



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA COGNITIVA**

RODRIGO LIRA DA SILVA

**PASSADO REMEMORADO E FUTURO IMAGINADO: um estudo sobre trajetórias
de vida juvenis a partir da construção de significados sobre o diagnóstico psiquiátrico**

Recife

2023

RODRIGO LIRA DA SILVA

PASSADO REMEMORADO E FUTURO IMAGINADO: um estudo sobre trajetórias de vida juvenis a partir da construção de significados sobre o diagnóstico psiquiátrico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Cognitiva.

Área de Concentração: Psicologia Cognitiva

Linha de Pesquisa: Cultura e Cognição

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Diniz Pereira de Lyra

Recife

2023

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

S586p Silva, Rodrigo Lira da.
Passado rememorado e futuro imaginado: um estudo sobre trajetórias de vida juvenis a partir da construção de significados sobre o diagnóstico psiquiátrico / Rodrigo Lira da Silva. – 2023.
171 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Maria da Conceição Diniz Pereira de Lyra.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva, Recife, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia cognitiva. 2. Construção de significados. 3. Diagnóstico psiquiátrico. 4. Imaginação. 5. Rememoração. 6. Trajetórias de vida. I. Lyra, Maria da Conceição Diniz Pereira de (Orientadora). II. Título.

153 CDD (22.ed.)

UFPE (CFCH2024-013)

RODRIGO LIRA DA SILVA

PASSADO REMEMORADO E FUTURO IMAGINADO: um estudo sobre trajetórias de vida juvenis a partir da construção de significados sobre o diagnóstico psiquiátrico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Cognitiva.

Área de concentração: Psicologia Cognitiva

Aprovada em: 30/01/2023

BANCA EXAMINADORA

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Profa. Dra. Mirella de Lucena Mota (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Profa. Dra. Tatiana Alves de Melo Valério (Examinadora Externa)
Instituto Federal de Pernambuco

POR VIDEOCONFERÊNCIA

Profa. Dra. Wedna Cristina Marinho Galindo (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A concretização deste estudo só foi possível, porque contei com a colaboração e o apoio de algumas pessoas. Ele é fruto de um trabalho coletivo. E serei eternamente grato a todos e todas que acreditaram na proposta desta dissertação. Dirijo-me, assim, para cada pessoa que contribuiu com minha jornada:

Em primeiro lugar, agradeço ao jovem e a jovem que, gentilmente, aceitaram participar da pesquisa. Espero ter conseguido honrar a confiança que vocês depositaram em mim, gostaria que soubessem que vocês são o coração deste estudo.

Também agradeço a todo o grupo do LabCCom. O companheirismo de todas foi fundamental para trilhar este período de curso. Mariana, César, Vanessa, Kássia e Dinha nos momentos mais precisos vocês estiveram ao meu lado. Poder contar com as contribuições de cada uma, a sua maneira, me deu forças para continuar os estudos. Aproveito ainda para fazer mais uma declaração à Dinha e Kássia, por vocês me verem para além de um colega de curso – o vínculo que criamos tem sido especial.

Sou grato as amigas de curso Catarina e Jacqueline: em momentos preciosos vocês se fizeram presentes e mostraram que existe beleza durante a jornada.

Sou grato também ao apoio de Lívia Campello, Letícia Souto, Cristina Lopes e Natália Tavares. Vocês foram essenciais para a construção do campo da pesquisa ao alicerçarem todo o campo e foram a bússola que me guiou até os jovens.

À banca de qualificação, deixo a minha gratidão. O apoio e os direcionamentos que recebi das professoras avaliadoras, no meio do percurso do curso, foi decisivo para a elaboração do texto final. Agradeço também a banca de defesa por aceitar contribuir com este estudo.

Sou eternamente grato à professora Maninha, a orientadora desta pesquisa. Obrigado por acreditar que minhas ideias tinham valor. Sua altivez iluminou todo o caminho que percorremos.

Agradeço também à Timóteo e as professoras do PPG e, em especial, a professora Marina Pinheiro, porque, junto à Maninha, vocês duas me apresentaram a Psicologia Cultural Semiótica e o Dialogismo e isso, com certeza, transformou meu percurso profissional. Também faço outra menção à Marina por ter me acolhido no estágio docente e ter tido toda a paciência de me mostrar o que é ser uma boa professora.

À Kelly Santos por todas as suas contribuições e companheirismo para além dos estudos. Juntamente com Kevin e Anna de Cássia, nossas conexões tem sido um afago nos

tempos difíceis que todos e todas enfrentamos. Nossa conexão Recife-Maceió-Fortaleza, segue sempre sendo um bom amparo.

Às amigas-irmãs da vida, todo o meu amor. André, Déborah, Emanuele, Hugo, Nane, Renata e Suellen. Vocês são companheiras de todos os momentos, e cada uma tem um lugar especial em mim. O profissional e o sujeito que eu sou, tem uma grande influência com o que aprendi na relação que construímos. Se existir outras vidas, quero encontrar vocês em todas.

Às parceiras amigas-psicólogas: Daniela Leal, Juliana Melo, Manuela Lacet e Roberta Barbosa, nossa parceria tem sido um lugar fértil. Nossas trocas e aprendizados são uma rica fonte para se comprometer com o constante exercício de um fazer autêntico e responsável da nossa profissão.

Às amigas Ana Paula, Danielle Maciel, Maynary Azevedo e Thaís Gomes, vocês são uma fonte inesgotável de admiração. Não imagino mais meu percurso na psicologia distante de vocês.

Também agradeço à Mirella. Há três anos te apresentei o pré-projeto desta dissertação e você me forneceu sólidas contribuições para que eu acreditasse nos meus objetivos.

Por último, e mais importante, agradeço à Miguel com todo o meu ser. Suas provocações e as leituras que você fez da dissertação foram essenciais para refinar meus pensamentos e escrita. As discussões e ampliação de horizonte que fizemos se deu graças ao teu companheirismo – ele tem sido estruturante para alçar novos voos. Sua ousadia é uma grande inspiração.

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo geral investigar como jovens significam seus diagnósticos psiquiátricos nas suas trajetórias de vida. Foi utilizado como fundamento teórico um trânsito entre conceitos da Psicologia Cultural de Dinâmica Semiótica (PCDS) e da Psicologia Dialógica, em referência com a Abordagem da Equifinalidade das Trajetórias (TEA). A construção de significados foi compreendida como um processo bidirecional do sujeito em relação com outros, ou seja, o sujeito externaliza mensagens endereçadas aos outros que as transformam e as devolvem para o próprio sujeito, que também, pode ou não, as transformar ao internalizá-las. É nesta dinâmica que os significados, de forma dialógica, podem ser confrontados ou mantidos, o que permite que novas significações surjam na relação. Foi discutido que significar é um fenômeno relacional em que o sujeito visa construir conhecimento sobre si mesmo em suas bases cognitivas e afetivas, além de que é uma dinâmica que o possibilita de criar suas trajetórias de vida. Torna-se importante analisar os diagnósticos psiquiátricos a partir das construções de significados por eles nomearem experiências complexas de sofrimento, que ressoam no decorrer do curso da vida. Assim, o diagnóstico psiquiátrico é significado através da rememoração do passado e da imaginação de futuro em diálogo com outros, pois as experiências traumáticas transcendem os limites do passado, do presente e do futuro. É na relação dialógica, ao rememorar e imaginar, que os jovens significam seus diagnósticos. Nesse sentido, foram realizadas análises a partir da construção de trajetórias de vida de dois jovens usuários em um hospital-dia. Foram feitas quatro entrevistas longitudinais individuais com cada jovem por um período de dois meses, além da confecção de um *scrapbook* neste mesmo período. As análises foram configuradas em duas etapas: a construção das trajetórias de vida a partir do modelo de equifinalidade das trajetórias (TEM) e análise dialógica. Diante disso, foi discutido que os jovens significam seus diagnósticos a partir de tensões e ambivalências, pois, ao aceitá-los, a sua imaginação de futuro é impactada, mesmo que ela seja tida como um campo de possibilidade diversas. Os jovens significam que seus diagnósticos se imaginam através do sofrimento, vendo-se como sujeitos com poucos processos de mobilidade psíquica.

Palavras-chave: construção de significados; diagnóstico psiquiátrico; imaginação; rememoração; trajetórias de vida.

ABSTRACT

This dissertation aim to investigate how young people signify their psychiatric diagnoses in their life trajectories. As a theoretical basis, a transit between concepts of Cultural Psychology of Semiotic Dynamics (PSD) and Dialogical Psychology in reference to the Trajectory Equifinality Approach (TEA) was used. The construction of meanings was understood as a bidirectional process of subject externalizes messages addressed to others, that is, the subject externalizes messages addressed to others who transform them and return them to the subject himself, who may or may not also transform them by internalizing them. It is in this dynamic that the meanings, in a dialogical way, can be confronted or moved, which allows new meanings to emerge in the relationship. It was discussed that meaning is a relational phenomenon in which the subject aims to building knowledge about himself in his cognitive and affective basis, in addition to be a dynamic that enables him to create his life trajectories. It is important to analyze psychiatric diagnoses from the construction of meanings, as they name complex experiences of suffering, which resonate throughout the course of life. Thus, the psychiatric diagnoses is given meaning through the remembering past and the imagination of the future in dialogue with others, as a traumatic experiences transcend the limits of the past, present and future. It is in the dialogical relationship, when remembering and imagining, that young people give meaning of their diagnoses. In this sense, they were analyzed based on the construction of life trajectories of two young users in a day hospital. Four individual longitudinal interviews were carried out with each young person over a period of two months, in addition to the making of a scrapbook during the same period. The analyzes were configured in two stages: the construction of life trajectories on the Trajectory Equifinality Model (TEM) and dialogic analysis. In view of this, was discussed that young people signify their diagnoses based on tensions and ambivalences, because, by accepting them, their imagination of the future is impacted, even it is seen as a field of different possibilities. Young people mean that their diagnoses are imaged through suffering, seeing themselves as subjects with few processes of psychic mobility.

Keywords: construction of meanings; psychiatric diagnoses; imagination; remembering; life trajectories.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – o triângulo dialógico e o modelo toblerrone.....	71
Figura 2 – exemplificação de trajetórias de vida.....	75
Figura 3 – exemplo de trajetória experimental.....	90
Figura 4 – exemplo de trajetória final a partir do TEM.....	91
Figura 5 – trajetória experimental de kaleb.....	101
Figura 6 – trajetórias de vida do jovem kaleb.....	103
Figura 7 – a relação triádica de Kaleb com a internet.....	111
Figura 8 – recorte do scrapbook de Kaleb.....	125
Figura 9 – recorte do scrapbook de Kaleb.....	131
Figura 10 – trajetória experimental de Frida.....	136
Figura 11 – as trajetórias de vida de Frida no modelo TEM.....	138
Figura 12 – Frida e o feitiço de louca.....	149
Figura 13 – a carta do louco nos Tarôs de Jacquemin Gringonneur c.1392, Visconti-Sforza c.1450, Mantegna c.1465, Mitelli c.1665 e Noblet 1650.....	150
Figura 14 – recorte do scrapbook de Frida.....	154

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – níveis de atenção à saúde e serviços da RAPS.....	29
Quadro 2 – quadro analítico sobre as posições do eu.....	94
Quadro 3 – kaleb e suas dores.....	99
Quadro 4 – avenidas de significados dirigidos de kaleb em relação ao materno.....	105
Quadro 5 – kaleb e as informações advindas do grupo terapêutico.....	109
Quadro 6 – kaleb e a ciência do diagnóstico.....	110
Quadro 7 – kaleb e suas posições frente ao diagnóstico de borderline.....	113
Quadro 8 – kaleb e o borderline como distúrbio.....	114
Quadro 9 – kaleb e a dinâmica de seus diagnósticos.....	116
Quadro 10 – kaleb e suas posições de eu frente à bipolaridade.....	118
Quadro 11 – kaleb e seu futuro a partir dos diagnósticos.....	121
Quadro 12 – kaleb e o futuro.....	123
Quadro 13 – kaleb e o desejo de morrer sozinho.....	124
Quadro 14 – Kaleb e seus significados sobre ser borderline.....	127
Quadro 15 – Kaleb e os diagnósticos.....	128
Quadro 16 – Frida e seu diálogo com a psicóloga.....	135
Quadro 17 – Frida e a sensação de estar em um hospital-dia.....	140
Quadro 18 – Frida e a sua sensação de ser louca.....	142
Quadro 19 – Frida e sua investigação pessoal sobre ser bipolar.....	143
Quadro 20 – Frida e a aceitação do seu diagnóstico.....	144
Quadro 21 – Frida e suas posições do eu.....	145
Quadro 22 – Frida e seus episódios de mania.....	147
Quadro 23 – Frida e as posições maníaca e depressiva.....	148
Quadro 24 – Frida sobre como explicar sua condição de saúde mental.....	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
ASD	Avenidas de Significados Dirigidos
BFP	Ponto de Bifurcação
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EFP	Ponto de Equifinalidade
EUA	Estados Unidos da América
HSI	Convite Historicamente Estruturado
HSS	Amostragem Historicamente Estruturada
IPP	Ponto de Passagem Imaginado
MTST	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPP	Ponto de Passagem Obrigatório
PCDS	Psicologia Cultural de Dinâmica Semiótica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SD	<i>Social Direction</i>
SG	<i>Social Guidance</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Abordagem da Equifinalidade das Trajetórias
TEM	Modelo da Equifinalidade das Trajetórias
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo

TOD	Transtorno Opositivo Desafiador
TMC	Transtorno Mental Comum

LISTA DE SÍMBOLOS

...	Pausa na fala ou fala não concluída
(/)	Interrupção, sobreposição da fala por outros interlocutores
Kaleb	Nome fictício
Frida	Nome fictício
“X”	Nome próprio suprimido

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZANDO.....	15
1.1	OS INDESEJADOS.....	15
1.2	DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E A CONTINUIDADE DE SI EM JOVENS	17
2	CONFLITO DE PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL	21
2.1	PARADIGMA MANICOMIAL	22
2.2	PARADIGMA PSICOSSOCIAL	26
2.2.1	Hospital-dia: diretrizes e funcionamento	32
3	DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E SUAS (RE)INVENÇÕES	34
3.1	O NORMAL E O PATOLÓGICO	34
3.2	EVOLUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	39
3.3	OS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS ENQUANTO PROCESSOS CULTURAIS	43
4	JUVENTUDES NO DECURSO DA SAÚDE MENTAL	52
4.1	O QUE SÃO AS JUVENTUDES?.....	52
4.2	SOFRIMENTO, DIAGNÓSTICO E JUVENTUDES	55
5	FUNDAMENTOS TEÓRICOS PERTINENTES AO ESTUDO.....	58
5.1	PSICOLOGIA CULTURAL DE DINÂMICA SEMIÓTICA (PCDS)	58
5.2	DIALOGISMO.....	63
5.2.1A	intersubjetividade como base para o reconhecimento social, a imaginação dialógica e a confiança	64
5.2.2	O <i>self</i> dialógico e a tríade eu-outro-objeto.....	68
5.3	A ABORDAGEM DA EQUIFINALIDADE DAS TRAJETÓRIAS (TEA)	74
5.3.1	Avenidas de significado dirigido (asd).....	79
6	O PRESENTE ESTUDO.....	81
6.1	OBJETIVOS	81
6.1.1	Objetivo geral	81
6.1.2	Objetivos específicos.....	81

6.2 PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	81
6.2 ENTREVISTA E SCRAPBOOK: INSTRUMENTOS DA PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	82
6.3 PARTICIPANTES	83
6.4 CONTATO COM PARTICIPANTES	84
6.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	84
7 ABORDAGEM ANALÍTICA.....	87
7.1 CONSTRUÇÃO DE TRAJETÓRIAS DE VIDA A PARTIR DO TEM.....	87
7.2 ANÁLISE DIALÓGICA	92
8. ANÁLISES CONSTRUÍDAS	95
8.1 KALEB	97
8.1.1As trajetórias de vida de kaleb delineadas pelo tem	102
8.1.2“A autodestruição e a impulsividade misturados em uma coisa só”: significados construídos sobre ser borderline e bipolar	107
8.1.3 Significados pessoais de kaleb e os significados coletivos em relação ao diagnóstico psiquiátrico	126
8.2 FRIDA.....	132
8.2.1 As trajetórias de frida delineadas pelo tem	136
8.2.2“É isso, eu sou louca”: significados construídos sobre ser bipolar.....	141
8.2.3 Os significados pessoais de frida e os significados coletivos em relação ao diagnóstico psiquiátrico	151
9 CONSIDERAÇÕES, CONTRIBUIÇÕES E DIREÇÕES FUTURAS.....	156
REFERÊNCIAS.....	159

1 CONTEXTUALIZANDO

1.1 OS INDESEJADOS

Esta pesquisa versa sobre aquilo que muitas vezes renegamos no outro e até em nós mesmos. A motivação originária para a sua concretização parte da minha experiência com jovens, enquanto psicólogo, em um serviço de saúde mental (Bondía, 2002). Por isso, *me interessa a claustrofobia, o monstruoso, a maldição e o olhar dos amaldiçoados, renegados, loucos, doentes* – encontrei esta afirmação em um diário, que construí junto a uma jovem participante deste estudo. Ela me apresentou Mariana Enriquez, autora gótica argentina, que escreve sobre seus interesses sombrios. Esta exposição da autora traduz o que este estudo se propõe a investigar: os processos de significação de jovens sobre seu próprio diagnóstico psiquiátrico.

