ariès (1978), a adolescência é um fenômeno recente, que tem origem na idade moderna ocidental, enquanto para Calligaris (2009), trata-se de uma “produção de nossa cultura”. Evidencia-se que se trata de uma construção social e histórica, pensada e vivida de maneira distinta dependendo do contexto. Numa mesma sociedade, “adolescência” guarda sentidos e vivências alicerçadas a diferentes marcadores sociais que situam os indivíduos, tais como gênero, raça/etnia, classe, religião, dentre outras, resultando em distinções significativas no modo de compreender e viver a imprecisa *fase* ou condição de adolescente (Bourdieu, 1983).

A adolescência diferencia-se, ainda, da noção de puberdade. Nas sociedades ocidentais, o termo puberdade diz respeito a uma construção biomédica (Rohden, 2001), que define as modificações corporais que afetam, de modo diferente, jovens do sexo masculino e do sexo feminino, referindo-se a um fenômeno de ordem biológica, uma fase de “amadurecimento dos órgãos sexuais”. Neste período, as transformações do corpo se tornam mais evidentes, assim como as diferenças entre os sexos. Assim, a puberdade, ainda segundo Rohden (2001), constitui-se em um momento crucial para a normatização médica das diferenças entre os sexos.

Hegemônico, o saber biomédico sobre o corpo e suas transformações constitui “a própria representação oficial do corpo humano, hoje” (Le Breton, 2011), informando a sociedade em geral e

ganhando valor normativo frente aos mais variados problemas e questões “da vida individual e coletiva, que serão definidos e avaliados em termos de saúde” (Adam e Herzlich, 2001).¹ Avaliar os problemas em termos de saúde biomédica implica, assim, explica-los e localizá-los no corpo biológico e, dada a tendência à especialização da biomedicina, em partes específicas do organismo. O cérebro humano é um *locus* privilegiado dessas localizações quando se trata de questões comportamentais.

O presente texto tem, assim, o propósito de refletir sobre as implicações da hegemonia da biomedicina na compreensão contemporânea da adolescência e suas transformações, por meio da discussão sobre a centralidade do cérebro nas considerações médicas e biomédicas sobre questões comportamentais consideradas normais na adolescência.

A presente pesquisa tomou o recorte etário biomédico que define a adolescência como objeto de investigação e delimitação da pesquisa empírica, buscando entender a lógica social de sua construção por meio do discurso de seus agentes, os profissionais de saúde. Nessa lógica, não apenas a concepção objetiva e fiscalista do corpo adolescente se destaca, mas sobretudo a hierarquização entre corpo e sujeito, com as transformações físicas sobrepondo-se aos aspectos psicológicos e sociais considerados. São partes específicas do cérebro, na sua fisicalidade, que explicam e justificam comportamentos considerados “próprios da adolescência”.

Nesse imaginário médico, a condição supostamente passageira de se “estar adolescente”, fase da vida, adquire contornos ontológicos, transformando-se no “ser adolescente”, fazendo com que a busca de compreensão desse período, considerado “de turbulência”, vise seu controle, já que só será “vencido” e apaziguado com o pleno desenvolvimento do cérebro.

A pesquisa

A discussão dessas questões parte de uma pesquisa de Pós doutorado, cujo objetivo era apreender a relação estabelecida pela biomedicina entre corpo, gênero e adolescência, tanto na construção social do corpo adolescente quanto da própria percepção de “adolescência”. A investigação foi desenvolvida em um espaço de saúde, que se dedica não apenas à atenção, mas também à formação, por meio de cursos de especialização em adolescência, no interior de uma universidade pública. Enfocou os profissionais de

¹ Para a discussão da biomedicina, como a referência cultural que informa as concepções de corpo e doença e as práticas de saúde no mundo ocidental contemporâneo, ver também Camargo Jr. (2003).

saúde cuja atuação está orientada pela biomedicina.

Tendo em vista o caráter interpretativo das questões colocadas nesse trabalho investigativo, utilizou-se a metodologia qualitativa. Como técnicas de pesquisa foram utilizadas: 1) observações sistemáticas tanto de aulas para alunos do curso de especialização em adolescência, como das discussões de casos clínicos; 2) entrevistas semi estruturadas (Queiroz, 1991) com 17 profissionais de saúde que atuavam no local. Dentre os entrevistados, oito são professores que ministram aulas no curso de especialização e nove eram alunos, “especializando-se em adolescência” à época da realização da pesquisa. Três eram homens e 14 mulheres, com idades que variaram entre 23 e 69 anos. Dividiam-se entre as seguintes profissões: seis nutricionistas, quatro médicos, duas psicólogas, uma fonoaudióloga, duas dentistas e dois professores de educação física. As entrevistas foram realizadas após as observações das aulas de especialização em adolescência. No tocante aos assuntos abordados nessas aulas, pelos distintos profissionais (médicos, nutricionistas, psicólogos, dentistas) podem ser destacados: introdução à temática adolescência; história da adolescência; métodos contraceptivos; doenças sexualmente transmissíveis; aprendizagem escolar; gravidez na adolescência; sexualidade em crianças e adolescentes; cirurgia estética nos adolescentes; aspectos nutricionais na adolescência; saúde bucal do adolescente. Professores externos também foram convidados a dar palestras sobre temas diversos que relacionaram adolescência e saúde.

A partir dessa investigação, como resultado de seus procedimentos, evidenciou-se a percepção biomédica do adolescente como um indivíduo mais complexo que o adulto e a criança e mais difícil em termos de criação de vínculo com o profissional de saúde. Destacaram-se entre os dados, a referência a uma noção de normalidade *a priori* na construção biomédica da adolescência e a existência, nos discursos biomédicos, de argumentos fiscalistas e normatizadores sobre corpo adolescente e adolescência, acrescidos de considerações morais referentes às diferenças entre os sexos, as quais pontuam, principalmente, os assuntos referentes à sexualidade e sua relação com a gravidez na adolescência. Nessa perspectiva, a gravidez na adolescência aparece, por definição, como um problema, onde são destacados “déficits sociais”, de diferentes ordens, havendo, como dado recorrente, a preocupação com sua “reincidência”, ou seja, com a segunda gravidez nesse período. Em todos os casos, foi ressaltada a importância da mãe dos adolescentes no percurso do atendimento biomédico, vista tanto

como ponto de apoio quanto de suporte à construção da relação médico/ adolescente (Oliveira, 2015).

Corpo, adolescência e biomedicina

A associação entre corpo e indivíduo e, assim, a ideia de um corpo individual é resultado de um processo histórico e cultural e, com ele, de uma construção da ideia de pessoa nas sociedades ocidentais, tal qual a concebemos hoje, uma substância racional e indivisível (Mauss, 1974 [1938]). Longe de se constituir como algo dado, o corpo individual resulta de uma construção. Assim como se entende o corpo como algo que se constitui pelo significado que a coletividade lhe atribui, portanto, como realidade simbólica circunscrita (Mauss, 1974 [1935] as “etapas” da vida, entre elas a “adolescência”, são aqui pensadas como vividas, imaginadas e reproduzidas de diferentes modos, segundo o contexto sociocultural em que o indivíduo se insere. O corpo, reforça Le Breton (2006): “...é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída (...) antes de qualquer coisa, a existência é corporal”(p.7). É por meio do corpo que as relações com os outros, consigo mesmo e com o mundo são tecidas, desenvolve o autor. É assim, como linguagem, adquirida por meio da cultura, que o corpo é aqui entendido; inexistente, portanto, fora do registro simbólico que lhe dá sentido e das regras do universo social que o circunscreve (Sarti, 2001).

Alvo de diferentes discursos e representações, por vezes antagônicos, segundo os modelos de interpretação que os informam, o corpo, em nossa sociedade, tem no modelo ontológico da biomedicina sua referência hegemônica (Sarti, 2010; Le Breton, 2011). Diferente do modelo relacional, que é centrado no homem doente e em sua história, o modelo ontológico, “de natureza mais frequentemente física”, comanda sistemas de representações centrados na doença e em sua localização no corpo. No modelo ontológico, há uma interpretação geográfica da doença, seu isolamento e a busca pela sua causa (Laplantine, 2001).

Esse modelo organicista, centrado na biologia do corpo, supondo-o como uma realidade objetiva passível de observação experimental, domina o discurso e a prática médica contemporânea. Como destaca Le Breton (2011), “falar do corpo nas sociedades ocidentais hoje é suscitar a evocação do saber anatomofisiológico sobre o qual se apoia a medicina moderna ” (p 128). E ainda que seja “um saber esotérico”, uma vez que provém da cultura erudita, sendo “muito pouco partilhado pelos contemporâneos”, é legitimado no campo da ciência que informa o conhecimento na sociedade ocidental.

A biomedicina² traz, assim, o saber “oficial” sobre o corpo, suas transformações e os males que o afetam, apoiando-se numa racionalidade que se dirige “à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral ...” (Camargo Jr, 2003: 107).

Em sua obra “O normal e o patológico”, Canguilhem (2006) discute a construção médica *a priori* da ideia de normalidade, argumentando que a relação entre o normal e o patológico é social e histórica, e seus significados são definidos, em dado tempo e lugar, pela experiência da doença no doente. Para o autor, é a experiência do doente, portanto, que informa o médico sobre a doença e o estado de saúde e não um padrão de normalidade previa e objetivamente definido. Assim, o doente e a própria doença constituem-se como tal numa determinada sociedade, no tempo e lugar nos quais se inscrevem (Sarti, 2001). Diferentemente dessa percepção, nas ciências biológicas, como base na noção da doença como uma realidade objetiva, observável, sem descontinuidades, busca-se a localização da doença no corpo biológico. É nesse registro que também o corpo adolescente e a adolescência são tomados pela biomedicina.

No campo biomédico, a demarcação da adolescência como uma das *fases* da vida está apoiada numa perspectiva diacrônica, linear. Nesta perspectiva, há a compreensão de um ordenamento linear de etapas da vida, no processo de desenvolvimento do indivíduo que vai do nascimento, passando pela infância, adolescência e vida adulta, até o envelhecimento. Foi possível perceber, todavia, na pesquisa realizada, a existência de um esforço de alguns dos profissionais de considerar também o contexto social e cultural do indivíduo, na compreensão da adolescência, entendendo-a como um fenômeno de vivência diversa, segundo o contexto em que o indivíduo se encontra. Essa preocupação, no entanto, atrelou-se a considerações fiscalistas sobre o comportamento adolescente, nos diferentes contextos sociais, como se verá adiante.

Na visão biomédica da adolescência, determinadas descontinuidades estão previstas ao processo de desenvolvimento em direção à vida adulta. Essas são definidas segundo um conjunto de sinais e sintomas comportamentais, associados a esse período da vida. Essa consideração implica a “normatização” da adolescência pela biomedicina,

² A biomedicina diz respeito às áreas da saúde que se baseiam no conhecimento produzido pelos saberes biológicos (Sarti, 2010). Como destaca Camargo Júnior (2003), a escolha desta denominação - biomedicina- permite refletir mais adequadamente “a vinculação desta racionalidade com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia” (p. 101).

mas isto é feito por intermédio de outras instituições que dizem sobre o/a adolescente: a família e a escola.³ Como consequência, tem-se a homogeneização da noção de adolescência, dada por um conjunto de elementos comportamentais que a enquadram em um dever ser, ao mesmo tempo em que definem as considerações sobre riscos, as possibilidades de desvios e de intervenções.——

Representações negativas sobre a adolescência são informadas pela ideia de risco e vulnerabilidade, noções referenciais na área da saúde. No campo biomédico, “o risco generalizado (especialmente, o risco de gravidez ‘precoce’, de contrair Aids, de entrar na marginalidade, de usar drogas e de não ser inserido no mercado de trabalho) tem definido e circunscrito negativamente essa *fase da vida*” (Oliveira, 2011: 47) cuja explicação, orgânica, em uma parte específica do cérebro adolescente ganha importante espaço.