O diagnóstico psiquiátrico é um elemento comumente utilizado por profissionais da área de saúde mental. Ele, normalmente, é definido por um profissional da psiquiatria, que é uma das especialidades da medicina. Através de um entendimento psicopatológico, os profissionais fazem uso do diagnóstico para nomear experiências de sofrimento psíquico. Segundo Ceccarelli (2005), a psicopatologia é um discurso sobre o sofrimento psíquico, que é compreendido como um padecer do sujeito, levando-o a reagir de forma imprevista.

O estudioso também pontua que a origem desse padecimento tende a ser desconhecida, e ainda aponta que o discurso psicopatológico é oriundo de cada contexto histórico-político. Ele é uma tentativa de decomposição do sofrimento psíquico, a fim de que seja possível classificá-lo e sistematizá-lo, para que seja passível de tratamento. Isto é, as tentativas de dissecação das patologias psíquicas acompanham o contexto de seu tempo.

Uma complexidade que envolve os diagnósticos em psiquiatria é a falta de uma base anatômica e fisiológica humana, o que o faz diferir substancialmente dos outros diagnósticos médicos (Martinhago; Caponi, 2019). O sofrimento psíquico, nesse sentido, não configura uma doença como a hepatite, a tuberculose, o sarampo, dentre outras. O sofrimento psíquico, em nossa visão, emerge como uma denúncia de uma relação subjetiva-cultural em desequilíbrio. O sofrimento é produto de uma teia complexa que envolve dinâmicas da vida privada e coletiva. Por isso, falta um corpo biológico no sofrimento psíquico, que o circunscreva em toda a sua dimensão.

Safatle (2021) discutem que padecer, no campo do psiquismo, é visto socialmente como um atrapalho ao curso natural da vida. Os sujeitos em sofrimento psíquico, muitas vezes, não

conseguem responder a dinâmica do curso da vida, tida como normal. Nesse sentido, os autores problematizam que a seara clínica, que envolve o cuidado ao sujeito sofredor, passou por um processo de colonização através de uma lógica econômica neoliberal. Essa lógica propaga a concepção de que o mercado financeiro deve ser globalizado e ter um controle independente dos domínios políticos de cada país (Ibara, 2011).

Mesmo que seja uma visão decorrente da economia, ela se proliferou e impactou a saúde, que passou a ser vista como mercadoria, produto (Barros; Bernardo, 2017). E os diagnósticos passaram a ser um elemento preponderante para a manutenção desta estrutura. Fay (2022) argumenta que a criação de um diagnóstico gera clientes para a indústria farmacêutica. A autora pontua, por exemplo, que o diagnóstico da compulsão alimentar apenas nos Estados Unidos da América (EUA), no seu ano de criação, trouxe um faturamento médio de 200 milhões de dólares.

Nesse sentido, as categorias diagnósticas respondem ao que é possível ser transformado em lucro. Cada definição de um diagnóstico envolve o uso de medicações, acesso a terapias e demais recursos que sejam necessários para um suposto cuidado. A saúde como produto é resultado de uma lógica perversa que transforma o sofrimento indesejado em dinheiro, lucro. Não é por acaso que instituições brasileiras que funcionam nesta lógica têm recebido cada vez mais recursos públicos em detrimento da fragilidade de serviços que operam de modo antagônico, que reconhece o sujeito sofredor como um ser de direitos (Méllo; Moura; Galindo, 2018).

A partir de Safatle (2021), entende-se que a lógica neoliberal não permite prejuízos. Tanto um sujeito saudável quanto um indivíduo em sofrimento podem produzir lucro. No primeiro utiliza-se sua força de trabalho como geração de renda, enquanto que no segundo faz-se uso de sua condição de saúde. E a mesma pessoa, dependente dos acontecimentos de sua vida, pode ser em um momento saudável e no outro diagnosticada, sofredora. Deste modo, as noções diagnósticas e suas criações se organizam para alimentar a lógica de como o mercado e o Estado¹ podem tirar proveito de sujeitos sofredores.

Isso impacta diretamente nas atualizações dos manuais diagnósticos, a criação de novos medicamentos e, ainda mais, que formas de sofrimento são aceitáveis ou não. A inflação de novos diagnósticos a cada atualização dos manuais, que saltaram ao longo dos anos em média

¹ Neste estudo, compreendemos que vivemos sobre o projeto de um Estado Mínimo, que é regido pelas leis do mercado internacional. As tímidas ações do Estado são direcionadas, majoritariamente, para o favorecimento da iniciativa privada e a geração de lucro, sem considerar participação estatal (Clark; Nascimento; Corrêa, 2008).

de 106 categorias para cerca de 300, não reflete apenas um avanço científico, mas uma gramática social (Dunker, 2014; Martinhago; Caponi, 2019).

Runty (2018) pondera que o funcionamento atual privilegia uma pequena parcela da população, que tanto lucra com o sujeito saudável, quanto aquele que padece. Ela destaca também que o acesso à cuidados que engloba profissionais, infraestrutura e medicação é garantido apenas por quem tem recursos monetários. Até para que seja possível sofrer, o indivíduo necessita, anterior a isso, dispor de um suporte que possibilite essa experiência.

Refletimos que a saúde como produto e o acesso a um diagnóstico, em situação de necessidade, atuam como processos de segregação. No neoliberalismo, os sujeitos são categorizados através do que podem ser úteis ou não. Uma pessoa funcional, quando passa por um intenso sofrimento psíquico, não consegue mais responder ao que é esperado dela. E, normalmente, em primeiro lugar, ela perde sua fonte de renda através de sua força de trabalho, seguidas de outras perdas (Runty, 2018).

Percebemos, assim, que o sujeito diagnosticado é relegado, socialmente, para o lugar da marginalidade. Seu sofrimento é gerido pelo Estado e demais negócios, e sua vida privada é marcada por perdas, já que os diagnósticos, por vezes, podem resultar na extinção do emprego, em uma aposentadoria compulsória ou até em um sentimento de fracasso frente à dificuldade de lidar com demandas socioculturais.

1.2 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E A CONTINUIDADE DE SI EM JOVENS

Nas atividades que precisava desenvolver com os jovens, no serviço de saúde mental em que atuei em conjunto com eles, notava o quanto era difícil para esta população refletir sobre o seu futuro, tendo a percepção de que estavam marcados pelo diagnóstico, pela institucionalização e ainda mais pela falta de delimitação de um tempo para o seu tratamento.

O tempo no campo da saúde mental é um processo de difícil mensuração. O código de ética do psicólogo, por exemplo, pontua que não cabe ao profissional da área delimitar um tempo de atuação na atenção à pessoa necessitada (Conselho Federal de Psicologia, 2005). O mesmo torna-se válido para as instituições que ofertam auxílio em saúde mental e nos diagnósticos psiquiátricos também não é diferente. De modo geral, para que seja definido algum diagnóstico é necessário compreender a dinâmica de vida do sujeito ao longo do tempo. Tanto que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) orienta que para alguns diagnósticos a definição ocorra com mais de uma consulta em intervalos distantes, para que seja possível observar o comportamento no decorrer do tempo (Apa, 2014).

Nesse sentido, percebe-se que o sofrimento em saúde mental é uma experiência construtiva. E o que decorre dele como o seu cuidado, os diagnósticos e a institucionalização também são processos construtivos. Assim, no que tange a origem do sofrimento e dos diagnósticos, ainda também com apoio na minha experiência, é que sua base decorre através de experiências traumáticas que são significadas de acordo com o tempo (Ressureição; Sampaio, 2017).

O sujeito, em seu percurso de vida, passa por vivências disruptivas que fragilizam o seu ser no mundo. Nesse sentido, existem uma gama de esferas de experiências que possibilitam a emergência do sofrimento. Violências, desamparos, morte/luto, desigualdades de gênero, raça, geração, sexualidade entre tantas outras experiências cruéis e dolorosas, constituem o nascedouro do sofrimento psíquico. Pizarro (2020) pontua que não existe um consenso para a etiologia dos diagnósticos, pois mesmo que experiências difíceis resultem em sofrimento e no diagnóstico, posteriormente, nem toda dificuldade resultará neste encadeamento de processos. Cada sujeito responderá as suas vivências através da sua singularidade.

Não há um determinismo no campo da saúde mental. Pizarro (2020) apenas destaca que se compreende que o sofrimento e os diagnósticos resultam da relação do corpo com as experiências traumáticas já exemplificadas. A falta de determinismo, assim, tanto é para mensurar a origem dos diagnósticos, quanto para exercer um cuidado à pessoa que necessite de atenção. Por isso, a biologia humana não consegue responder unicamente ao sofrimento, pois ele não nasce exclusivamente no corpo, mesmo que o corpo seja a tela de projeção dessas patologias.

No que circunscreve aos jovens neste contexto, Mattos (2016) discute que em meio às mudanças e transformações eles sempre buscam pela continuidade de si. Essa busca, segundo a autora, envolve processos cognitivos que são incorporados afetivamente. Ferreira-Novaes *et al.* (2020) discutem que os seres humanos têm a habilidade de projetarem a sua noção de eu para o futuro. Isso permite a construção de trajetórias de vida, que são modeladas diante de rupturas, que tendem ou não a ameaçar a ideia de continuidade da vida.

Entretanto, em jovens com diagnóstico psiquiátrico percebe-se que a continuidade de si fica restrita ao âmbito do próprio diagnóstico. Silva e Brandalise (2008) discutem que o diagnóstico delimita a noção de identidade que o sujeito pode ter de si. Há um reducionismo da sua noção de eu no próprio diagnóstico. E esse reducionismo apresenta uma conotação negativa, porque os indivíduos estão repletos de “ideias pré-concebidas e por isso um diagnóstico psiquiátrico faz com que as pessoas tenham o preconceito de que o portador de transtorno mental não é normal” (Silva; Brandalise, 2008, p. 126).

No que concerne às pessoas em sofrimento, a continuidade de si em direção ao futuro, compreende uma dinâmica de ajustamento. O sofrimento, em alguma medida, precisa ser incorporado na noção de eu, pois suas consequências deixam marcas em diferentes nuances do próprio indivíduo. Pimentel e Amarante (2020) pontuam que as pessoas em sofrimento são vistas como anormais e estranhas. Isso acarreta em um processo cultural performático em que as pessoas, de maneira geral, tratam os sujeitos sofrendores de um modo violento e excludente através de diversos nuances, sejam eles institucionais ou nas relações interpessoais, por exemplo (Castro, 2020).

Silva e Brandalise (2008) pontuam que esse tratamento parte de profissionais de saúde, de familiares das pessoas diagnosticadas e até dos próprios pacientes com diagnóstico. Entende-se que o diagnóstico é o próprio indivíduo. E isso também era percebido na minha relação que fora construída com os jovens enquanto atuava junto a eles. Nesse sentido, significar o seu próprio diagnóstico psiquiátrico, é um fenômeno complexo. Reconhecer a si mesmo como sofredor e sentir-se indesejado pelo outro e até por si mesmo, é um preditivo para a manutenção e a ampliação do próprio sofrimento, que está relacionado com o diagnóstico. Isso compromete diretamente a visão de futuro que pode ser construída para si.

Como já referido, o diagnóstico tem como nascente experiências traumáticas e elas não podem ser apagadas das trajetórias de vida de cada indivíduo. Isso abre precedente para a discussão sobre cura em saúde mental. A cura, como sendo uma noção herdada do modelo biomédico, não se aplica ao sofrimento psíquico e aos diagnósticos em geral. Experiências de vida, por mais dolorosas que sejam, não podem ser erradicadas da história de cada ser humano, pois o tempo vivido não retorna. Para construir um futuro para si, o sujeito sofredor ainda precisa lidar com o tempo passado.

Valsiner (2012) argumenta que nos adaptamos no tempo presente, a partir de experiências do passado, para construirmos um futuro. O autor também destaca que construímos significados a toda hora, no decorrer das nossas trajetórias de vida, sendo um processo de desenvolvimento subjetivo que, ao mesmo tempo, configura o meio sociocultural. Um constitui o outro, em um fenômeno dialógico (Correia; Meira, 2008). Isso se relaciona com a ideia de mente dialógica proposta por Marková (2017): ela pontua que a mente dialógica é a mente em interação com outros, sendo, por exemplo, “indivíduos, culturas e com o passado, presente e futuro” (Marková, 2017, p. 129).

Compreendemos, assim, que o diagnóstico psiquiátrico resulta e envolve um processo dialógico, que se transmuta através de um tempo irreversível (Oliveira; Guimarães, 2016), e o caráter dialógico do diagnóstico consiste, primeiramente, em como o sujeito tem conhecimento

de sua condição diagnóstica, já que é um profissional que o informa a definição do diagnóstico, através de uma relação construída entre o trabalhador e a pessoa que é assistida por ele; secundamente, na relação que o indivíduo desenvolve com seu tempo pessoal (passado, presente e futuro), visto que o diagnóstico é delimitado por experiências traumáticas, e elas são vivenciadas com outros significativos, como uma mãe, um pai ou parceiro afetivo.

Assim, compreendemos que os significados em torno do diagnóstico psiquiátrico são resultantes de um fenômeno de significância que extrapola o pessoal – eles são o produto de uma vida dialógica, porque a experiência de sofrimento é relacional. Os jovens com diagnóstico precisam negociar, consigo mesmo e com outros, as suas próprias experiências de vida e a continuidade de si. A vida coletiva-cultural impacta a individualidade de cada sujeito, que responde a esses impactos através do sofrimento ou de outras formas no curso de sua vida.

O diagnóstico é uma construção cultural que resulta de um fenômeno bidirecional do que é coletivo com o que é pessoal (Valério; Lyra, 2014). Isso abarca a ideia de uma psique que é constituída na relação, pela constante construção e reconstrução de significados (Valério; Lyra, 2016). Nesse sentido, o campo da saúde mental é visto como um espaço de dialogicidade (Pimentel; Amarante, 2020).

Assim, fundamos a nós mesmos, o outro e o mundo em que vivemos, a partir dos significados que atribuímos às pessoas, aos animais, aos objetos, às experiências que vivemos e não vivemos, ao que for possível imaginar, sentir e (re)criar diante do que somos. Por isso, pesquisar sobre os significados construídos em torno do diagnóstico psiquiátrico, é se relacionar com temas do curso da vida e de como os sujeitos se (re)criam perante um tempo que não retorna, que é irreversível. Para isso, tomamos o diagnóstico como um signo que origina significados diversos (Valsiner, 2012) nos percursos de vida de quem foi diagnosticado. Para orientar a construção deste estudo, formulamos a seguinte pergunta de pesquisa: como o diagnóstico psiquiátrico é significado em trajetórias de vida juvenis?

A fim de produzir uma discussão crítica em torno da temática em questão, organizamos a pesquisa a partir de uma exploração sobre o campo da saúde mental, pois é nele que os diagnósticos psiquiátricos são formulados. Em seguida, traçamos um panorama histórico-científico sobre os diagnósticos em psiquiatria e, nesta seção, destacamos o nosso ponto de vista sobre as classificações serem processos culturais. Também abordamos as questões que envolvem as juventudes em relação com este campo e, posteriormente, desenvolvemos nossos fundamentos teóricos que sustentam este estudo. Apresentamos também nossos objetivos detalhadamente e a perspectiva metodológica adotada. Por fim, discutimos as análises construídas em relação com jovens.

2 CONFLITO DE PARADIGMAS EM SAÚDE MENTAL

Atualmente as compreensões diagnósticas psiquiátricas partem de dois manuais: Pizarro (2020) pontua que há a Classificação Internacional de Doenças (CID), que está na sua 11ª edição, e o DSM, atualmente em sua quinta versão. Este último contempla uma sistematização usada exclusivamente nos Estados Unidos da América (EUA) – além disso, segundo Fay (2022), a partir de março de 2022, foi lançada uma nova versão revisada do manual –, enquanto o primeiro (CID) é utilizado no Brasil e demais países.

Quanto ao CID, ele é organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o DSM é organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) – a primeira classificação corresponde a todo tipo de agravamentos causados por doenças e a data da sua primeira configuração é em 1893, quando se queriam transformar em estatísticas as causas de morte (Laurenti, 1991). Já o DSM é um manual exclusivo para a saúde mental, surgindo, em sua primeira edição, apenas em 1952, tendo sido organizado para se equiparar ao CID (Dunker, 2021).

O que motiva a organização do DSM é uma pressão de veteranos da Segunda Guerra Mundial: as classificações vigentes na época não contemplavam as necessidades de saúde mental dos ex-combatentes. Ao precisarem ser reinseridos na sociedade, eles necessitavam de ações em larga escala de cuidado em saúde mental, as quais classificassem suas necessidades (Junior, 2014). Isso impulsionou, nos EUA, a formulação do seu próprio sistema.

Nos tempos atuais, percebemos que todas as experiências de adoecimento mental, ao serem abordadas na prática profissional dos trabalhadores de saúde mental, perpassam por um diagnóstico ou uma hipótese diagnóstica. Assim, elegemos o diagnóstico psiquiátrico para delimitar nosso estudo ao compreendermos que ele é um elemento preponderante no campo da saúde mental.

O diagnóstico, segundo Banzato e Pereira (2014), é um elemento clínico da psiquiatria. Para investigar se uma pessoa possui um diagnóstico, o único método vigente é o da observação e do diálogo com o sujeito que apresenta necessidades de saúde mental. O diagnóstico, conforme os autores, é usado para apreender uma realidade intrasubjetiva – evidenciada nas relações intersubjetivas – através do comportamento de uma pessoa, expresso por si mesma ou relatado por pessoas do convívio dela, a exemplo de familiares e amigos.

Pizarro (2020), ao discutir sobre o diagnóstico psiquiátrico, destaca que ele ocorre a partir de uma postura clínica da psiquiatria, denominada de redução fenomenológica. Ela ainda aponta que essa redução possui o intuito de descrever uma experiência de adoecimento. Ela é

caracterizada a partir de uma anamnese em conjunto com um exame psíquico que acontecem por meio de uma entrevista. Essa entrevista tem o intuito de compreender o histórico da causa do sofrimento psíquico, acompanhados de uma observação de como o usuário se comporta durante a entrevista, além de como se apresenta visualmente.

Freitas e Amarante (2017) discutem que essa visão descritiva, pautada na observação, apresenta algumas problemáticas. Ela perpassa por uma visão moral sobre o sofrimento psíquico, além de estar condicionada aos aspectos históricos e políticos do campo da saúde mental. A saúde mental, enquanto campo teórico-vivencial, é um terreno de disputas e conflitos. Em nossa perspectiva de estudos, apresentamos dois paradigmas, ainda vigentes na contemporaneidade, que influenciam a forma de atuação de diversos profissionais. Além da forma como as classificações diagnósticas são compreendidas e usadas na relação com pessoas em sofrimento psíquico.

2.1 PARADIGMA MANICOMIAL

Este paradigma do campo da saúde mental, em resumo, orienta suas práticas ao sujeito sofredor através da segregação. Goffman (1961), em um estudo etnográfico em um hospital psiquiátrico, aponta que as instalações que se orientam por este modelo, são instituições totais. A figura do hospital psiquiátrico é o coração da visão manicomial. Ele se torna uma instituição total por historicamente funcionar como um espaço que abrigava uma quantidade grande de pessoas, administrando suas vidas e as separando da sociedade.

No Brasil, temos a experiência manicomial do hospital psiquiátrico de Barbacena, no estado de Minas Gerais. Arbex (2019) documentou o funcionamento deste local e constatou que neste hospital ocorreu um genocídio. Pessoas, tidas como marginais, e não apenas com sofrimento psíquico, eram enviadas para serem confinadas no hospital. Esse destino à instituição, muitas vezes, foi feito de maneira involuntária. Nesse sentido, diversas pessoas perderam as suas vidas, pois as condições que encontravam no complexo não eram dignas.

Uma forte característica desta visão é a separação entre pessoas consideradas loucas e aquelas consideradas saudáveis. Melo (2017), em um estudo sobre a história do campo da saúde mental na cidade do Recife, no estado de Pernambuco, pontua que a criação de um dos primeiros hospitais psiquiátricos do Brasil foi alvo de protestos. Os moradores do bairro em que ele seria construído se mobilizaram para que não existisse uma instituição hospitalar com esses fins perto de suas residências, pois não gostariam de que “pessoas loucas” transitassem pelas ruas, tão próximas a eles.

Essa mobilização alcançou seu objetivo: o hospital foi construído, inicialmente, em uma zona urbana de difícil acesso, longe das pessoas que se consideravam normais. Entretanto, anos depois, ele foi transferido para o local que fora pensado para o seu funcionamento, a contragosto da população que residia em torno dele. Percebemos, assim, que o caráter de internamento é um processo histórico, que ganhou uma forte adesão.

Foucault (1972), ao estudar sobre a história da loucura na idade clássica, aponta que é a partir da criação do hospital geral, que o internamento para pessoas loucas ganha mais intensidade, mesmo que já existissem casas de correção para os loucos naquele período histórico – nessa experiência de internação, passou-se a propagar em registros médicos a noção de que o louco era furioso.

O referido autor destaca que a ideia de furioso foi designada por um termo técnico da medicina, o furor, que era compreendido como uma forma de loucura. Mas, em termos práticos, não houve distinção entre um furor da loucura e uma pessoa furiosa, havendo, assim, a solidificação de internamentos sem discriminação. O autor afirma que isso ocorria não para apagar a noção de loucura como doença, mas para se olhar para ela sobre outra perspectiva.

Os efeitos desse processo histórico reverberam até os dias atuais, contribuindo para a manutenção de um tratamento asilar para a loucura, no decorrer do tempo histórico. Goffman (1961) discute que uma das principais consequências para o sujeito, nessa forma de abordar a loucura, é a “mortificação do eu” (Lucena, 2020).

A mortificação, segundo Lucena (2020), é uma consequência direta do isolamento manicomial, que aniquila a possibilidade de constituição de si na dinâmica relacional com o outro. Como o internado tem a sua vida administrada institucionalmente, as relações entre os pacientes e a equipe profissional são marcadas pela assimetria de poder. Deste modo, Lucena (2020) também argumenta que isso constrói o lugar de “não-humanos” para os sujeitos em sofrimento. Esse lugar considera que não existe margem de movimento para além da “doença”, desvalorizando o sujeito sofredor.

Nesse lugar “não-humano”, a autora referida destaca que não há permissividade para escolhas ou preferências. O sujeito sofredor é destituído de si nos pequenos aspectos que ele se apodera para entender a si mesmo. Esses aspectos envolvem a própria imagem que construímos para nós mesmos, através de roupas e maquiagens, por exemplo. O controle da vida, no paradigma manicomial, repousa sobre o saber médico, discute Lucena (2020).

Em tempos mais atuais, no Brasil, a noção manicomial encontra resistências através da visão psicossocial, que é concretizada através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela portaria de nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. O hospital psiquiátrico como

único fim de tratamento perdeu força, já que houve a construção de uma rede de atenção substitutiva através do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, os aspectos manicomiais adquiriram novos contornos, a partir de mudanças históricas e sociais, sendo, ainda, um modelo vigente.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2018, lançou um relatório sobre a coordenação de uma inspeção por comunidades terapêuticas nas cinco regiões do país. Essas comunidades são instituições privadas e filantrópicas que se dispõem a tratar pessoas em sofrimento, principalmente, com uso abusivo de álcool e outras drogas, a partir de uma visão manicomial. Compreendemos que elas são uma reatualização do antigo hospital psiquiátrico.

Nessa inspeção, o CFP constatou diversas violações aos direitos humanos. Os usuários desses serviços têm a sua liberdade cerceada, seus documentos confiscados e até a sua integridade física ameaçada. Cabe ressaltar que a inspeção, por falta de recursos, foi limitada, tendo sido restrita apenas à vinte e oito comunidades. No entanto, isso já fornece indícios para um retrato deste campo das comunidades.

Em 2019, o Ministério da Cidadania lançou a Portaria Nº 562, de 19 de março de 2019 do mesmo ano, resultando na criação do plano de fiscalização e monitoramentos das comunidades terapêuticas. Além disso, já existem outras diretrizes governamentais sobre como proceder institucionalmente com os casos de sofrimento psíquico, porém, o CFP, em sua inspeção, encontrou diversos desvios da lei nas comunidades.

Mesmo com impasses e contradições, as comunidades seguem sendo estimuladas em sua manutenção. No ano de 2020, por exemplo, o jornal *Folha de São Paulo* destacou que o governo federal brasileiro destinou recursos de 300 milhões de reais para as comunidades – um aumento expressivo, visto que, em 2019, o repasse foi de 153,7 milhões de reais, de acordo com o mesmo jornal. Além disso, há o destaque de que mais de 70% dessas comunidades beneficiadas têm uma administração de origem religiosa, o que nos permite pontuar o lado da moralidade que este modelo perpetua diante do sofrimento psíquico.

Isso reverbera nas ações históricas de que as pessoas que incomodam a sociedade do bem-estar são excluídas da vida coletiva, independente de serem “doentes” ou não (Basaglia, 1985). Como no caso de Barbacena, em que eram enviados ao hospital, qualquer pessoa marginalizada da sociedade (Arbex, 2019). Ainda sobre os recursos das comunidades, é necessário pontuar que sobre o período de 2020, o mandato do governo federal, estava comprometido com a prática manicomial, quando aumenta a destinação dos recursos para as comunidades. Já em 2022, a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) pontou que

o governo federal lançou mais recursos para as comunidades, a fim de enfraquecer a rede substitutiva do modelo de atenção psicossocial.

Basaglia (1985) formula a noção de instituições de violência. Essa compreensão parte da ideia de que a violência e a exclusão estão na base de todas as relações sociais. Nesse sentido, a partir de dinâmicas de poder, as instituições como a escola e o hospital fornecem visibilidade ou disfarce para a dinâmica da violência e da exclusão. A partir da detenção de poder, conforme Basaglia (1985) destaca, as instituições se lançam de justificativas para o que performam. Ele elenca que essas justificativas se pautam na ideia de educação, culpa e doença.

O projeto manicomial é nutrido por essa lógica violenta. O médico detém poder na relação com o sujeito sofredor. E suas práticas profissionais são respaldadas pelo tratamento da “doença”. Nesse sentido, Basaglia (1985) faz a seguinte ponderação:

A sociedade do “bem-estar”, da “abundância, descobriu agora que não deve expor abertamente sua face de violência para não criar em seu seio contradições demasiado evidentes, que se voltariam contra ela. Por isso, encontrou um novo sistema: o de estender a concessão do poder aos técnicos, que exercerão em seu nome e que continuarão a criar, através de novas formas de violência – a violência técnica –, novos rejeitados (p. 101).

Desta maneira, torna-se essencial colocar o terreno da construção de conhecimento em um lugar de crítica. Nos novos contornos da violência manicomial, Freitas e Amarante (2017) discutem que, por meio de avanços científicos, novas formas de caracterizar a loucura dentro desse modelo foram formuladas – eles apontam a questão do mito do desequilíbrio químico.

Esta compreensão revela que os sofrimentos psíquicos resultam de uma desordem cerebral, e, como método de tratamento para isso, há o desenvolvimento das medicações, o que resultou em um intenso processo de medicalização, extrapolando os fins úteis dos medicamentos. Isso resultou no que, hoje, é compreendido como uma epidemia das drogas psiquiátricas.

Tal processo deu abertura para a proliferação da lógica neoliberal, que hoje também alimenta a medicalização. Sendo um processo de retroalimentação. O mercado farmacêutico, discutem Freitas e Amarante (2017), ganhou lucros a partir dessas noções. O sujeito, que antes era tratado só pelo enclausuramento e por violações subjetivas e físicas, passou a ser medicalizado em demasia. Isso até permite que algumas pessoas em sofrimento suportem o convívio em coletividade.

A lógica manicomial, por mais abusiva que seja, ainda encontra apoiadores. O mercado neoliberal encontra um apoio neste paradigma, já que ele acelera o processo de lucro e confere

uma aparência de normalidade à sociedade. Incorporar o sofrimento para a dinâmica da vida é um processo complexo, e a ansiedade generalizada que vivemos não permite a desaceleração do tempo para se pensar em novas estruturas de convívio e liberdade.

2.2 PARADIGMA PSICOSSOCIAL

Acreditava, e continuo a acreditar, que qualquer grupo de pessoas – prisioneiros, primitivos, pilotos ou pacientes – desenvolve uma vida própria que se torna significativa, razoável, e normal, desde que você se aproxime dela, e que uma boa forma de conhecer qualquer um desses mundos é submeter-se à companhia de seus participantes, de acordo com as pequenas conjunturas a que estão sujeitos. (Goffman, 1961, p. 8).

Uma premissa básica da visão psicossocial é a relação que perpassa por um cuidado com o sujeito sofredor, como pontua Goffman (1961) na citação supramencionada – este modelo de atenção, se opõe totalmente ao paradigma manicomial. Ele não se debruça exclusivamente sobre o processo como uma doença, mas compreende que há um sujeito complexo que sofre através de diversas dinâmicas sociais e históricas, e a forma como isso deve ser abordado é mediante uma relação dialogada. Santos e Francisco (2009) abordam que a atenção psicossocial contempla uma noção entre o que está na ordem do social, e o que faz parte do psíquico, tendo um sujeito compreendido a partir de múltiplas dimensões. Isso corrobora com a noção de psique desta pesquisa: uma psique constituída na relação, pela constante construção e reconstrução de significados (Valério; Lyra, 2016).

As autoras ainda discutem que, no paradigma psicossocial, há a ideia de responsabilidades compartilhadas: o olhar para o sofrimento sempre procura ir além, ao entender que o sofrer transcende o próprio indivíduo, não o vendo como um doente. Nesse sentido, elas ainda pontuam que os conceitos ganham significados e são compreendidos no mundo das relações, “gerando peculiaridades quanto às formas de atendimento às demandas, de modo a se reconhecerem as diversas manifestações das experiências” (Santos; Francisco, 2009, p. 771).

Como já referido no paradigma anterior, o campo da saúde mental é político. Desta maneira, na concepção psicossocial, isso adquire uma grande relevância, pois é através desta dimensão que as mudanças são conquistadas. Em termos cronológicos, a instituição hospitalar psiquiátrica é anterior à visão psicossocial, e esta última é um impulso de mudança para que o sujeito sofredor não seja visto como um indivíduo passivo. O paradigma psicossocial enuncia

uma nova lógica de cuidado, pautada no protagonismo do sujeito, no cuidado compartilhado e contextualizado com os modos de viver.

A resposta máxima, assim, ao paradigma psicossocial ganha contornos no que é formulado como Reforma Psiquiátrica. Iniciada, na Itália, com o psiquiatra Franco Basaglia, essa mobilização passou a propor uma vida digna e em liberdade, sem um tratamento violento e corretivo para quem era considerado como louco ou anormal (Serapione, 2019).

Silva, Valentim e Lyra (2020) argumentam que a Reforma Psiquiátrica tem o intuito de mudar a dinâmica relacional de como a sociedade percebe e lida com a loucura e com o sofrimento – e a liberdade é um dos pilares desta Reforma. Amarante (2013) pontua que ela é um ato de coragem, no sentido de que busca promover o encontro da loucura com o território fora das limitações dos hospitais psiquiátricos.

Porém, este processo não é fácil: no Brasil, apesar de a Reforma ter conquistado direitos, Silva, Valentim e Lyra (2020) destacam que:

nos últimos dois anos, pelo menos, a proposta do modelo asilar tem sido retomada com força pelo Governo Federal, indo de encontro a todas as propostas de clínica/cuidado construídas a partir de quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2017), que são os campos legítimos de controle social e expressão democrática.