O “incrível” cérebro adolescente: imaturo

Em artigo sobre o movimento da neurodiversidade, Ortega (2008) ressalta a necessidade de compreensão do mesmo por meio do contexto da *cultura somática* ou da *biossociabilidade* que o inscreve. Conforme argumenta, na biossociabilidade, “forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesses privados...” (Ortega, 2008: 7), a vida psíquica passa a ser descrita por meio de predicados corporais. Todo um vocabulário fiscalista-reducionista é utilizado na descrição de crenças, sentimentos, desejos, volições”. Nessa perspectiva, “os atos psicológicos têm sua origem em causas físicas e as aspirações morais do indivíduo são medidas segundo performances corporais”. O físico torna-se o próprio “signo cardinal do *self*”. Individualidade e subjetividade são descritas em termos corporais. Nessa redução do eu a uma “bioidentidade somática”, o cérebro toma lugar central. Explicações de “praticamente todos os aspectos da vida” são dadas pelo funcionamento do cérebro.

Esse contexto marcado pelo fortalecimento do cientificismo e da suposta objetividade que o acompanha orienta a prática biomédica também na compreensão da adolescência, o que se evidencia nos serviços de saúde pesquisado.

Matéria da capa da revista *Scientific American*, de junho de 2015 – “O espantoso cérebro adolescente” – abre chamada para o artigo “O incrível cérebro adolescente”, do psiquiatra infantil e de adolescentes, Jay N. Giedd (2015), da Universidade da Califórnia, em San Diego. Na matéria, são destacadas

³ Os adolescentes são encaminhados aos serviços de saúde pela escola, ou levados pela família, geralmente a mãe, para as consultas, no espaço de atenção à adolescência.

descobertas de neurocientistas, consideradas inovadoras, por desmentirem noções mais antigas desse campo de que o cérebro adolescente seria uma versão imperfeita ou mal-acabada do cérebro adulto, também responsável por comportamentos violentos e arriscados de adolescentes. Nem adulto, nem criança, o cérebro adolescente, revela o texto, foi “moldado pela evolução para funcionar” de modo diferente daqueles. A diferença refere-se à plasticidade do cérebro adolescente, afirma, capaz de se transformar de acordo com o meio. Para o autor e pesquisador Giedd, essa plasticidade configura-se como “uma faca de dois gumes”. Por um lado, avalia, essa adaptabilidade permite grandes progressos “no modo de pensar e se socializar”. Mas o que chama de “cenário mutante”, o cérebro dos adolescentes, também “os expõe a comportamentos perigosos e a graves transtornos mentais”, ressalta o autor (Giedd, 2015: 30).

Os comportamentos considerados mais arriscados nesse período da vida seriam resultado de “disparidades na maturação de redes do sistema límbico”. Localizado na parte mediana do cérebro, esse sistema é considerado responsável por estimular as emoções, sendo potencializado na puberdade. Ao mesmo tempo, nesse período, o córtex pré-frontal, a região do cérebro considerada a responsável pela capacidade de julgamento e pelo controle dos impulsos, apresenta-se imaturo. Conforme destacada o autor, “agora sabemos que o córtex pré-frontal muda acentuadamente até bem além dos 20 anos”. Assim, avalia, “a puberdade parece estar começando mais cedo, prolongando os ‘anos de descompasso’, biológico e social, este, referente aos comportamentos considerados arriscados, nesse período da vida.

Giedd (2015) destaca que a descoberta desses aspectos permite que todos, em especial, “pais, professores, conselheiros e os próprios jovens”, compreendam melhor “que comportamentos como correr riscos, buscar sensações, e se afastar dos pais na direção de seus pares não são sinais de problemas cognitivos ou emocionais. Eles são um resultado natural do desenvolvimento do cérebro, fase normal do processo de aprendizagem do adolescente de como lidar com o mundo complexo” (p.30).

Nessa percepção do processo de aprendizagem adolescente, ainda que o mesmo possa pressupor, em alguma medida, a dimensão social que a integra, por envolver precisamente uma aprendizagem, esta entendida por meio da participação de sujeitos mais diretamente responsáveis pelo adolescente, “pais, professores, conselheiros”, os comportamentos de risco considerados “próprios” dessa *fase da vida* e do processo de aprendizagem dos adolescentes são

pensados em termos de uma causalidade biológica, mais precisamente, neurofisiológica.

A pesquisa realizada revela esse aspecto. Segundo os profissionais de saúde, sujeitos dessa pesquisa, os comportamentos esperados na adolescência são resultado de transformações orgânicas, *com destaque para a área frontal do cérebro, que está se modificando muito*, ressalta uma médica e professora do curso de “especialização em adolescência”, em apresentação proferida em simpósio sobre adolescência, organizado pelo mesmo programa do curso.

Outro médico que também participa das aulas desse curso traz a seguinte ideia em uma das aulas sobre gravidez na adolescência, que estava sendo ministrada por uma médica pediatra:

“Há três angústias do ponto de vista biológico, destaca o médico: circunstancial, existencial e de projetos de vida. O que falta para essas meninas [que engravidam] é alguém discutir com elas planejamento. É preciso perguntar para elas ‘o que você quer fazer da vida?’ Quando chegamos na adolescência, dentro do sistema nervoso central, muitas coisas acontecem. Ela começa a fazer abstração, introspecção e reflexão. Como estimular essas propriedades é perguntando e não afirmando. Essas perguntas estão ligadas à angústia e a projetos de vida. Esse trabalho não é feito na adolescência”.

Nessas considerações que buscam entender a gravidez, no sentido de evitá-la, nesse período da vida, o enfoque é dado ao cérebro, ao sistema nervoso central, responsável, segundo o médico, pelos aspectos mencionados de abstração, introspecção e reflexão, e que remetem à capacidade de julgamento, este pensado, prioritariamente, como resultado de um componente físico/biológico. O médico reforça essa ideia ao afirmar, no início de sua fala:

“(...) a existência de três angústias do ponto de vista biológico: circunstancial, existencial e de projetos de vida”.