Assim, o campo da saúde mental é configurado por conflitos, pois visões antagonistas lutam entre si, a partir de diferentes concepções de sujeitos. O que os autores acima pontuam já possui novas delimitações quando, no tópico anterior, nos referimos às comunidades terapêuticas e seus recebimentos de investimentos públicos. No campo democrático de luta, a Reforma Psiquiátrica passou a se fortalecer a partir de conquistas. Destacamos, em nossas ponderações, três marcos importantes, sendo a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, o primeiro deles, ocorrendo 11 anos após a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), após o período de ditadura militar.

Esta lei dispõe sobre uma reorientação da atenção que é fornecida aos sujeitos em sofrimento e, pela primeira vez, reconhece que possuem direitos. Este marco jurídico forneceu um maior respaldo para o desmonte de uma atenção exclusivamente hospitalar e impulsionou a solidificação de uma rede substitutiva de cuidado, com outro foco. O do cuidado em liberdade, construído no território onde as pessoas vivem junto nos lugares, redes e serviços com os quais elas interagem.

Cerca de dois anos depois, o governo federal publica a Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, um dispositivo legal que orientava a criação de um auxílio-reabilitação para usuários que

passaram por uma internação hospitalar superior a dois anos. Este incentivo federal visava a reinserção social do sujeito em sofrimento, tal iniciativa ficou conhecida como “Programa de volta para casa”.

Outro marco legal importante, na visão psicossocial, foi a implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual foi instituída pela portaria de nº 3.088 de 23, de dezembro de 2011, inaugurando uma rede de serviços voltada para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

A RAPS, assim como as demais redes que compõem o SUS, tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado. Essa se configura como primeiro nível de assistência, a porta de entrada do SUS, com objetivo de prestar serviços essenciais para a população. É construída nos territórios, de forma regionalizada, integrando ações de prevenção, promoção e proteção da saúde das comunidades. Assim, as demandas de saúde básica devem ser assistidas na APS e aquelas especializadas e que demandam maior densidade tecnológica devem ser encaminhadas aos demais níveis de atenção: secundário, terciário (Brasil, 2017). O cuidado em saúde mental, por sua vez, tem na RAPS uma atenção especializada, que deve ser desenvolvida em parceria com os dispositivos da APS.

A organização da RAPS conta também com outras ofertadas de cuidado, em diferentes níveis de atenção, disponibilizando para quem precisa um atendimento integral. Os serviços disponíveis na rede são ofertados de acordo com a densidade populacional dos municípios e capitais. A rede contempla a assistência hospitalar para as demandas de saúde que requerem recursos tecnológicos, diagnósticos especializados e cuidado em contexto de urgência, emergência e internação. A integração do cuidado em saúde mental aos serviços hospitalares não diz respeito a manutenção ou retorno da lógica dos hospitais psiquiátricos, pelo contrário, descentraliza a assistência e corresponsabiliza os diferentes dispositivos, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - níveis de atenção à saúde e serviços da RAPS

Nível de atenção à saúde	Serviços
Atenção primária à saúde	• Unidade básica de saúde (UBS) • Núcleo de atenção à saúde da família (NASF) • Consultório na rua • Centros de convivência e cultura
Atenção psicossocial	• Centros de Atenção Psicossocial com suas especificidades
Atenção residencial transitória	• Unidade de acolhimento • Serviço de atenção em regime residencial
Atenção de urgência e emergência	• SAMU • Sala de estabilização • Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h e portas hospitalares de atenção à urgência/ pronto de socorro e unidades básicas de saúde
Atenção Hospitalar	• Enfermaria especializada em hospital geral • Serviço hospitalar para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	• Serviços residenciais terapêuticos • Programa de volta para casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	• Iniciativas de geração de trabalho e renda • Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Brasil (2011)

A partir do quadro 1 acima, percebemos como a RAPS é uma rede complexa, que visa atender aos sujeitos nas suas múltiplas dimensões. O paradigma psicossocial não reduz a sua

oferta de cuidado a um único local, como visto na noção manicomial, mas ele amplia. Desta forma, um conceito importa que orienta tais ações da rede é a reabilitação psicossocial, que cuida do sujeito a partir da integração do indivíduo com o seu meio social (Lussi; Pereira; Junior, 2006). Nesse sentido, “a reabilitação seria compreendida pelo conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo” (Lussi; Pereira; Junior, 2006, p. 449). No entanto, essas ações não acontecem em uma estrutura governamental simples, Pitta (2011), ao fazer uma análise sobre a Reforma, a partir dos dez anos da aprovação da Lei 10.216/01, aponta que ela é um movimento de saúde constituído por profissionais, gestores e cidadãos.

Estes enfrentam diversos desafios com as crescentes comunidades terapêuticas que desvalidam os princípios de um tratamento territorial interdisciplinar antimanicomial. Além disso, a estudiosa pontua que os retrocessos no contexto político representam mais desafios, quando discute que a população em geral depositou em chefes de poderes as decisões finais sobre as demandas do campo da saúde mental.

Além desses três marcos legais, existem outras ações governamentais. Elas já mudaram alguns desses prontos, pois conforme há mudança de gestão federal, novas propostas são solicitadas pelos políticos. No entanto, não temos a pretensão de dissecar em detalhes os embates políticos, mas temos total atenção às forças que movem este campo.

Também é importante destacar que todas as iniciativas governamentais visam atender ao SUS. Ele é o sistema de saúde brasileiro que atende a todos e todas sem distinção. Entretanto, no país contamos também com o setor privado de saúde, que possui outras regulamentações e serviços, como as comunidades terapêuticas, os hospitais-dias e clínicas psiquiátricas.

Temos também consciência de que as decisões governamentais oriundas de uma visão psicossocial devem gerenciar o setor privado, pois ele não deve atuar sem orientações, até porque parte desse mercado se mostra comprometido com o paradigma manicomial, além de demonstrar atuar fora da lei (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Essa relação de paradigmas em diversas instâncias é complexa., e, nesta pesquisa, não tecemos uma análise específica a ela, mas compreendemos que há impactos dessas visões nas compreensões que formam a maneira de abordar os diagnósticos. E, a partir disso, devemos adotar um posicionamento.

Nesse sentido, Silva, Valentim e Lyra (2020) compreendem que a abordagem psicossocial transcende a realidade imposta pelo diagnóstico decorrente de uma visão exclusiva de doença. Esta concepção percebe o sujeito como ativo, gerador de renda e isso é proporcionado pelo processo de desinstitucionalização, sendo o principal ganho que uma atenção psicossocial pretende garantir (Lussi; Morato, 2012).

Fortalecido pelo “Programa de volta para casa”, a desinstitucionalização está pautada nas crescentes possibilidades de convívio, além de buscar ofertar às pessoas recursos para que mobilizem sua própria vida e sejam gerentes de seus processos e da sua própria história (Silva; Valentim; Lyra, 2020). Em ressonância, Lucena (2020) pontua que:

entendemos ser fundamental situar que a desinstitucionalização parte do reconhecimento das pessoas e valorização dos intercâmbios, colocando-se no oposto movimento do processo de exclusão social. Com ela constitui-se uma nova natureza institucional, uma vez que se desenvolve a partir da construção de cotidianidade e contratualidade. Assim, se complexifica o sofrimento psíquico, possibilitando a produção de subjetividades (p. 39).

Nesse sentido, esta pesquisa tem total afinidade com o saber psicossocial. Pela visão de sujeito que adotamos, como construtor e reconstrutor de significados a partir da dialogia, torna-se incompatível colaborarmos com a percepção manicomial. Além disso, objetivamos também adotar uma postura crítica frente à construção de conhecimento, até porque o âmbito psicossocial coloca suas formulações como inacabadas, na medida, em que precisa se reconstituir frente aos retrocessos no campo da saúde mental.

Focamos nosso entendimento sobre a saúde mental a partir do cenário brasileiro, por entendermos que cada país possui o seu modelo de saúde e sua forma de abordar suas questões relativas à saúde mental, mas consideramos relevante destacar a experiência da Finlândia e dos países escandinavos com o programa Diálogo Aberto – outra iniciativa, do âmbito psicossocial, que mostra a potencialidade desta visão e o quanto é possível produzir riqueza por outros caminhos.

Freitas e Amarante (2017) pontuam que o Diálogo Aberto é uma forma de organização do campo da saúde mental iniciada na Finlândia há mais de trinta anos. Por ser uma atenção sólida e com anos de funcionamento, ela tem sido estudada ao longo dos anos. Ainda em conformidade com os autores referidos, a visão de diálogo adotada é baseada nos estudos de Mikhail Bakhtin.

O que impulsionou a criação desta atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, foi por esta região da Europa concentrar as maiores taxas de surto psicótico (Freitas; Amarante, 2017). Deste modo, Jaakko Seikkula e sua equipe, na década de 80, desenvolveram o Diálogo Aberto, sendo atualmente uma organização que fortalece a rede de sociabilidade do sujeito que necessita de cuidado, além de não esperar pela demanda espontânea de cada pessoa. Um de seus pilares é a busca ativa pelo sujeito em sofrimento, ao compreender que ele precisa de cuidados o mais breve possível (Kantorski; Cardano, 2017).

Freitas e Amarante (2017) destacam que essa organização preza pelas condições de cada sujeito. É um processo de cuidado que visa se adaptar a forma como cada um vive, sem imposições de tratamentos que podem não ter o efeito desejado. O cuidado, nesta visão, é relacional e visa a construção de uma outra institucionalidade, distante do que é a instituição manicomial. Nesse sentido, tendo esses princípios como referências, prezamos pela realização do estudo em um serviço sintonizado com o paradigma psicossocial. Deste modo, realizamos a pesquisa com jovens usuários de um hospital-dia.

2.2.1 Hospital-dia: diretrizes e funcionamento

Diante deste panorama apresentado, desenvolvemos o estudo em uma instituição de administração privada. Este local de pesquisa é coerente com o paradigma psicossocial. Ele funciona a partir de atendimento ambulatorial, psiquiátrico e psicológico, e também em modelo de hospital-dia com uma equipe multiprofissional.

Tínhamos a pretensão inicial de desenvolver o estudo no SUS. Entretanto, pelo tempo do curso de mestrado e, ainda mais, pelo contexto de pandemia, foi necessário repensar os caminhos da pesquisa. Porém, não alteramos nossos objetivos. Nesse sentido, nos debruçamos sobre o contexto de jovens em uma instituição privada. Os jovens que participaram do estudo eram usuários no hospital-dia e ambulatório de psiquiatria.

O hospital-dia funciona como um acompanhamento intenso e diário, mas sem a necessidade de uma internação de longa permanência (Ferreira; Pereira, 2012). Em termos práticos, as pessoas assistidas pelo serviço são vistas como usuárias e elas desenvolvem atividades de cuidado em grupo, no decorrer de um dia útil, de segunda a sexta em horário comercial. E cada usuário possui a sua indicação terapêutica, que pode ser estar no serviço três dias da semana ou todos os dias, por exemplo.

Essa indicação acontece mediante diálogo com cada usuário, a depender das suas necessidades de saúde mental. Após um dia de participação nas atividades do dia do serviço, o usuário retorna para sua residência e/ou atividades da vida diária fora da instituição. É importante compreender que as indicações terapêuticas mudam de acordo com o tempo, na medida em que novas necessidades de saúde se apresentam.

Enfim, contextualizado o campo de atuação da pesquisa, percebemos como a perspectiva psicossocial compreende o sujeito em sofrimento de modo complexo e plural. Seus avanços demonstram que a visão manicomial é aniquiladora de subjetividades e se alimenta de uma lógica destrutiva, mas que insiste em se manter. O campo da saúde mental é formado por

conflitos de diversas instâncias e a seguir pontuamos o que envolve e impacta as formulações diagnósticas.

3 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E SUAS (RE)INVENÇÕES

3.1 O NORMAL E O PATOLÓGICO

Dunker (2021), em uma consideração sobre a palavra “diagnóstico”, destaca que ela é originada pelo radical *krinos*. Esse radical, em concordância com o autor, formula expressões como diagnóstico, crítica e critério. Nesse sentido, ele destaca que a atividade de diagnosticar refere-se à noção de separar, distinguir, eleger. E sobre o que circunda essa separação, o autor ainda destaca que “não há diagnóstico sem uma concepção do que vem a ser patológico e assim reciprocamente” (Dunker, 2021, p. 321). Assim, é através da concepção de normal e patológico que há a separação diagnóstica.

Os paradigmas em saúde mental orientam uma postura profissional diante do sofrimento psíquico. E esse posicionamento perpassa pela forma como cada perspectiva percebe o que é patológico. Nesse sentido, nos cabe discutir sobre o que é normal e o que é patológico e as formulações decorrentes disso, pois elas impactam diretamente as compreensões diagnósticas. Moreira e Dias (2011) apontam que essas formulações influenciam diretamente o tratamento decorrente para cada diagnóstico. Todo diagnóstico, infere um tratamento/cuidado, pois abordamos a relação saúde-doença/sofrimento.

O primeiro DSM data da década de 50 (Dunker, 2021). No entanto, as compreensões sobre as patologias, de maneira geral, figuram de muito antes. Canguilhem (2009), em um estudo clássico sobre o normal e o patológico, originalmente em 1966, destaca, a partir da fisiologia humana, que as compreensões sobre o adoecer são multidisciplinares. Moreira e Dias (2011, p. 77) apontam que “normal e o patológico são conceitos de extrema complexidade, visto que para compreendê-los é preciso considerar diversos aspectos, sejam eles de cunho filosófico, histórico, social ou político”.

Canguilhem (2009), apesar de desenvolver suas considerações a partir do corpo humano orgânico, provoca um debate relevante em torno da temática. O autor argumenta que as noções de normal e patológico variam de acordo com o tempo histórico, devido às práticas médicas. Isto é, é a medicina quem dita o que é normal e patológico, em alguma instância.

Em outro aspecto, mesmo transitando por diferentes visões, o autor elabora que o patológico é oriundo de aspectos qualitativos. Ele, nesse sentido, se opõe a compreensão do patológico como uma alteração quantitativa (Canguilhem, 2009). Canguilhem (2009), em oposição à perspectiva única de que a doença deriva de alterações quantitativas, justifica sua

visão ao discorrer que esta compreensão de excesso ou falta não leva em consideração o todo do organismo, no seu desenvolvimento.

Para defender o seu ponto de vista, o autor referido faz uso da condição da alcaptonúria, doença de origem genética. Ele argumenta que a partir desta condição não é possível compreender que o patológico é resultado de alteração meramente quantitativa, como apontava Comte, com sua visão positivista. Assim, os avanços dos estudos da genética indicam que o patológico pode derivar de alterações qualitativas advindas do próprio indivíduo.

Deste modo, Canguilhem (2009) também pontua a noção de normalidade vinda de uma percepção exterior ao sujeito, problematizando sobre como os conceitos de normal e patológico podem estar relacionados, de que ponto de vista eles partem e como se relacionam. Em um exercício de revisitar as noções do estudioso, Coelho e Filho (1999, p. 18) afirmam que “normalizar seria impor uma exigência a uma existência”.

Através de Foucault (1976), Coelho e Filho (1999), apontam para a noção de absurdo patológico – elas destacam que Foucault aprofundou as ideias de Canguilhem, e, a partir disso, pode-se dissertar que a ideia de normal corrói a vida afetiva do sujeito a partir de organizações exteriores, que exigem condutas de si de forma ambígua. Isso implica em uma busca por uma existência ambivalente, pressionada pelo social que exige uma conduta do que é normal.

Canguilhem (2009), ao tentar romper com um certo dualismo quantitativo-qualitativo, contribui com as noções de normal e patológico, ao pontuar que eles são processos naturais do decorrer da vida. Nesse sentido, ele defende que também deve ser pensado qual o conceito de saúde diante disso. Entretanto, ele destaca que a prática médica não tem interesse em se aprofundar conceitualmente. A prática médica tem apenas o interesse em diagnosticar e tratar, para que possa trazer o indivíduo à normalidade.

A partir do impacto dos estudos de Canguilhem, Gaudenzi (2016) destaca que diversas perspectivas em saúde empreenderam em estudos a fim de entenderem o que faz de uma condição física ou mental ser uma doença. Gaudenzi (2016) já elabora que as discussões de Canguilhem caminhavam nesse sentido, mas ela indica os impactos das perspectivas desenvolvidas pelo filósofo.

Diante disso, Gaudenzi (2016) coloca em evidência duas perspectivas, mais atuais, da área de saúde que compreendem de maneira antagônica o normal e patológico: o naturalismo e o normativismo. O naturalismo, de acordo com a autora, deriva exclusivamente de questões biológicas em total oposição às ciências humanas. É uma corrente teórica que está em sintonia com o âmbito da filogênese, sem levar em consideração a ontogênese do sujeito.

Para o naturalismo “o estado saudável é aquele que está de acordo com o funcionamento próprio da espécie ‘Homo sapiens’” (Gaudenzi, 2016, p. 751). Nesse sentido, o patológico é visto como o que desregula o funcionamento esperado para a espécie (Gaudenzi, 2016). Ele ainda pontua que os defensores desta noção em saúde explicitam que as ciências humanas não devem estar atreladas ao que é normal e patológico por elas envolverem conceitos morais e humanos que são cambiáveis. Não há uma objetividade nessas ciências, de acordo com os naturalistas.

Por outro lado, tem-se a corrente de estudos do normativismo. Nessa visão o normal e o patológico são vistos como decorrente de uma compreensão construtivista (Gaudenzi, 2014). Desta maneira, Gaudenzi (2014, p. 914) afirma que “o sentido que damos às coisas é dependente do ‘background’ cultural, genealógico, gramático, epistemológico e histórico que possuímos”. A forma como o patológico é assimilado tem uma íntima relação com os aspectos socioculturais. Isso caracteriza uma dimensão transitória para o que é normal e patológico, já que a sociedade, de modo geral, tem uma organização fluida no decorrer do tempo histórico.

Uma discussão relevante que Gaudenzi (2014) elabora sobre as duas noções, é que não se deve tratar o âmbito do normal e do patológico de maneira polarizada. A autora evidencia que as correntes de estudos são tentativas de compreensão do que circunda o que é patológico. Ela afirma que as diferenças teóricas, de forma razoável, parecem mais como um “artefato heurístico destinado a identificar os principais fundamentos utilizados pelos defensores dessas abordagens e a analisar o papel das normas e valores na conceitualização da doença” (Gaudenzi, 2014, p. 914).

Isso se soma também à complexidade das causas e das delimitações dos diagnósticos psiquiátricos, por elas serem indefiníveis. Na própria CID, na sua décima versão, encontramos tal afirmação sobre os transtornos de humor, por exemplo:

A relação entre etiologia, sintomas, processos bioquímicos subjacentes, resposta ao tratamento e evolução dos transtornos do humor (afetivos) ainda não é suficientemente bem compreendida para permitir sua classificação de forma a receber aprovação universal. Entretanto, uma classificação deve ser tentada e esta aqui apresentada é colocada na esperança de que será pelo menos aceitável, uma vez que é o resultado de ampla consulta (OMS, p. 110).

Percebemos, nesse sentido, como a própria constituição dos paradigmas em saúde mental são orientadas através de tensões, ambiguidades e incertezas. Por isso, o campo da saúde mental é um terreno de negociação constante. Sendo um campo de estudos não linear e heterogêneo. No que é relativo à própria seara da saúde mental, as compreensões do normal e

do patológico não figuraram apenas em debates teóricos. No curso do tempo histórico, tais perspectivas orientaram ações sobre o sujeito em sofrimento.

Júnior (2007) destaca que o que era relativo à saúde mental só se tornou objeto de ação da medicina a partir da Revolução Francesa, tendo como mote as mudanças sociais da época e os avanços científicos. Amarante (2002) aponta que isso resulta da ideia de “doença mental”, pois em períodos históricos anteriores, não havia a compreensão de que o sofrimento seria uma doença.

Tendo como referência os estudos de Foucault (1972), Amarante (2002) pontua que as pessoas em sofrimento, anterior à compreensão de “doença mental”, não eram tratadas através do saber médico. Elas eram abrigadas, tanto na Idade Média, quanto na Idade Clássica, em albergues e casas filantrópicas, mas não havia o caráter severo de segregação. É apenas com as mudanças do século XVIII, que culmina na Revolução Francesa, que “a desrazão (concepção anterior à “doença mental”), gradativamente, vai perdendo espaço e a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social” (Amarante, 2002, p. 59).

Nesse sentido, ainda em conformidade com Amarante (2002), ele destaca que é esta trajetória prática-discursiva sobre a doença mental que funda o saber e a prática psiquiátrica, enquanto instituição. Junior (2007) aponta que é na França, com a consolidação da noção de alienação mental proposta por Pinel, que a abordagem manicomial em saúde mental ganha contornos.

É nesta revoada histórica que o Brasil, na gestão do imperador Pedro II, ganha o seu primeiro hospital psiquiátrico (Oda; Dalgalarrodo, 2004). A partir de 1808 com a chegada da família portuguesa Real no país e a intensificação do processo de urbanização, pessoas tidas como desordeiras ou desocupadas transitavam com maior frequência pelos centros urbanos. Isso, de acordo com Oda e Dalgalarrodo (2004), gerou uma pressão social sobre a gestão do país e culminou na criação do primeiro centro hospitalar psiquiátrico.

Entretanto, ele não foi suficiente para a demanda e na mesma gestão outras estruturas hospitalares passaram a ser criadas ainda sob o comando de Pedro II (Oda; Dalgalarrodo, 2004). Essas instituições tinham como orientação o modelo de Pinel, estabelecido na França. As perspectivas que direcionavam os hospitais no Brasil, baseavam na ideia de que os doentes necessitavam ser observados e tratados, pela separação de seu ambiente de convívio. Ainda em conformidade com Oda e Dalgalarrodo (2004), os estudos de Pinel tiveram uma relevância na época, que o fez ser considerado o pai da psiquiatria moderna.

O enclausuramento do sujeito em sofrimento psíquico tomou forma definida e o paradigma manicomial tomou força. Porém, Junior (2007) destaca que tal assistência passou a

se deteriorar e não se tinha perspectiva de como exercer uma ação efetiva sobre o sujeito tido como louco. As estruturas hospitalares eram demais sucateadas e as manutenções necessárias não eram garantidas pelo Estado. A mudança necessária para este cenário, pontua Junior (2007), ocorreu pela descoberta de novos medicamentos que transformavam as pessoas loucas em pacientes ambulatoriais.

Nesse sentido, conforme havia mudanças estruturais no Brasil, a atenção em saúde mental passou por remodelações (Junior, 2007). A saúde, de modo geral, passou a ser financiada em parte pelo Estado e em outra pela previdência social pública. Junior (2007) coloca em evidência que esta última era movida unicamente pelo lucro e com o avançar das medicações, o sujeito medicalizado passou a representar um enorme lucro.

O avanço das medicações não resolveu toda a complexidade da situação e, diante dessa conjuntura, se organizou o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Amarante (2002) destaca que os trabalhadores de saúde mental tinham uma vida laborativa em péssimas condições, além do próprio tratamento que o sujeito louco já recebia. Nesse sentido, o movimento ganhou força e passaram a repensar de forma coletiva, através de congressos, como a assistência psiquiátrica no Brasil poderia ter novos rumos (Amarante, 2002). Isso culminou nos primórdios do paradigma psicossocial.

Essa movimentação passou a questionar as bases sociais da saúde. Amarante (2002, p. 104) afirma que “os principais aspectos dizem respeito à política privatizante da saúde e às distorções à assistência daí advindas, tendo, conseqüentemente, a dicotomia entre uma psiquiatria para o rico ‘versus’ uma psiquiatria para o pobre”. A saúde no Brasil, neste período, era um acesso para pessoas com recursos financeiros.

É apenas com a consolidação do SUS, pós-regime ditatorial, que novos contornos em saúde ganham formas. O acesso passa a ser mais equânime e um direito de todos e todas (Paim, 2015). Entretanto, como o campo da saúde, não só a mental, é heterogêneo, fazemos uma associação ao conceito de higiene proposto por Costa (1983).

Ele afirma que as práticas médicas e de saúde-assistenciais, passaram a atuar de maneira normativa a fim de limpar modos de vida tidos como desviantes. Para isso ele usa questões que envolvem a norma familiar. Foi necessário criar um modelo padrão de família para compor o que era normal e orientar as práticas profissionais em prol da manutenção desse modelo. Nesse sentido, Costa (1983) dissecou que as práticas de cuidado, na verdade, podem se tornar práticas de controle e imposição da forma como a vida deve ser vivida.

Desta maneira, percebemos que o debate entre normal e patológico é conflituoso e não apresenta consenso. Nos posicionamos diante da ideia de sofrimento, ao entendermos que o

cuidado deve ser proporcionado de forma não normativa, sempre em diálogo com quem demanda atenção. Ainda mais, todas essas configurações permearam e ainda permeiam as formulações dos diagnósticos psiquiátricos.

3.2 EVOLUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

Os diagnósticos psiquiátricos derivam de duas organizações propostas pela OMS e pela APA, como já mencionado. É a partir das transformações e das problemáticas que a psiquiatria moderna enfrenta que as primeiras classificações são pensadas. Martinhago e Caponi (2019) apontam que os sintomas como delírios e alucinações deixaram de ser o foco para que houvessem classificações das condutas da vida cotidiana. Era necessário criar um consenso geral e uma objetivação dos sofrimentos.

Entretanto, anterior ao primeiro DSM, já havia uma proposta de classificação. Morel, com sua teoria da degeneração, no início do século XX já propunha que um estudo sintomatológico deveria ser abandonado em função de pensar em um foco para a etiologia, as causas da doença mental (Martinhago, 2017). Mas foi Kraepelin, também no início do século XX, quem consolidou as primeiras classificações – Martinhago (2017) aponta que ele se dedicou à nosologia, inaugurando a psicopatologia descritiva.

Sua proposta classificatória descritiva, perdurou por trinta anos, tendo oito edições (Martinhago, 2017). A tentativa classificatória de Kraepelin seria de equiparar os sofrimentos diversos em uma abordagem clínica, a fim de que eles tivessem o mesmo patamar de outras doenças tratadas pela medicina (Dunker, 2014). Martinhago e Caponi (2019) destacam que o intuito de Kraepelin era contribuir para a formação de novos profissionais. Ele, segundo as autoras, atualizava seu manual ao relacionar os diagnósticos com as descobertas científicas da neurologia, da genética e da estatística médica.

Com uma crescente modernização, tornava-se necessário nos EUA um censo estatístico para que as instituições pudessem se organizar. Martinhago e Caponi (2019), através da APA, de 2016, apontam que foram realizadas duas investidas pelo país, sendo em 1840 e 1880. O intuito era medir a idiotice e a insanidade e, posteriormente, mensurar a mania, a melancolia, a monomania, a paresia, a demência, o alcoolismo e a epilepsia.

Segundo Dunker e Kyrillos Neto (2011) a última classificação anterior ao primeiro DSM surge em 1918 e o intuito dela era para ser usada em instituições de insanos. Os autores revelam que nesta sistematização havia vinte e duas categorias com destaque para a psicose, a melancolia, a demência precoce, a paranoia, as psiconeuroses e as neuroses.

Já na década de 50, surge o primeiro DSM, que contava com 106 categorias diagnósticas, a partir de um enfoque psicanalítico (Dunker; Kyrillos Neto, 2011). Junior (2014) destaca que essa primeira edição surge em um contexto de pós-Segunda Guerra mundial. As classificações existentes, tanto as que já estavam incluídas no CID, não atendiam as necessidades de saúde que a guerra provocou, pontua Junior (2014). O autor aponta também que diversas perspectivas teóricas, naquele momento, guiavam a formulação das classificações, o que as tornavam pouco coesas entre si.

Nesse sentido, os impactos do contexto da guerra atingiram o sistema de saúde americano, que não possuía referências diagnósticas adequadas para as novas necessidades. O CID, por exemplo, que já estava na sua sexta versão na época, tornou-se insuficiente por não abarcar questões que envolviam síndromes cerebrais crônicas e reações situacionais (Junior, 2014).

O primeiro DSM, desta maneira, é elaborado para criar uma coesão teórica e uma referência sólida para as necessidades de saúde mental, da população em geral. Seu enfoque teórico baseou-se na psicanálise e teve três eixos principais: transtornos neuróticos, psicóticos e de caráter (Junior, 2014). Dunker e Kyrillos Neto (2011) afirmam que a primeira formulação psicopatológica do DSM-I derivou da racionalidade diagnóstica.

Eles destacam que ela é “centrada em tipos de reação e no pressuposto sintético da história de vida e das moções determinantes das doenças mentais” (Dunker; Kyrillos Neto, 2011, p. 6). Dunker (2021) destaca que esta primeira versão opera por meio da compreensão da oposição entre neurose e psicose, derivados de uma noção psicodinâmica.

Cerca de quinze anos após a criação do DSM, uma nova edição é configurada. Este novo arranjo tem como líder o psiquiatra americano Robert Spitzer, que tinha como propósito ajustar o manual de forma correlata ao CID (Dunker, 2021). Dunker e Kyrillos Neto (2011) ressaltam que este segundo compêndio ainda estava baseado em uma visão psicanalítica. Entretanto, ele tem como eixo central a oposição entre neuroses e desordens da personalidade, organizadas em 182 categorias diagnósticas.

Junior (2014) elenca que esta segunda versão era apenas uma extensão da primeira. O segundo manual apenas deixou, de forma nítida, a perspectiva da reação, que compreendia que ela era oriunda dos fatores biopsicossociais. A visão psicanalítica se fazia presente na medida em que havia a consideração da natureza simbólica dos sintomas de sofrimento. Conforme Junior (2014) destaca, a segunda versão não havia desenvolvido uma grande influência nas atividades clínicas, que ainda se guiavam por teorias tidas como tradicionais. O autor lembra que em termos práticos o manual seguia restrito a fins administrativos.

Porém, ainda em conformidade com Junior (2014), ele destaca que o segundo manual derivou de um contexto social intenso. Nesta versão já havia uma seção diagnóstica sobre transtornos comportamentais da infância e da adolescência. Além disso, ele também contava com outra seção relativa aos desvios de natureza sexual, tendo a homossexualidade como uma doença. É a partir deste marco que se tem uma politização das questões diagnósticas, já que movimentos iniciaram uma luta pela retirada da homossexualidade do manual (Freitas; Amarante, 2017).

Já na década de 80, surge a terceira edição do DSM. Essa versão rompe completamente com o que vinha sendo construído, e o terceiro manual tem o intuito de ser ateuórico (Dunker; Kyrillos Neto, 2011). Martinhago e Caponi (2019) discutem que essa edição consolida a uniformização internacional dos diagnósticos, que já vinha sendo elaborada desde o DSM-II.

O rompimento com a psicanálise ocorre nesta versão e o DSM passa a ter como suporte para os diagnósticos a medicina baseada em evidências (Martinhago; Caponi, 2019). Junior (2014) discute que a terceira edição compreendeu uma revolução, tanto que o DSM passou a ter impacto internacional, mesmo que apenas usado em um único país. Em termos de estudos e pesquisas, ele se tornou uma importante referência para as discussões em torno dos diagnósticos psiquiátricos.

Essa nova compreensão do terceiro manual incorporou os avanços científicos da farmacologia e a prática psiquiátrica que, a partir das evidências, adotou uma nova postura (Martinhago, Caponi, 2019). Essa nova postura consistia em identificar os sintomas, definir o diagnóstico e testar a eficácia dos medicamentos, como destaca Martinhago e Caponi (2019).

Esta atitude clínica passou a ser bem aceita pelos profissionais na medida em que se rompia com a etiologia e se direcionava um foco para o descritivo, tendo como consequência a supressão da ideia de neurose (Dunker, 2014). Deste modo, o DSM-III estava organizado em “265 categorias, e apresentava uma posição ateuórica, objetiva e supostamente neutra” (Martinhago, 2017, p. 119).

Nesta versão do manual tem-se como criação o sistema de diagnósticos multiaxial (Dunker; Kyrillos Neto, 2011). Sendo um sistema que se adequava ao censo estatístico, tendo como consequência a simplificação do diagnóstico (Dunker, 2014). As influencias da medicina baseada em evidências e a filiação estatística-descritiva resultaram, assim, em uma “divisão bem definida do que eram os problemas do cotidiano e o que era de fato a doença mental” (Martinhago; Caponi, 2019, p. 78).

Junior (2014) discute que esta versão tinha o objetivo evidente de delimitar uma estrutura anátomo-fisiológica para os diagnósticos. Caponi (2014), desta maneira, argumenta que esta

reformulação suprimiu as narrativas e as histórias de vida dos usuários, que necessitavam de cuidados. O DSM-III, e suas edições posteriores, inauguram fortemente o agrupamento de sintomas, logo, a descrição psicopatológica, que fora resgatada de Kraepelin, dissecou os sintomas em agrupamentos que vêm a constituir os diagnósticos diversos (Caponi, 2014).