Outra médica, pediatra e nutróloga, em uma das aulas, destaca a associação entre sofrimento e adolescência. A médica pondera:

“O adolescer é uma enfermidade? É uma fase tão dolorida da vida, como o parto e a cólica renal, que depois se esquece quando cresce de tão dolorida que foi”.

Em seguida menciona o fato de que, entre os profissionais de saúde que atendem adolescentes, é possível ainda encontrar comentários que associam a adolescência à doença; *a uma doença que tem cura*, e que termina com a entrada na vida adulta.

Nessa compreensão, que ela diz não endossar, mas que ainda pode ser encontrada entre seus colegas de profissão, conforme comenta, a adolescência é pensada como um “mal que passa” e a entrada na vida adulta é tanto a direção para essa passagem, como o “lugar do juízo”, do discernimento, da capacidade de julgamento que a adolescência não possui, uma vez que essa capacidade é possibilitada por uma parte do cérebro que no adolescente está, ainda, “imatura”.

Conquistada na vida adulta, pelo desenvolvimento pleno do cérebro, a maturidade é pensada como capacidade de julgamento, controle e domínio de si. Contemporaneamente, a relação do indivíduo com seu corpo tem sido estabelecida “sob a égide do domínio de si” (Le Breton, 2007). Entre outros aspectos, o domínio de si apoia-se numa orientação para a responsabilização do indivíduo sobre seus próprios atos. Martuccelli (2007) ressalta esse aspecto ao discorrer sobre os novos mecanismos de controle e de dominação social. A responsabilização, avalia o autor, exige uma implicação permanente do indivíduo “em todos os âmbitos da vida social”. O indivíduo deve assim se sentir responsável por aquilo que lhe acontece, “o que traz como corolário que todo fracasso, toda dificuldade, toda trajetória de exclusão, deve ser interiorizada e vivida como uma falta pessoal”(p. 53).⁴ O indivíduo também deve assumir para si todas as consequências de suas ações, até mesmo aquelas mais involuntárias, ressalta o autor. Isso demanda, na compreensão biomédica, uma capacidade de julgamento ainda não definida na adolescência.

Se nessa compreensão, a imaturidade adolescente é fiscalista, localizada nas potencialidades biológicas do cérebro, a maturidade adulta, definida por sua capacidade de julgar, avaliar e evitar riscos, também não foge a esse registro. Em ambos os casos, está pressuposta uma ideia de incompletude e completude, na adolescência e na vida adulta respectivamente, as quais são justificadas pela imaturidade do cérebro, no primeiro caso e, em contrapartida, pela maturidade adulta.

Nesse modelo de compreensão médica, não estão sendo consideradas a complexidade e a diversidade das vivências individuais, nas diferentes fases da vida. Ao mesmo tempo, revela-se uma delimitação linear do processo de desenvolvimento e amadurecimento do cérebro e do indivíduo.

Segundo aponta Giedd (2015), as funções do córtex pré frontal “não estão ausentes em adolescentes; elas só não estão tão boas ainda como ficarão. Como elas não amadurecem totalmente até

⁴ Tradução nossa do texto original: “lo que trae como corolario que todo fracaso, toda dificultad, toda trayectoria de exclusión, deba ser interiorizada y vivida como una falta personal”.

que uma pessoa atinja seus 20 anos mais ou menos, adolescentes podem ter dificuldade em controlar impulsos ou julgar riscos e recompensas” (p.32). Diferente do adulto que, com o cérebro maduro e pronto, não teria tantas dificuldades nesse sentido. Por meio de explicações organicistas, são definidas expectativas e lugares sociais tanto para o ser adolescente como para o ser adulto, ambos pensados de modo homogêneo, independentemente do contexto social e de possíveis ressignificações definidas a partir de experiências singulares na vivência das *fases* da vida.

Nessa perspectiva biomédica, a capacidade de julgamento, ao mesmo tempo em que aparece referida ao orgânico, mais especificamente, ao amadurecimento do cérebro, liga-se à compreensão do indivíduo adulto. Uma noção fisicalista de *maturidade* do cérebro também circunscreve a compreensão sobre o indivíduo adulto em oposição à imaturidade do cérebro e dos adolescentes que “podem ter dificuldades em controlar impulsos ou julgar riscos e recompensas”. Essa visão tem por base uma compreensão fisicalista do desenvolvimento humano e das emoções que o acompanham de modo geral. Segundo uma perspectiva diacrônica e linear do crescimento humano, o indivíduo adulto é tomado como um ser pronto e acabado, portador de um cérebro maduro, com maior capacidade de julgamento e de controle de impulsos e emoções. Nesta concepção, crescer e tornar-se adulto refere-se ao alcance da maturidade do cérebro, este pensado como agente responsável pela maturidade e controle emocional. Ao cérebro, identificado como o centro na concepção fisicalista da vida humana, é atribuída a agência sobre o comportamento humano, tornando-o uma instância moral, responsável por esse comportamento.

As emoções são pensadas, elas mesmas, igualmente nessa perspectiva, num registro biológico, como realidade física e objetiva, independente dos significados e contextos sociais em que se inserem, que as modulam, transformam e continuamente as ressignificam, nas diferentes situações e momentos em que os indivíduos as experimentam. Todavia, como argumenta Le Breton (2009), as emoções e os sentimentos não são dados absolutos nem expressão exclusiva de processos fisiológicos e/ou psicológicos que “emanam da intimidade mais secreta do sujeito”, elas “também são social e culturalmente moldadas”.

Circunscritas à dimensão fisiológica, as emoções na adolescência estão referidas, no campo biomédico, a um descompasso entre duas importantes áreas do cérebro: o córtex pré-frontal, responsável pela inibição ou controle de “ações

impulsivas”, e o sistema límbico, responsável pelo estímulo “das emoções”. Esse sistema, ressalta Giedd (2015), “intensifica seu desenvolvimento no início da puberdade (em geral de 10 a 12 anos) e amadurece nos anos seguintes. Para o autor, é esse descompasso entre essas duas regiões cerebrais, na adolescência, aliado ao fato de que a puberdade “tem começado mais cedo, ativando hormônios quando o córtex pré-frontal está menos maduro”, o que explica o fato de adolescentes serem “mais propensos que crianças ou adultos a comportamentos arriscados”.