Martinhago (2017, p. 120) afirma, assim, que “os diagnósticos se tornaram instrumentos convencionais, excluindo qualquer referência ontológica”. Martinhago (2017) ainda discute que as transformações conceituais do DSM-III reconfiguraram as entrevistas diagnósticas. O caráter psicodinâmico, orientado pelo *insight*, foi abandonado e passou a ter um foco no sintoma, a fim de descrevê-lo.

Aproximadamente dez anos após o DSM-III, elabora-se uma versão revisada. Nela, constam 292 categorias diagnósticas – no entanto, esta edição foi duramente criticada, por considerarem que ela teve uma metodologia insuficiente e pouco científica (Martinhago, 2017). Assim, em 1994, sete anos após a versão revisada, surge o DSM na sua quarta edição, com 297 categorias diagnósticas (Dunker; Kyrrilos Neto, 2011). Alarcón e Freeman (2015) destacam que este manual resultou da necessidade de haver uma melhor qualidade das informações diagnósticas. Martinhago (2017, p. 121) aponta que ele fora pensado por meio de cinco eixos:

- 1.Eixo I: distúrbios clínicos, incluindo os principais transtornos mentais, e desenvolvimento e distúrbios de aprendizagem;
- 2.Eixo II: retardo subjacente penetrante ou condições de personalidade, bem como mental;
- 3.Eixo III: situações clínicas agudas e doenças físicas;
- 4.Eixo IV: fatores psicossociais e ambientais que contribuem para a desordem;
- 5.Eixo V: avaliação global de funcionamento

Posterior a esta versão, surge outra versão revisada, a qual contava com as mesmas categorias, porém, foram acrescentadas 21 categorias em um apêndice (Dunker; Kyrrilos Neto, 2011; Martinhago, 2017). Aproximadamente 13 anos após a versão revisada, tem-se a quinta edição do manual, em 2013, organizada a partir de cinco seções, sendo: orientações para o uso clínico e forense; critérios e códigos diagnósticos dos transtornos; instrumentos para avaliação de sintomas; os aspectos culturais dos transtornos e modelos alternativos para transtornos de personalidade (Martinhago, 2017). Essas organizações formularam quase mil páginas nesse novo manual, destaca Martinhago (2017).

Alarcón e Freeman (2015) pontuam que uma relevante atualização desta versão estava na perspectiva desenvolvimental dos diversos diagnósticos. Passou a ser compreendido as dinâmicas do sofrimento diante de cada momento do curso da vida. Outro aspecto relevante,

destacam os autores, é o que envolve a noção de proteção e risco, elementos essenciais para uma atitude preventiva na noção nosológica.

Martinhago (2017) aponta que mesmo ainda tendo a orientação categorial, o quinto DSM apresentou um enfoque mais dimensional em relação às versões anteriores. Foi possível também mensurar, pela primeira vez, a intensidade dos diagnósticos em leve, moderado ou severo. Martinhago (2017) destaca que todas essas reformulações foram oriundas de uma diversidade de opiniões que contemplou mais de oito mil pesquisadores.

Já em 2022, é publicado uma nova versão do DSM, sendo em modelo de revisão (Fay, 2022). Fay (2022) discute que ainda há poucas discussões em torno da nova revisão, que foi divulgada de modo discreto. Ela pontua que a quinta versão provocou debates polêmicos e acredita-se que a descrição desta revisão é resultado disso, pois os diagnósticos resultam de disputas políticas e de poder. A neutralidade descritiva, argumenta a autora, não tem fundamento.

3.3 OS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS ENQUANTO PROCESSOS CULTURAIS

As crescentes categorias diagnósticas indicavam possíveis avanços científicos. Entretanto, esses avanços não eram resultados exclusivos de novas tecnologias e achados de pesquisas, que se propunham a serem neutros. O que envolvia e ainda envolve, na verdade, essas novas construções diagnósticas são processos culturais (Berrios, 2008). Zorzanelli (2014) argumenta que os diagnósticos psiquiátricos são objetos culturais. Os diagnósticos, a partir de cada edição de seus manuais, refletem ideias médicas. Porém, esse reflexo não está circunscrito ao meio médico, ele origina formas variadas de impacto cultural que transcende a medicina e, mais específico, a psiquiatria.

Zorzanelli (2014) desenvolve seu ponto de vista a partir do DSM-V, argumentando que as mudanças desta edição revelaram o quanto o debate sobre os diagnósticos é um campo de forças em disputa. A estudiosa destaca que a formulação da quinta edição gerou grandes debates, porque os organizadores tentaram incluir opiniões diversas por meio de discussões *online*. Nesse contexto foi divulgado que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA, indicava ter o projeto de criar diagnósticos a partir do ponto de vista da genética e estudos de imageamento para acessar outras instâncias, não antes alcançadas.

Nesse sentido, a pesquisadora pontua que esta posição do Instituto revela o quanto o campo de estudo dos diagnósticos está em constante formação. Essa filiação mais biológica, revela Zorzanelli (2014), destaca o quanto os interesses movem-se em função de organizações,

saberes dominantes e demais circunstâncias que gerem poder. A autora ainda destaca que 69% dos organizadores do quinto DSM estavam ligados à indústria farmacêutica, tendo sido um aumento de 21% de organizadores dessa filiação, em relação ao DSM-IV.

Refletimos que essa ligação resulta de uma crescente busca por uma medicalização do sofrimento (Freitas; Amarante, 2017). A falta de um contorno biológico específico do sofrimento para a comunidade médica produz essa busca por medicamentos, que supostamente, podem tratar o sofrimento psíquico. E comprovar, em alguma medida, que a biologia é mesmo um aspecto preponderante dos sintomas de ordem psíquica.

Na visão de Zorzanelli (2014), compreender os diagnósticos como objetos culturais significa ter a noção de que eles se misturam com saberes não médicos, principalmente, do senso comum. Isso, de acordo com ela, gera mais que diagnósticos psiquiátricos: geram-se comportamentos, preocupações e sensibilidades, por exemplo. Desta forma, a pesquisadora aponta que as classificações diagnósticas são linguajares, terminologias usadas no cotidiano, que provocam algum impacto no curso da vida.

Esse uso linguístico dos diagnósticos ocasiona efeitos performativos sobre as relações sociais, em detrimento do que se entende no campo de prática e estudo em saúde mental, por uma experiência de sofrimento psíquico (Castro, 2020). Atualmente contam-se nos manuais diagnósticos centenas de classificações e cada uma está relacionada com fenômenos da vida cotidiana. Na revisão mais recente do DSM, Fay (2022) aponta que o luto passou a ter um diagnóstico: transtorno de luto prolongado.

O que caracteriza esse transtorno, de acordo com Fay (2022), é que se o luto durar por mais de um ano e dificultar a funcionalidade das atividades da vida diária, o transtorno pode ser enquadrado no sujeito. Esse status de diagnóstico atribuído ao luto confere uma dinâmica na vida em que o indivíduo pode ser medicalizado e as seguradoras de saúde podem ser acionadas, por exemplo. Tudo isso movimenta uma cadeia burocrática institucionalizada, a qual visa mais o dinheiro, do que o cuidado em saúde mental, aponta Fay (2022).

A íntima ligação do sofrimento psíquico com a vida cotidiana é complexa. A atenção biomédica insiste em biologizar o sofrimento e ela não tem consolidado avanços nessa direção (Ingle, 2022). Nesse sentido, a dimensão cultural dos diagnósticos é uma seara de discussão fundamental, pois os diagnósticos performatizam modos de existência como já mencionado por Castro (2020).

Pimentel e Amarante (2020) evidenciam que as pessoas em sofrimento psíquico são vistas como anormais, estranhas e perigosas. Isso também é transposto para ocasiões cotidianas e as relações humanas. Comumente, pessoas que mudam de opiniões de forma frequente são

adjetivadas de bipolares. Sendo a bipolaridade um transtorno de humor que se caracteriza pela alternância de estados depressivos e ansiosos, podendo ainda apresentar sintomas psicóticos (Pizarro, 2020).

Nesse sentido, os efeitos performativos agem sobre todos e todas de alguma maneira. Brinkmann (2017) destaca que as terminologias psiquiátricas transcenderam o seu próprio saber de origem. Ele aponta que o saber popular antes era limitado a poucas categorias como ansiedade e depressão. No entanto, atualmente usam-se outras terminologias como o transtorno de déficit atenção e hiperatividade (TDAH), autismo, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), entre outros, de forma leviana.

O autor argumenta que os diagnósticos hoje fazem parte de nós e do mundo. Nesse sentido, Brinkmann (2017) desenvolveu a noção de culturas diagnósticas. Essa compreensão confere um sentido de que existem diversos diagnósticos dentro do mesmo diagnóstico, o que confere diversos usos para ele. O autor exemplifica que o TDAH não tem o mesmo sentido para a criança que é diagnosticada, os pais, a escola e o psiquiatra. O conceito desenvolvido por Brinkmann (2017) é uma intenção de compreender como os diagnósticos operam na sociedade.

Nessa perspectiva, Brinkmann (2017) denota que os diagnósticos são objetos de fronteiras. Nessa percepção o autor discute que diferentes comunidades se sentem habilitadas para comunicar algo sobre o próprio diagnóstico. Nesse sentido, é incongruente não pluralizar o conceito de culturas diagnósticas, porque elas revelam a multiplicidade de formas de atuação de uma mesma categoria nosológica contida nos manuais.

Ainda em conformidade com Brinkmann (2017), ele argumenta que nós humanos sofremos de um modo complexo. E o que nos faz entender o sofrimento próprio de cada um é o vocabulário de cada pessoa. Nesse sentido, os diagnósticos configuram como ferramentas de mediação entre o que a pessoa sente e o que ela consegue nomear, seja em contexto médico ou não. Os diagnósticos, por onde transitam, configuram uma linguagem polissêmica, mas sempre ligada a uma forma de sofrer.

Desta maneira, Brinkmann (2017) aponta que devemos investigar a experiência humana do sofrimento em um âmbito histórico, social e cultural. Ele destaca que existem aspectos da individualidade no sofrimento. No entanto, a complexidade do sofrer decorre da relação indivíduo e sociedade, argumenta o autor. Ele destaca, assim, que os impactos dos diagnósticos são individuais e coletivos, de forma simultânea.

Castro (2020) também discute que expressões como “esquizofrênico”, “bipolar” ou “depressivo” são formas normativas sociais, que ocorrem no cotidiano. Essas expressões são usadas de maneira pejorativa para se referir às condutas humanas. Desta maneira, o

diagnóstico, em nossa reflexão, transforma-se em um elemento de segregação, além de ser um nome para o sofrimento psíquico.

Caponi (2012) aponta que os diagnósticos, na figura de seus manuais, operam como dispositivo biopolítico na medida em que é uma estratégia de controle que tem o intuito de antecipar perigos. Essa antecipação visa a demarcação de fronteiras entre o normal e o patológico e os desvios que devem ser corrigidos e antevistos. Seja por parte da medicina, como também das pessoas que congregam o mesmo espaço social, já que a coexistência entre o normal e o louco não é suportável.

A performatividade, que resulta do que cada sujeito diante das terminologias diagnósticas, produz efeitos sobre as relações. Seja para a pessoa que é tida como louca, ou para a pessoa que vê o outro como louco. Dunker (2014) pontua, deste modo, que as classificações não delimitaram de forma assertiva as diferenças entre o normal e o patológico. E nos questionamos até se isso pode ser mensurado de forma definitiva.

A biopolítica é um conceito complexo, mas Caponi (2012) discute que esta compreensão argumenta que o Estado ou as entidades de poder, regulam quem pode viver ou quem pode morrer. Isso, pontua a autora, figura como uma tentativa de controle histórica dos problemas decorrentes de uma vida cada vez mais globalizada com uma desenfreada urbanização e crescimento populacional.

A biopolítica refere-se justamente à despolitização do sujeito. Ao conferir importância à determinadas vidas, o controle que o dispositivo biopolítico opera é sobre o esvaziamento do sujeito. Há a configuração de um sujeito passivo que não pode responder por si próprio (Caponi, 2012). Compreendemos que uma vida “transtornada” possui suas desregularidades frente ao que é tido como normal. Os jovens participantes do estudo, por exemplo, indicaram como é difícil se adequar à rotina de trabalho convencional e ao que as pessoas esperam deles socialmente. E quando eles não respondem ao que é esperado, o que recebem é incompreensão.

Essa visão de sujeito passivo, atrela-se ao que vemos em relação ao modelo manicomial, principalmente, na figura das comunidades terapêuticas. A definição de cada diagnóstico é uma tarefa complexa, porque o próprio sofrimento é um fenômeno múltiplo. E a taxação de pessoas que apresentam o que não é esperado socialmente ocorre de forma grosseira, sem empatia e produz violências variadas. Em crítica aos critérios que definem um diagnóstico, Freitas e Amarante (2017) discutem uma pesquisa que mostra a fragilidade dos critérios.

Os autores destacam duas pesquisas desenvolvidas por Termelin, em 1968, e Rosenham, em 1973. Na primeira, o pesquisador convidou um ator para uma gravação e solicitou que ele se comportasse como uma pessoa “normal”, sendo conduzido para uma entrevista em formato

de caso clínico. Essa gravação foi apresentada para 25 psiquiatras, 25 psicólogos e 45 estudantes de psicologia.

Porém, antes da apresentação da gravação, o pesquisador fez com que os participantes escutassem a opinião de um especialista. Ele afirmou que o caso, encenado pelo ator, era de um psicótico que, na verdade, se disfarçava em uma estrutura neurótica. Os participantes chegaram a seguinte conclusão: 15 psiquiatras diagnosticaram o ator com psicose; 10, com neurose; sete psicólogos o definiram como psicótico; 15, como neurótico; três concluíram que ele seria saudável. Já entre os estudantes, 35 o consideraram neurótico; cinco, psicótico; e os outros cinco o consideraram uma pessoa saudável.

Quanto à segunda pesquisa, atores foram contratados para ir a uma emergência psiquiátrica, devendo alegar que escutavam uma voz e sentiam um vazio existencial, como uma espécie de “oco”. Os outros aspectos de suas vidas deveriam permanecer verídicos, além de que eles deveriam ter uma aparência como a usual – as únicas informações artificiais seriam as vozes e o vazio.

Na emergência psiquiátrica, todos foram admitidos com facilidade, e todos foram classificados como psicóticos. Entretanto, nas primeiras 24 horas de internação, a maioria dos atores contratados desistiu da pesquisa, devido à forma como uma instituição hospitalar conferia assistência aos pacientes. Uma vez em regime de internação, os atores deveriam registrar suas impressões em diários – em alguns prontuários do hospital, o ato de escrever foi caracterizado como um sintoma da psicose.

Essas pesquisas, de acordo com Freitas e Amarante (2017) impactaram a confiabilidade dos diagnósticos. Eles ressaltam que elas ocorreram no período em que existiam apenas duas versões do DSM, porém, elas já indicavam que os critérios diagnósticos possuíam suas fragilidades, mesmo com as críticas que receberam. As definições que constituem um diagnóstico são inconsistentes, mesmo que se procure criar um consenso descritivo.

Nesse sentido, Freitas e Amarante (2017) discutem que os critérios diagnósticos são convenções usadas de acordo com necessidades de poder. Eles compreendem que na seara das classificações existe a mistura da ciência com a política. Em cada revisão dos manuais, as novas diretrizes são formadas mais por quem forma alianças e detém poder de garantir seus critérios.

Fay (2022) aponta que a criação de novos diagnósticos tem tido critérios mais gerais, a exemplo do luto. E, essa generalidade, pode enquadrar muito mais pessoas, o que pode gerar uma quantidade milionária de dinheiro para a indústria farmacêutica. Por isso, não é ao acaso que mais da metade dos organizadores do quinto DSM estavam diretamente ligados à farmácia.

Ingle (2022), nesse sentido, argumenta que as organizações dos sistemas de saúde mental visam mais atender ao capitalismo e o lucro, do que o cuidado. Como uma pessoa em sofrimento não responde à sociedade da forma que é esperada, torna-se necessário criar novas estratégias em que essas pessoas ofereçam algo às instituições de poder. Freitas e Amarante (2017) apontam que diante desse cenário a medicalização do sofrimento já é uma epidemia. O cuidar virou sinônimo de medicalização.

Nesse sentido, ainda em conformidade com Freitas e Amarante (2017), eles apontam que a psiquiatria tem dois grandes desafios em termos científicos: a validade e a confiabilidade. Fellowes (2020) discute que os diagnósticos, na verdade, referem-se ao momento científico de seu período histórico. Assim, eles são resultados de um processo de descontinuidade, como pontua o autor. A ciência tende a buscar a verdade de seu tempo, o que a torna um processo provisório, histórico e plural. E os diagnósticos psiquiátricos operam na mesma sintonia.

O que exemplifica essa descontinuidade é a forma como cada conceito muda no decorrer do tempo histórico (Fellowes, 2020). Freitas e Amarante (2017) trazem também como exemplo a questão da homossexualidade e do estresse pós-traumático. A orientação homossexual, no DSM-II, era considerada como um diagnóstico. Entretanto, movimentos sociais lutaram para que a categoria fosse retirada dos manuais, já que ela era resultado de um preconceito.

Já o estresse pós-traumático é formulado a partir de uma movimentação popular e científica para que ele fosse compreendido como um transtorno. Nesse sentido, percebemos como os diagnósticos são orgânicos, não são definitivos. Eles acompanham as configurações culturais humanas. Matos e Ferreira (2016) discutem que a cultura de cada diagnóstico tem implicações na construção de subjetividades.

Os autores afirmam que o diagnóstico é um relato sobre sentimentos ou pensamentos, sendo um elemento que tem o intuito de apreender a realidade subjetiva. Deste modo, eles argumentam que o diagnóstico, em alguma medida, tem influência sobre o desenvolvimento subjetivo de cada um, por ser um agente tradutor daquilo que se sente, mas, muitas vezes, não é entendido pela própria pessoa que necessita de cuidado.

Assim, Matos e Ferreira (2016) apontam que o sofrimento é uma experiência vivida e o diagnóstico são práticas culturais que informam o que é essa experiência, classificando-a como uma doença. Por fazerem uma leitura analítica comportamental, os autores relacionam que a ciência do diagnóstico para o indivíduo opera em uma busca ou evitação dos sintomas, daquilo que o faz sofrer.

Esse impacto do diagnóstico pode indicar a forma como cada pessoa lida com a sua subjetividade, o seu próprio eu, apontam os autores. O sofrimento psíquico, desta maneira, é

uma experiência única para cada ser humano, mesmo que ele seja oriundo de questões coletivas. O diagnóstico torna-se, assim, uma mediação entre o interior e o exterior.

Deste modo, eles afirmam que a mediação não ocorre apenas pelo ato de nomear. O diagnóstico é “uma recontextualização verbal que estrutura o modo como um sujeito se relaciona com as funções dos sinais e sintomas que descrevem seus eventos privados” (Matos; Ferreira, 2016, p. 519).

A culturalidade dos diagnósticos está justamente na forma como cada categoria, por suas revisões, altera a função do que é sentido, e realoca o sofrimento na individualidade a partir da ciência (Matos; Ferreira, 2016). Isso está diretamente relacionado com o que Martinhago e Caponi (2019) apontam sobre as perspectivas de doença e transtorno nos manuais: elas afirmam que inicialmente havia a compreensão de que o sofrimento psíquico seria uma doença (*disease*, em inglês), mas que fora, em seu processo de evolução, compreendido como um transtorno (*disorder*).

Esse cambio, segundo as autoras, denotou em uma nova conceituação de que os transtornos estão fora de uma ordem pré-estabelecida. Essa mudança decorreu da compreensão que a doença preconiza um tratamento a partir de uma etiologia, com determinados sintomas e prognóstico, em alguma medida. Porém, o conceito de transtorno indica que não há uma causa específica para o sofrimento, muito menos um prognóstico de tratamento que levará a cura, como é compreendida amplamente.

Nesse sentido, a descrição psicopatológica, torna-se a melhor postura profissional de cuidado frente ao sofrimento, porque ela cria uma linguagem comum (Martinhago; Caponi, 2019). Por outro lado, ainda se tem a questão das comorbidades (VAN LOO; ROMEIJN, 2015). O sofrimento é plural e, deste modo, um mesmo sujeito pode ser diagnosticado com mais de um transtorno.

O processo descritivo pode enquadrar-se em mais de um critério que atenda diagnósticos diferentes (Van Loo; Romeijn, 2015). Essa compreensão torna-se uma das bases das discussões de que estamos transformando experiências emocionais naturais em transtornos de acordo com Van Loo e Romeijn (2015). A inflação diagnóstica, torna-se assim, uma epidemia que visa atender ao mercado neoliberal (Passarinho, 2017; Saflate, 2021).

Na contramão dos diagnósticos, o movimento TRANS tem o intuito de despatologizar sua condição de existência (Giroto *et al.*, 2021). E, através de luta social, a transexualidade foi retirada do capítulo de transtornos mentais do CID e redirecionada para o capítulo “condições relacionadas à identidade sexual” (Giroto *et al.*, 2021). Mais essa exemplificação indica como os aspectos culturais relacionam-se intimamente com os diversos sofrimentos psíquicos.

Os organizadores, nesse sentido, ao entenderem que não poderiam desconsiderar aspectos socioculturais, criaram o código Z (Paniagua, 2018). Este código orienta os profissionais de saúde mental, que alguns sofrimentos são decorrentes das configurações sociais. Desta maneira, esse código indica um rol de situação que são geradores de sofrimento psíquico. A perda do emprego, violência intrafamiliar, poluição e desabrigo são alguns exemplos dessas situações (Paniagua, 2018).

Percebemos, assim, que a etiologia, as causas do sofrimento ainda é um âmbito obscuro. Temos apenas a compreensão de sua complexidade. A vida cotidiana, em sua dimensão sócio-histórica, mescla-se com questões individuais que partem do corpo – por isso que as dimensões culturais dos critérios diagnósticos devem ser discutidas. O biológico e o cultural, no decurso do sofrimento, não são processos exclusivos e isolados.

Vorst e Rojas (2017), ao debaterem a temática, se questionam: “as categorias psicopatológicas existem ou são uma invenção? São um mito fabricado por psiquiatras? Ou são um construto cultural de poder? Ou ainda é um produto da Era Moderna?” (p. 135). Eles refletem que o diagnóstico psiquiátrico possui uma gama de complexidade sobre diversas experiências de adoecimento que ainda não possuem uma causa definida, além de estarem atreladas, fundamentalmente, aos aspectos da vida cotidiana e da vida emocional-sentimental.

A problemática que envolve a atenção em saúde mental, tendo os diagnósticos como ponto de partida, argumenta-se que “defende-se uma provocação ao paradigma psiquiátrico de saúde para loucos por, supostamente, não loucos” (Miranda; Cabral, 2016, p. 49). Além disso, Miranda e Cabral (2016, p. 50) ainda pontuam que “o modelo biomédico, que seguia orientando a formação, afastou-se do humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse o cuidado integral à pessoa, em geral suprimindo o que ela teria a dizer sobre si”.

Em um exercício crítico, Dunker (2021, p. 319) pontua que essa atitude apontada pelas autoras, ocorre a partir de uma “tentativa de separar o sintoma das suas inflexões em termos de sofrimento, ou seja, o sintoma de sua hermenêutica ou de sua interpretação pelo próprio sujeito”. Severo e Dimenstein (2009) trazem apontamentos de que o diagnóstico é uma ferramenta de poder geradora de exclusão e operacionalização do cuidado, quando subjetividades e modos de viver escapam à norma da vida comum.

A imprevisibilidade dos diagnósticos psiquiátricos, seja pela sua etiologia, quanto pelo seu curso de cuidado/tratamento, indica como a seara da saúde mental é um campo complexo. Refletimos também, mesmo diante de diferentes terminologias, como a cultura é um processo que marca as categorias psiquiátricas e as reformula, transformando as fronteiras do sofrimento.

Diante disso, discutimos a seguir como as juventudes estão envolvidas em processos diagnósticos, tendo como orientação o campo da saúde mental.

4 JUVENTUDES NO DECURSO DA SAÚDE MENTAL

4.1 O QUE SÃO AS JUVENTUDES?

Mattos (2013) destaca que a juventude é uma experiência plural, que transita e é constituída por processos subjetivos e socioculturais. Nesse sentido, compreendemos que a juventude dever ser conceituada como juventudes (Trancoso; Oliveira, 2014). Mattos (2013, p.13) ao abordar esse aspecto múltiplo das juventudes, discute que o que perpassa esse entendimento é a noção de que “pessoa e cultura se co-determinam”. Por isso, as juventudes compreendem uma experiência subjetiva e cultural ao mesmo tempo.

Trancoso e Oliveira (2014, p. 138) afirmam que é da ordem do impossível “um conceito unívoco para as juventudes, dada a sua complexidade ampliada pela elasticidade que adquire na contemporaneidade”. A partir do marco regulatório civil, do Estatuto da Juventude (Brasil, 2013), entende-se que as juventudes estão situadas na faixa etária que vai de 15 até 29 anos. Porém, este marcador etário, é insuficiente para demarcar uma experiência de vida tão plural.

Mattos (2013) caracteriza que o ser jovem tem como característica principal a busca pela continuidade de si. Essa continuidade elucida a transformação de si mesmo, frente a um momento da vida em que os jovens estão à procura de se incluírem em diversas experiências (Zittoun, 2012). Assim, Mattos (2013) pontua que neste momento do ciclo da vida é necessário, em alguma medida, adentrar na vida laborativa; é a mudança da educação básica para a superior – e até a finalização desta última –; tem-se o convite social para adentrar no cenário político através do voto; é um momento em que alguns jovens adentram na maternidade e na paternidade, dentre outras experiências.

Diante disso, percebemos, assim, como viver as juventudes compreende um intenso processo de transformação de si (Mattos, 2013). Nesse sentido, temos que refletir que as juventudes são uma condição em si mesma com complexidades próprias (Mattos, 2013). Isto é, ela não é uma superação da infância ou adolescência em que o sujeito se prepara para ser adulto ou até uma mera fase de transição, como muitas vezes a adolescência é vista (Leite; Ramalho, 2015).

Resende e Espíndula (2020, p. 2) afirmam que as juventudes “não representam mais um momento de transição da infância para a idade adulta”. Nesse sentido, ela compreende uma experiência única e complexa no curso da vida. Resende e Espíndula (2020) realizaram um estudo sobre como as juventudes são representadas em um jornal de grande circulação, o Folha

de São Paulo. Nesta pesquisa, eles discutiram que as juventudes estão interseccionadas com os seguintes temas: formação profissional/ensino, estilo de vida e violência/morte.

A formação profissional, assim, relaciona-se com questões que envolvem a responsabilidade e a construção de valores (Mattos, 2013). Esse desenvolvimento educativo, muitas vezes proporcionado pelo ensino superior ou profissionalizante, resulta em uma visão social de que “os jovens são vistos como a possibilidade de renovação por meio do senso de responsabilidade pela mudança social” (Resende; Espíndula, 2020, p. 07).

No que é relativo ao estilo de vida, os pesquisadores discutem que tal aspecto está relacionado com o desenvolvimento juvenil. As juventudes também são vistas pelos marcadores biológicos, através da idade, e também pela forma como se organizam coletivamente. Mattos e Castro (2016) destacam que as juventudes sofrem influência de aspectos psicossociais e a tendência de estar em grupo é uma característica marcante das juventudes, além de uma busca por uma identidade, seja coletiva ou individual.

Isso corrobora com a nossa perspectiva de que cultura e psique estão em íntima relação, construindo-se simultaneamente (Mattos, 2013; Lyra; Valério, 2016). Um outro aspecto do estudo de Resende e Espíndula (2020) é o que está relacionado com a violência e a morte. Discutimos que as juventudes são marcadas por questões individuais e coletivas que as direcionam para o desenvolvimento. Entretanto, as juventudes, com todas as expectativas futuras, têm intensos desafios.

No âmbito da violência juvenil, o Atlas da Violência (2021) constatou que, no ano de 2019, ocorreram 45.503 homicídios no Brasil, e mais da metade dessas mortes, sendo exatamente 51.3%, era de jovens – estima-se que, em média, morreram 64 jovens por dia. Martins e Silveira (2021), ao fazerem um relato de experiência sobre uma intervenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) infanto-juvenil no Rio de Janeiro, apontam que a violência é um fenômeno que marca as trajetórias dos jovens que necessitam de cuidados em saúde mental.

As estudiosas ainda discutem que a maioria desses jovens é negra, e suas demandas de saúde estão ligadas ao uso de drogas, ligação com o tráfico e atos infracionais. Ao apontarem a forma como cada jovem necessita de cuidado, elas concluem que os manuais de psicologia têm um entendimento artificial do que são as juventudes. Elas apontam que a visão técnica não acessa o que é visto e vivido na prática profissional – e demarcam, também, que as orientações ainda são baseadas em uma visão adolescente única, a de que esta seria uma fase transitória e que o desenvolvimento subjetivo é homogêneo. No entanto, as autoras criticam essa noção e

destacam que as juventudes devem ser demarcadas de forma ética e política, pois cada jovem tem um desenvolvimento complexo diante do curso de sua vida.

Nesse sentido, elas afirmam que “o campo da saúde mental, no âmbito da infância e da juventude, é atravessado e composto pelas políticas públicas, a judicialização da vida, a guerra às drogas, a medicalização e tantos outros” (Martins; Silveira, 2021, p. 4). Na experiência das pesquisadoras, elas destacam que jovens relacionados a atos infracionais, muitas vezes, eram diagnosticados com Transtorno Desafiador de Oposição (TOD), e isso já era suficiente para encaminhá-los para uma comunidade terapêutica, visto que o cuidado em liberdade se torna fraco para criminosos.

A dinâmica da vida sociocultural tem um forte impacto nas juventudes, porém, ainda é necessário tensionar as visões subjetivas que se tem sobre elas. Elas são válidas, mas ainda carregam a noção de um desenvolvimento linear e até descontextualizado. Nesse sentido, Arnett (2006; 2012; 2013) contribui para o campo, a partir de um ponto subjetivo, com a sua noção de adultez emergente.

O autor realiza seus estudos nos EUA e tem colaborações no continente europeu (Mattos, 2013), por isso, as suas concepções estão baseadas em um recorte mais específico das juventudes. O autor, desta maneira, discute que é nas juventudes que a subjetividade adquire fundamental importância, porque é o período em que os jovens passam a ter um foco direcionado a si mesmo.

Para isso, ele desenvolve a noção de agencialidade. Isto engloba a perspectiva de que os jovens procuram por um sentido próprio de si, na medida em que precisa lidar com questões de autonomia e desenvolver uma responsabilidade própria. A vida, nas juventudes, conchama para que os jovens lidem com sua gestão financeira e se aproximem de desenvolver uma profissão. É momento de assumir a autonomia de sua vida.

Outra contribuição relevante para o campo das juventudes, ainda do ponto de vista subjetivo, é o conceito de moratória psicossocial, criado por Erik Erikson (Groppo, 2015). Groppo (2015) afirma que, através de uma base psicanalítica, Erik tinha como foco, nos seus estudos, o curso da vida individual, tendo, assim, elaborado a ideia de um desenvolvimento epigenético.

Desta forma, ele tornou-se precursor da noção de que o curso da vida tem conflitos próprios em determinados momentos. Ele, assim, delimitou o desenvolvimento humano a partir de oito fases. Ele discutia que o conflito próprio de cada fase contribuía para o desenvolvimento ocorrer até a maturidade. No que condiz às juventudes, o psicanalista contribui teoricamente com a noção já mencionada de moratória.

Nessa perspectiva, Groppo (2015) aponta que ela era tida como uma noção cerceadora das juventudes, porque na teoria do desenvolvimento de Erik os jovens não possuíam maturidade suficiente e as juventudes seriam o momento do errar para aprender. Inclusive, havia uma proposta de que as regras das instituições, de modo geral, fossem organizadas de modo diferente para os jovens, a partir dessa noção de que eles e elas não têm habilidades sociais e responsivas adequadas. Sendo isto, a compreensão da moratória psicossocial.

Cabe apontar que Arnett (2006; 2012; 2013) tem a sua visão subjetiva de forma contextualizada, mas, ainda assim, restrita a uma classe específica de jovens. É necessário discutirmos, que nem todos os jovens possuem suporte para um desenvolvimento autônomo. As referências para um desenvolvimento próprio, no contexto brasileiro, são marcadas por complexidades que as visões americana e europeia não dão conta (Lanna; Silva; Calais, 2021).