Entre os profissionais de saúde entrevistados na presente pesquisa, o adolescente é considerado um indivíduo *complexo* e mais difícil que o adulto e a criança, pelo fato de *fantasiar* mais, *questionar*, *apresentar mudanças comportamentais e de humor* e não saber porque está na consulta, sendo levado, muitas vezes, a contragosto, principalmente pela mãe, que se torna parceira importante no desenvolvimento do vínculo que os profissionais buscam criar com os adolescentes (Oliveira, 2015).

Um vínculo *difícil de ser conseguido*, avaliam os profissionais, também fazendo referência à adolescência como um *período de turbulência que passa*, juntamente com o término daquela. Essa ideia tem como pressuposto uma compreensão de ordenamento das *fases* da vida e a pressuposição de que as “turbulências” existenciais serão superadas com a chegada da vida adulta.

Nesse ordenamento das fases, o cérebro é figura central para o pensamento biomédico, tanto no referente às transformações comportamentais esperadas na adolescência, quanto na explicitação da visão biomédica sobre os mesmos. Em uma das aulas do curso de especialização em adolescência ao discutir sobre as transformações corporais e sociais na adolescência, uma médica pediatra comenta:

“(…) a área *pré-frontal* está se modificando muito o que, do ponto de vista médico, explica as mudanças de comportamento do adolescente”.

Outra profissional, dentista, em sua aula sobre saúde bucal, afirma:

“(…) para o adolescente, o que temos que fazer, ele tem que ser responsável. Se você mostrar, não repetir, porque o cérebro dele está em formação, ele não vai decodificar”.

Nessa fala, destaca a importância do profissional buscar responsabilizar o adolescente pela sua saúde, em especial, por sua higiene bucal. Segundo suas considerações em aula, o adolescente é um indivíduo que não se sente responsável por sua saúde, burlando regras e manipulando os pais. A profissional destaca a importância de *não se olhar apenas a boca mas o paciente inteiro*, relacionando esse olhar à

necessidade de consideração do desenvolvimento do cérebro desses indivíduos, que está imaturo. As mesmas considerações aparecem de modo bastante frequente nas demais aulas, nos diferentes assuntos abordados. Assim, quer seja nas aulas em torno do tema adolescência, quer seja nas discussões de casos clínicos, a questão do desenvolvimento do cérebro adolescente, de sua imaturidade, é sempre trazida nas considerações dos professores, ao mesmo tempo em que a adolescência é tratada como uma fase difícil, onde são destacados aspectos físicos, relativos às transformações corporais da puberdade, segundo o sexo, e aspectos comportamentais, considerados esperados e próprios dessa fase da vida.

Tanto a referência ao desenvolvimento do cérebro imaturo do adolescente, na compreensão dos comportamentos esperados dos jovens, quanto da própria noção de adolescência, pensada como um período difícil, são apresentadas em artigo de Giedd (2015) sobre o “magnífico” cérebro adolescente, assim considerado em razão do “drástico aumento da mutação”, da especialização de seus componentes e da maior capacidade de interconectividade entre diferentes partes do cérebro. O autor destaca o reconhecimento de que a ideia do cérebro mutável durante os anos de adolescência “acaba com a noção de que um jovem é uma ‘causa perdida’. E proporciona otimismo de que intervenções podem mudar o curso de vida de um adolescente” (Giedd, 2015: 33).

Ao menos dois aspectos chamam a atenção nessa observação do autor. Primeiro, a referência à adolescência, pensada na figura do “jovem”, como uma “causa perdida”, supondo-se aí aspectos negativos que, a princípio, a caracterizariam; segundo, o otimismo em relação à possibilidade de intervenções biomédicas que poderiam amenizar essas mesmas características, dentre as quais, as mudanças bruscas de humor, consideradas normais nesse período. Esse otimismo resulta do sucesso na localização objetiva das causas dessas mudanças, que estariam no desenvolvimento de partes específicas do cérebro, considerado ainda imaturo, na adolescência.

Como ressalta Laplantine (2001), o modelo ontológico, de localização da doença, atualiza-se na imensa maioria das práticas biomédicas. Segundo esse modelo, há uma ideia de que não existe etiologia que não possa ser explicada pela anatomia. A crença na etiologia dos comportamentos esperados e difíceis da adolescência, o cérebro imaturo nesse período da vida, responde pelo otimismo biomédico em relação à possibilidade de intervenções que “possam mudar um curso de vida de um adolescente”. Esse curso, quando mais crítico, refere-se a comportamentos perigosos como o envolvimento com drogas, uso de armas de

fogo e “acesso a veículos de alta velocidade, não controlados por uma boa dose de bom senso” (Giedd, 2015: 32). Segundo o autor, durante a adolescência, em razão das mudanças hormonais drásticas na puberdade, ao interagir com o córtex pré-frontal, há promoção de uma “busca por novidades, correr riscos e passar a interagir com seus pares”. Segundo avalia, esses comportamentos que estão “profundamente enraizados na biologia e encontrados em todos os mamíferos sociais, estimulam adolescentes e jovens adolescentes a se separar do conforto e da segurança de suas famílias para explorar novos ambientes e procurar relacionamentos fora da família”.

A explicação para os comportamentos esperados da adolescência está, portanto, na biologia, vista como causa primeira e principal daquilo que pode ser considerado normal ou mesmo doença. Nessa perspectiva, não apenas a dimensão social interage pouco com a biológica como aparece comandada por este. Conforme destaca Giedd (2015), “o ritmo de amadurecimento biológico das substâncias branca e cinzenta no cérebro pode ser ligeiramente influenciado pelo ambiente”, mas “o cronômetro fundamental está sob controle do biológico” (p. 32).

Na pesquisa realizada, essa relação do comportamento adolescente com a biologia também é destacada. Numa das aulas voltadas aos alunos do curso de especialização em medicina do adolescente, a médica ressalta:

Há profundas flutuações de humor na adolescência. Não quero transformar tudo em biológico, mas há esse fator que influencia. Outra médica ressalta: o sujeito apresenta pressão alta, níveis glicêmicos alterados e vai dizer que isso é social, criticando abordagens que fazem essa leitura.

Nas falas dos profissionais de saúde, assim, a dimensão social aparece não apenas agregada ao biológico que a comanda e controla, como bastante secundária na explicação dos comportamentos esperados e *normais* da adolescência. Embora perceptíveis na compreensão da adolescência, as dimensões social e psicológica surgem sempre agregadas, e de modo secundário, ao orgânico, em especial, aos processos de transformações físicas e orgânico-emocionais a ele associados.

No campo do conhecimento biomédico sobre a adolescência, há a percepção de que cabe à biomedicina responder pelo aspecto que a define, o biológico. O “cerebelismo” (Ortega, 2008), na compreensão de praticamente todos os aspectos da vida, faz referência a uma causalidade concreta e objetiva, também dos comportamentos esperados na adolescência e definidos segundo critérios elencados

na “Síndrome da adolescência normal”.

“Síndrome da Adolescência Normal”: sinais e sintomas para a ação biomédica

No campo biomédico, há uma noção de normalidade/anormalidade pressuposta que permeia os discursos e as percepções sobre adolescência. Baseado na concepção de “Síndrome da adolescência normal” (Aberastury e Knobel, 1981), a adolescência é compreendida como um período de profundas transformações biopsicossociais, delas fazendo parte um conjunto de comportamentos, considerados “normais” na adolescência, dentre os quais: “busca de si mesmo, separação progressiva dos pais, tendência grupal, desenvolvimento do pensamento abstrato e necessidade de intelectualizar e de fantasiar, evolução da sexualidade, crises religiosas, vivência temporal singular, atitude social reivindicatória, constantes flutuações de humor, manifestações contraditórias da conduta” (Saito e Leal, 2001: 106). Essas “transformações comportamentais”, nos termos das autoras, nem sempre existentes – e que quando surgem, são da ordem das relações em que os adolescentes estão envolvidos - colocam-se, para as autoras, apoiadas na consideração da “Síndrome da adolescência normal”, como um conjunto de sintomas próprios do desenvolvimento psicológico-emocional dos adolescentes.

A expressão “Síndrome da adolescência normal”, que tem por base a racionalidade biomédica, é utilizada por profissionais da saúde que trabalham com adolescentes. Nela, está claramente pressuposta uma noção *a priori* de normalidade (Canguilhem, 2006) em relação à adolescência. Pré-estabelecida, é apreendida como um dado objetivo, que permite a localização dos “sinais”, das características que supostamente a definem. O adolescente é, nesse registro, portador de um conjunto de “sintomas”. Como destaca uma médica pediatra e nutróloga, ao falar da Síndrome da adolescência normal, em uma das aulas de especialização em adolescência:

Síndrome diz respeito a um conjunto de sinais e de sintomas que identificam uma doença. A adolescência é uma época de profundas mudanças. De sofrimentos intensos. Ele [adolescente] *é um experimentador; está buscando uma identidade adulta. (...) Eles se sentem indestrutíveis. O que é uma agressividade normal e o que é patológico? A síndrome ajuda a entender isso.*

Nesse registro biomédico, a normalidade da fase da vida adolescente, refletida em um conjunto de aspectos comportamentais, está sustentada por condicionantes biológicos, ancorados em argumentos fisicalistas que se constroem com

base nas transformações hormonais próprias da puberdade. Segundo os profissionais de saúde, as transformações orgânicas correspondem a comportamentos esperados na adolescência, que configuram a referência de normalidade. Essa configuração remete, assim, a um ideal, a uma noção de ordem e de desordem pré-fixada. Dentro desse ideal, a adolescência é concebida especialmente pelo viés das chamadas “crises” de diversas ordens, pelos “comportamentos de risco” e pelos “problemas específicos” dessa “fase” da vida.

O adolescente questiona até por uma questão inata dele, diz uma médica em aula no curso de especialização em adolescência. *O adolescente questiona*, ressalta, *e tem o complicador da atitude intempestiva que ele geralmente adota. Adolescente é uma pessoa mais complicada.*

Essa opinião é compartilhada por outro médico nutrólogo, professor do mesmo programa.

Hoje, há uma equipe de atendimento para tratar de um cara complexo, esclarece esse médico entrevistado na pesquisa, ao se referir a um dos adolescentes atendidos no espaço estudado. *Mas só alguns vão apresentar os problemas específicos*, acrescenta, referindo-se também ao fato de, por isso, não concordar com a utilização da expressão “Síndrome da adolescência normal”, no sentido da existência de sinais e sintomas que identificam um padrão previamente considerado. Ao mesmo tempo, reconhece ele, a existência desses sinais, reforça e auxilia o profissional a compreendê-lo. Funcionam como uma referência para pensar o adolescente.

A necessidade de compreensão do adolescente e, especialmente, a demonstração de interesse pelo mesmo, são trazidas por outra médica, que reforça a importância de *buscar entender seu meio*, de mostrar interesse pelo seu universo, *porque, afirma, eu tenho que me interessar pela vida do outro senão ‘não rola’, que nem eles falam*, destacando a necessidade dessa aproximação para a criação de vínculo para o atendimento e para que o mesmo volte às próximas consultas.

A denominação “Síndrome da adolescência normal” não é, assim, um consenso entre os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes. Entre aqueles que não se dizem adeptos dessa denominação, o problema reside no termo “síndrome”, por este estar vinculado à ideia de doença. *A própria adolescência já foi pensada como doença*, destaca outra profissional, que pondera que, embora não explicitamente declarada, alguns profissionais que trabalham com adolescentes, ainda guardam essa associação, especialmente quando declaram que a adolescência passa.

No interior da biomedicina há críticas em relação a essa consideração. Farias (2008), médica pediatra, refere-se ao fato de que os estereótipos criados sobre o comportamento do adolescente, apoiado “nos problemas e nos aspectos paradoxais do comportamento nem sempre correspondem à realidade”. A autora, preocupada com o fato de esse “diagnóstico” impossibilitar a construção de “um diagnóstico diferencial sobre os verdadeiros sinais de patologia”, ressalta que, ao longo da história, “produziu-se uma crença de que a adolescência é, por si só, uma síndrome cujos sintomas se caracterizam como normalidade” (Farias, 2008: 102).

Mas mesmo entre esses, o adolescente é pensado como “vítima” de um conjunto de “sintomas”. Assim colocado, estabelece-se uma referência que gera uma tranquilidade em relação ao comportamento já esperado do adolescente, tornando possível agir, medicalizar, se for o caso, uma vez que se transforma em categoria médica. Com isso, desculpabilizam-se, em grande medida, os pais e educadores por esses comportamentos, uma vez que tais comportamentos fazem parte do adolescer, sendo intrínseco a ele; são, portanto, “problemas de adolescente”. Como desenvolve Sarti (2004: 125), são transferidos para o jovem “essas questões que se transformam em ‘problema de jovem’, próprio de uma suposta etapa da vida, na busca vã de que se estabeleça alguma calma (...)”. Isso tem a ver com o fato de que essas questões ditas juvenis – como questões ligadas à sexualidade, drogas e indagações existenciais – “tocam em pontos difíceis para os pais, em suas próprias vidas”, argumenta a autora.

As compreensões fiscalistas da adolescência e da origem de “seus problemas”, não apenas singularizam estes como “problemas dos jovens adolescentes”, descontextualizando-os, como os circunscrevem ao âmbito do orgânico, mais especificamente, a uma parte dele, o cérebro. Separam-se, assim, corpo e pessoa, indivíduo e sociedade. Essa centralidade do cérebro, na compreensão dos comportamentos ditos normais da adolescência, é mencionada, de modo bastante explícito, por quatro dos oito professores entrevistados, sendo eles três médicos e uma dentista. Em todas essas falas, é destacada a área pré-frontal do cérebro, ainda em desenvolvimento, o que justificaria a menor capacidade de julgamento no cuidado de si, destaca a dentista, e a necessidade de maior vigilância em relação aos riscos também considerados esperados nesse momento da vida. *Adolescente é exagerado*, diz um dos médicos, que comenta sobre essa ser uma fase de “experimentação”, tanto no referente à sexualidade, quanto ao uso de drogas, dois pontos

críticos que sinalizam, para os profissionais, a maior atenção aos riscos e a necessidade de prevenção.

Giedd (2015), em artigo aqui citado, ressalta que a compreensão de que os comportamentos de risco, próprios da adolescência, são consequência da imaturidade de parte importante do cérebro, responsável pela capacidade de julgamento, “também pode ajudar adultos a decidir quando intervir (...). Saber mais sobre o singular cérebro adolescente ajudará a aprender a distinguir comportamentos incomuns, próprios da idade, de outros que podem indicar doença” (p.30). Segundo o autor, essa “consciência poderia ajudar a sociedade a reduzir as taxas de dependência química, doenças sexualmente transmissíveis, acidentes automobilísticos, gravidez indesejada, homicídio, depressão e suicídio” (Giedd, 2015: 30).

Problemas sociais são assim pensados como resultado de uma causa orgânica, como verificado na presente pesquisa, que também acenou para uma compreensão de que essa base tem seu ponto de apoio no cérebro, na região pré-frontal. Essa ideia acompanha, ao mesmo tempo que justifica, representações negativas sobre a adolescência, pensada imatura e irresponsável em diferentes aspectos da vida.

Comentários finais

Como desenvolve Laqueur (2001), a ciência vê com as lentes de sua época e busca resolver problemas de sua época. Contemporaneamente, as questões que se destacam como “problemas da juventude” referem-se, em especial, ao envolvimento dos jovens com drogas, violência, principalmente do jovem agressor, e a gravidez na adolescência.

Essas questões, tidas como problemas sociais da juventude, informam os profissionais de saúde, influenciando a construção de seus discursos sobre o corpo adolescente e “a” adolescência. Nesses discursos, argumentos fiscalistas e normatizadores sobre corpo adolescente e adolescência são acrescidos de considerações morais referentes às diferenças entre os sexos, principalmente nos assuntos relativos à sexualidade e sua relação com a gravidez na adolescência. Nesse quesito, são destacados *déficits sociais*, de diferentes ordens (parar de estudar, não conseguir um trabalho, ter problemas financeiros, ter problemas de autoestima), vistos como relação direta e quase obrigatória da gravidez nesse período. Sobre esse aspecto, há a preocupação entre os profissionais de saúde com a “reincidência” da gravidez na adolescência, como relatam, ou seja, com a segunda gravidez, nesse momento da vida das jovens.

Diferente da gravidez, a *experimentação da sexualidade*, como mencionam, é considerada

legítima pela biomedicina, ainda que o modo de vivê-la revele normatizações, segundo percepções das relações de gênero. Considerada uma das características desse momento da vida dos indivíduos, essa experimentação está associada à moralização da adolescência feminina.

No registro de gênero, em relação aos adolescentes do sexo masculino, a preocupação é com a agressividade. A questão da agressividade e de sua exacerbação nesse período aparece em praticamente todos os discursos dos profissionais de saúde. Essa referência à agressividade e sua relação com o gênero masculino coaduna-se com a atual preocupação da sociedade civil com o aumento da violência urbana, especialmente entre os jovens e adolescentes do sexo masculino.

Aliada à questão da agressividade, a referência às drogas, como um quesito que aponta a saída da normalidade na adolescência, apareceu em várias entrevistas e relatos de observação de campo, entre as diferentes áreas do saber biomédico. Tendo em vista o discurso biomédico, como qualquer discurso, ser informado pelo universo social no qual se inscreve, a questão da agressividade, e mesmo das drogas, referidas pela biomedicina, respondem às preocupações de nossa época. Ao mesmo tempo, ao incorporar a agressividade masculina como uma das características inatas da adolescência, a biomedicina a atribui a si a função de resolver a questão, normatizando-a, definindo seus limites - em normais/patológicos, adequados/inadequados - e prescrevendo sua atuação sobre a mesma, o que implica a intervenção sobre os corpos.

Não só a intervenção, mas a própria compreensão da adolescência e das questões que a acompanham ou que são pensadas como próprias desse período, definem-se segundo um registro organicista. A biologização, ou neurobiologização, é central para explicar as transformações corporais e comportamentais da adolescência, segundo a biomedicina.

Ainda que os profissionais de saúde pesquisados considerem a existência de determinantes sociais que concorrem para explicar a “complexidade” do ser adolescente, esses possuem um lugar subsidiário na explicação do comportamento, definido como próprio dessa etapa da vida. Assim, do ponto de vista médico, o que explica o desencadear e as próprias mudanças de comportamento na adolescência refere-se à dimensão orgânica.

Nessa consideração, mesmo que fatores de ordem social sejam utilizados pelos profissionais de saúde para falarem sobre as transformações na adolescência, as causas atribuídas são

invariavelmente de origem físico/orgânica, em razão do amadurecimento de uma das áreas cerebrais. Nelas estão, assim, as origens de comportamentos categorizados em síndromes diversas e considerados normais na adolescência.

Essas noções fundamentam a percepção da adolescência como idade e período complexo e conturbado, orientando o olhar e as descobertas sobre o cérebro. Este, imaturo na adolescência, faz revelar a imaturidade emocional do indivíduo. A adolescência é então vista de modo homogêneo, tanto no referente a aspectos negativos, que embasam as representações sociais negativas (drogas, gravidez “indesejada” e “inoportuna”, violência), quanto nos aspectos orgânicos, nas transformações hormonais e físicas que caracterizam a puberdade.

Essa visão biomédica homogeneizante sobre a adolescência, informada por representações morais, funda-se em explicações orgânicas, que tem nas transformações do cérebro, “imaturo e magnífico”, do adolescente seu sustentáculo, explicações sobre o corpo que se tornam oficiais e hegemônicas, informando sobre os indivíduos e os males que os afetam.

Referências

- ABERASTURY, A. y KNOBEL, M. (1981) *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ADAM, P. y HERZLICH, C. (2001) *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, SP: EDUSC.
- ARIÈS, P. (1978) *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- BARBIERI, N. A. (2014) *Doença, envelhecimento ativo e fragilidade: discursos e práticas em torno da velhice*. Tese de doutorado. Departamento de Medicina Preventiva. Área de concentração em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP.
- BOURDIEU, P. (1983) “A juventude é apenas uma palavra” em: BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. São Paulo: Marco Zero, pp. 112-121.
- CAMARGO, J. K. R. (2003) *Biomedicina, saber & Ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- CALLIGARIS, C. (2009) *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- CANGUILHEM, G. (2006) *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense editora.
- DEBERT, G. G. A. (2010) “A dissolução da vida adulta e a juventude como valor” *Horizontes Antropológicos*, vol 16, n. 34, p. 49-70.
- FARIAS, M. A. (2008) “Adolescência normal: quando

- diagnosticar?" em: *Adolescência e saúde III*. São Paulo: Secretaria do Estado de São Paulo. p 101-107.
- GIEDD, J.N. (2015) O incrível cérebro adolescente *Scientific American* (Brasil). *O espantoso cérebro adolescente*, n. 158, p. 29-33.
- LAPLANTINE, F. (2001) *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- LAQUEUR, T. (2001) *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: RelumeDumará.
- LE BRETON, D. (2011) *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis, RJ: Vozes
- _____ (2009) *As paixões ordinárias. Antropologia das emoções*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- _____ (2007) *Adeus ao corpo. Antropologia e sociedade*. Campinas, SP: Papirus.
- _____ (2006) *Sociologia do corpo*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MAUSS, M. (1974a) "As técnicas corporais [1935]" em: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP, pp. 211-230.
- _____ (1974b) "Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu' [1938]" en: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP
- MARTUCCELLI, D. (2007) *Cambio de rumbo. La sociedad a escala del individuo*. Santiago: LOM Ediciones.
- OLIVEIRA, RC. (2015) "O adolescente em consulta: percepções biomédicas" *Saúde Soc*. vol 24, n.3, p.964-976.
- _____ (2011) "Trabalho adolescente: a experiência de uma ocupação regular" *Cuadernos de Psicologia Social do trabalho*, vol 14, n.11, p. 43-58
- _____ (2008) "Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho" *Saúde Soc*, vol 17, n.4, p.93-102.
- ORTEGA, F. (2008) "O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade" *Mana*, vol 14, n. 2, p. 477-509.
- PAIS, M. (2009) "A juventude como fase da vida: dos ritos de passagem aos ritos de impasse" *Saúde Soc*, v.18, n.3, p. 371-831.
- PIMENTA, M. M. (2017) *Ser jovem e ser adulto: identidade, representações e trajetórias*. Jundiaí: Paco Editorial.
- QUEIROZ, M. I. P. (1991) *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- ROHDEN, F. (2001) *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- SARTI, C.A. (2010) "Corpo e doença no trânsito de saberes" *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 25, n.74, p. 77-90.
- _____ (2004) "O jovem na família: o outro necessário" em: Novaes, R; Vannuchi, P. (orgs). *Juventude e Sociedade. Trabalho, Educação, Cultura e Participação*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, pp. 115-129.
- _____ (2001) "A dor, o indivíduo e a cultura" *Saúde e Sociedade*, vol.10, n.1, p. 3 -13.
- SAITO, M. I. e LEAL, M. M. (2001) "Síndrome da adolescência normal" em: Saito, M.I. & Silva, L.V (comp.) *Adolescência, prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu. pp. 105-113.

Citado. OLIVERIA, Régia y ANDERSEN SARTI, Cynthia (2020) "Físico e Moral: a concepção orgânica e o cérebro imaturo na explicação biomédica da adolescência" en Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES, N°34. Año 12. Diciembre 2020-Marzo 2021. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 63-74. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/410>

Plazos. Recibido: 17/08/2019. Aceptado: 01/08/2020