Isso corrobora com a noção que Martins e Silveira (2021) apontam sobre uma distância entre a visão teórica e a vivência prática. Na experiência das autoras, o indicativo é de que as juventudes devem ser vistas mais a partir das intensidades da vida do que de uma visão homogênea de desenvolvimento. Apesar dessas últimas visões terem as suas colaborações, encontrar uma interseção entre o subjetivo e o sociocultural, é uma tarefa complexa. Por isso, deve-se compreender a pluralidade das juventudes, sem tantas generalizações sobre esta experiência.

4.2 SOFRIMENTO, DIAGNÓSTICO E JUVENTUDES

Brinkmann (2017) aponta que existe um crescente processo de patologizar o sofrimento humano. Isso acarreta em uma perda significativa, visto que suprime aspectos da dinâmica de como o sofrimento se origina e se perpetua no decorrer do curso da vida. Os diagnósticos estão tão populares, na visão de Brinkmann (2017), que ser considerado, até por si mesmo, uma pessoa diagnosticada, tornou-se algo corriqueiro. A patologização da vida diária tem transformado, de forma descuidada, o que de fato indicam os diagnósticos.

As culturas diagnósticas, conceito desenvolvido pelo autor, indicam que os diagnósticos transitam por diferentes espaços, tendo diferentes sentidos. As crescentes categorias diagnósticas, seja nos manuais ou na sua popularidade, indicam uma mudança sociocultural. Brinkmann (2017) destaca que o diagnosticar ocorre a partir de uma vida sociocultural desorganizada. Ele traça esse apontamento a partir da Segunda Guerra Mundial, ao indicar que diversas mudanças em escala global geraram processos de ansiedade e depressão, que acarretaram, acima de tudo, em uma vida social alienada. Temos aí como exemplo a epidemia

das drogas psiquiátricas, que ao invés de tratar o sofrimento, sufoca-o, gerando sujeitos apartados de si mesmo (Freitas; Amarante, 2017).

Diante desse contexto, as juventudes estão em uma situação de vulnerabilidade social e subjetiva. Assim, a fim de entendermos a complexidade do sofrimento psíquico nas juventudes, na figura do diagnóstico psiquiátrico, recorremos à estudos epidemiológicos brasileiros sobre saúde mental (Santos *et al.*, 2019; Lopes *et al.*, 2016). Eles destacam que os transtornos mentais comuns (TMC) atingem principalmente meninas jovens, em comparação meninos da mesma idade.

Orellana *et al.* (2020) realizaram um estudo comparativo em três cidades brasileiras, com jovens e adultos, e concluíram, a partir de seus resultados, no que se refere aos jovens, que as mulheres com menor nível socioeconômico são as mais acometidas por sintomas e transtornos. As pesquisadoras apontam que as principais características que envolvem a população jovem, no que condiz à saúde mental, são: fobia social, risco de suicídio e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Diante desses dados, partimos do entendimento de que a população jovem sofre de uma certa vulnerabilidade em que o estado de saúde mental está relacionado com o contexto social.

Saggese (2019), ao discorrer sobre a relação juventudes e saúde mental, pondera que vivemos em um período de muitas mudanças socioculturais que exigem de quem é jovem uma disposição para sustentá-las. Dessa maneira, Saggese (2019) ainda destaca que as simbologias envolvidas nessas mudanças são complexas e aceleradas, o que acarretam em sofrimento psíquico para quem é jovem, visto que envolvem a sustentação de vários ideais sociais que esmagam as subjetividades juvenis.

A partir desses dados e concepções, pensamos quem são essas juventudes e o porquê do seu adoecimento no momento atual. Nesse sentido, Homem (2018) compreende que a juventude é uma resposta histórica mutável frente ao que o contexto do momento apresenta. Assim, ainda em Homem (2018), ela aponta que a resposta contemporânea que observa em nosso tempo é a recusa ao ideal de um projeto de felicidade social maníaco. Esse projeto social exige dos jovens uma disposição e capacidade para dar conta de todas as demandas da vida pessoal e coletiva. Entretanto, a recusa que Homem (2018) percebe, configura o polo da depressão, em total oposição ao ideal maníaco.

Malfitano, Adorno e Lopes (2011), ao discutirem as trajetórias de vida de uma jovem institucionalizada, apontam que o sofrimento psíquico tem uma multidinâmica. Mesmo que as jovens se recusem a se submeter a uma lógica de vulnerabilidade, o cuidado integral multiprofissional ainda é um enorme desafio. De modo geral, para cuidar de jovens sofredores,

é necessário envolver a justiça, a assistência, a família e os diferentes saberes dos quais o Estado ou setor privado dispõem. No que é relativo aos diagnósticos, defini-los com precisão é um desafio.

Os autores já citados, destacam que por haver muitas mudanças nas juventudes, a definição tende a ser provisória, em formato de hipótese. Os diagnósticos originam-se, em alguma medida, da dinâmica da vida cotidiana. E, uma vida conturbada, seja de que modo for, dificulta tal definição. Porém, o diagnóstico não é uma condição indispensável para que o cuidado seja ofertado para quem sofre. Entender que um indivíduo sofre, já é suficiente para ofertar-lhe assistência.

Deste modo, Shuña (2014) destaca que experiências de vida ligadas ao gênero, à classe, à religião e à raça, dentre outros, devem ser consideradas no esforço de compreender os sofrimentos juvenis e quem são essas juventudes. Esse esforço compreensivo é desafiante, visto que Menezes *et al.* (2018) também destacam que as juventudes dependem da organização social histórica de seu tempo e da dinâmica de relações de poder que operam desigualdades.

Nesse sentido, ainda em Menezes *et al.* (2018), elas chamam a atenção para que as pesquisas com juventudes tenham um olhar aberto para as desigualdades que afetam essa população. Pensamos, assim, que os sofrimentos juvenis possuem uma dinâmica viva, sendo fenômenos com margem de flexibilidades para as novas configurações socioculturais, já que as juventudes são uma resposta social mutável, os sofrimentos também acompanham esse ritmo, o que os tornam extremamente complexos.

Desta maneira, em conformidade com Mattos (2016), discutimos que ser jovem, reflete um processo de “tornar-se”, caracterizado por um processo subjetivo ou um sociocultural. A busca pela continuidade de si, como destaca Mattos (2016), é um processo transformador frente a um sujeito que tem o intuito de se adaptar às diversas mudanças contextuais advindas do meio sociocultural. As juventudes, no sofrimento psíquico, tensionam o pensamento social de que o desenvolvimento é linear e homogêneo para todos. O sofrimento psíquico, na sua multidimensionalidade, é uma experiência complexa, longe de ser esgotada pelos diversos estudos. Assim, relacionamos as discussões que envolvem os diagnósticos e as juventudes nos fundamentos teóricos que orientam este estudo. A seguir, apresentamos os pilares que alicerçam a discussão até aqui apresentada.

5 FUNDAMENTOS TEÓRICOS PERTINENTES AO ESTUDO

Diante dos estudos e das instâncias que envolvem a temática dos diagnósticos psiquiátricos em relação com as juventudes e as trajetórias de vida, desenvolvemos como pergunta de pesquisa, a seguinte questão: como o diagnóstico psiquiátrico é significado em trajetórias de vida juvenis? Tal questionamento nos orientou para a concepção de um sujeito semiótico-dialógico em uma relação bidirecional com a cultura.

O sujeito semiótico-dialógico é compreendido por nós pela concepção de que desenvolvemos a nós mesmos e criamos o mundo ao nosso redor em relação com outros, a partir da constante (re)construção de significados que ocorre diante do tempo irreversível (Valsiner, 2012; Valério; Lyra, 2014, 2016). E, ao mesmo tempo que se cria um mundo semiótico – de significados –, o mesmo influencia nossa interioridade. Estamos, de forma contínua, internalizando e externalizando significados em diálogo com outros diversos (Valsiner, 2014; Marková, 2017).

Assim, diante da nossa pergunta e do nosso sujeito de pesquisa, criamos trânsitos entre a Psicologia Cultural de Dinâmica Semiótica (PCDS) e a Psicologia Dialógica, entendendo que a questão que nos propomos a fazer pode ser compreendida e estudada a partir de tais teorias. Desenvolvemos nossa compreensão teórica a partir de três pontos explorados a seguir: PCDS; dialogismo; trajetórias de vida e a abordagem da equifinalidade (TEA).

5.1 PSICOLOGIA CULTURAL DE DINÂMICA SEMIÓTICA (PCDS)

De acordo com Valério e Lyra (2014) a PCDS tem como fundamento primário a concepção sócio-histórica de Vigotski, que encontra profícuo terreno com as contribuições de Jerome Bruner, Barbara Rogoff e Jaan Valsiner para o seu desenvolvimento. Ainda em relação com as autoras mencionadas, elas pontuam que o eixo central desta perspectiva compreende a discussão sobre a habilidade humana de criar e usar signos.

Nesse sentido, Zittoun (2015) afirma que a PCDS desenvolve ferramentas de estudos relativas a uma diversidade de situações da vida. E esse desenvolvimento está preocupado em entender como essas situações da vida estão intimamente relacionadas com o ambiente cultural e também como é possível identificar processos de mudança e criatividade em cada situação do viver.

Nesse sentido, a autora destaca que é necessário considerar quatro aspectos elementares para desenvolver esta perspectiva de estudo. Primeiro, ela aponta que é necessário compreender

que cada sujeito é único e isso implica em considerar, que ele ou ela vive o mundo, sonha, sente e pensa através da sua própria singularidade, da sua própria mente e corpo. Em segundo, a abordagem semiótica cultural considera que o indivíduo não pode ser estudado fora de seu contexto de vida, é imprescindível considerar os processos com os quais esse sujeito interage de forma real e simbólica.

Em seguida, como terceiro aspecto, a PCDS, devido a ser uma ciência do desenvolvimento, adota o tempo como irreversível, porque o tempo é um produto histórico originado pela natureza relacional do ser humano. E, por último, a ênfase no meio sociocultural deve ocorrer por considerar o entendimento de como os sujeitos significam a sua própria existência, diante de um mundo em constantes transformações de signos e significados.

A partir desses pressupostos, tonar-se necessário também compreender que a mente humana é social desde o seu nascimento (Costa; Lyra, 2002). A inseparabilidade do sujeito do meio cultural em que vive denota a noção de que a cultura, o meio sociocultural, é um processo concomitante com o desenvolvimento humano; ambos se constituem através de uma bidirecionalidade (Costa; Lyra, 2002; Valsiner, 2012; 2014; Valério; Lyra, 2014; 2016).

Essa compreensão da mente é oriunda dos estudos de Vigostki (2007). O autor menciona que os processos psicológicos são oriundos de atividades sociais que, posteriormente, são internalizadas. Desta forma, ele destaca que a partir das relações que o indivíduo constrói com o seu ambiente, ele as reconstrói internamente. E essa reconstrução intrapsicológica ocorre através dos usos de signos externos ao próprio sujeito.

Nesse sentido, Vigostki (2007, p. 54) afirma que “há uma base sólida para que se designe o uso de signos à categoria de atividade mediada, uma vez que a essência de seu uso consiste em os homens afetarem o seu comportamento através dos signos”. Assim, Tateo (2021, p. 133) destaca que “a perspectiva da PCDS sublinha o papel da mediação dos signos no funcionamento das funções psicológicas superiores, como o sentimento, o pensamento, a vontade, a autorrealização e o sentido de humanidade”.

Vigotski (2007, p. 52) comenta que “o signo age como um instrumento da atividade psicológica de maneira análoga ao papel de um instrumento no trabalho”. Isto é, as vivências humanas não acontecem de forma direta, mas de maneira indireta, mediada. A partir do momento em que o psiquiatra, por exemplo, explica ao seu paciente o que envolve a dinâmica do seu diagnóstico psiquiátrico, e, em um momento de vulnerabilidade da sua saúde, o paciente reconstrói as informações fornecidas pelo médico, há uma atividade mediada. Nesse caso, o médico é a figura mediadora entre o paciente e a sua situação de vulnerabilidade.

Vigotski (2007) pontua, assim, que a relação do sujeito com o objeto, inevitavelmente, perpassa por um outro. Por isso, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores não segue uma forma linear, fixa e imutável. O autor faz uso da metáfora de que o desenvolvimento humano ocorre de modo espiralado. Ele argumenta que pode parecer que os seres humanos se desenvolvem de forma circular, porém quando se defende esta outra visão, entende-se que cada passagem pelo mesmo ponto do curso do desenvolver-se engloba uma transformação.

A concepção da visão circular compreende que não há transformação, de certo modo, pois ela cessa no momento que o círculo está completo. A metáfora da espiral fornece o precedente de que mesmo que o sujeito volte para o mesmo ponto, a princípio, ele não é mais o mesmo. Houve uma transformação. Desta maneira, Arieievitch e Stetsenko (2014, p. 217) argumentam que:

o papel crítico da mediação cultural tem a ver com seu poder de transformar inicialmente formas materiais de construção de significado realizadas por meio de ações conjuntas criança-adulto incorporadas em formas complexas de cognição, como planejamento, pensamento, resolução de problemas e lembrança.

As autoras ainda destacam, de forma crítica, que Vigotski não conseguiu desenvolver plenamente seus fundamentos sobre a mediação cultural. Entretanto, ele abriu caminhos para o rompimento de uma visão dualista entre o mundo interno do indivíduo com o seu ambiente, o mundo externo. Arieievitch e Stetsenko (2014, p. 220) discutem, ainda, que “a mente e todas as formas de subjetividade humana aparecem não como um ‘teatro mental’ interno; em vez disso, é lançada como uma atividade significativa no mundo através da qual as pessoas participam de suas transformações”.

Diante disso, a PCDS compreende que “os seres humanos são construtores de significados compulsivos, através da produção contínua, manutenção e demolição de signos” (Valsiner, 2014; Tateo, 2021, p. 133). Deste modo, Valsiner (2014) argumenta que as construções de significados são um processo dual. Nas relações com outros, as mensagens recebidas são internalizadas e transformadas em uma nova forma e, subsequente, elas são externalizadas, devolvidas para o mundo exterior, onde podem ser internalizadas novamente.

Simão (2010, p. 91) destaca que “as pessoas constroem significados que serão confrontados com outros significados, construídos por elas mesmas ou por outras pessoas”. Assim, pode-se afirmar que “nenhuma coisa é ‘apenas uma coisa’, todos os objetos que povoam nossa vida cotidiana são investidos de um excedente de significado prático, afetivo e normativo, tanto no nível coletivo quanto no pessoal” (Tateo, 2021, p. 135).

Ainda sobre o processo de construção de significados, Valsiner (2014, p. 69) pontua que “os seres humanos permanecem relacionados entre si enquanto criam a singularidade subjetiva de cada um”. Assim, Valsiner (2012) discute que, na medida em que os indivíduos se percebem únicos, concomitantemente necessitam permitir que os outros os ocupem, separando-os deles ao mesmo tempo em que os incluem em si mesmos.

Tateo (2021) discute que isso relaciona-se diretamente com o entendimento da noção de relação eu-outro fundamentada na visão dialógica – que será explorada no subtópico a seguir. Ele argumenta que “a relação eu-outro baseia-se antes na capacidade de usar dispositivos semióticos que medeiam e regulam a experiência psíquica e a conduta no contexto imediato da vida” (Tateo, 2021, p. 133).

Nesse sentido, Tateo (2021) reflete que a construção de significados ocorre através de uma autorregulação e uma heterorregulação. Os sujeitos constroem significados através das relações com outros e, assim, eles enviam mensagens ao outro que atuam em dois níveis. Primeiro, em uma autorregulação, ou seja, o sujeito dialoga consigo mesmo, regulando-se. E, segundo, em uma heterorregulação que provém diretamente da relação com outro. A mensagem endereçada ao outro é respondida por esse outro em direção ao sujeito.

Nesse contexto, Tateo (2021, p. 135) ainda destaca que “é fundamental em qualquer contexto cultural criar dispositivos semióticos para escalar e diminuir o significado dos objetos do extraordinário ao ordinário”. Como os signos-significados são investidos afetivamente, através de funções psicológicas tidas como superiores, torna-se importante que o próprio sujeito transforme suas construções de forma que elas se tornam familiares. Isso é um aspecto relevante do processo de construir signos, porque Valsiner (2012) elucida que a construção de significados ocorre a partir de relações de oposição diante do mundo, sendo eles esses elementos que atuam para um equilíbrio, ao mesmo tempo que contribuem para a transformação do sujeito. Assim, a partir disso, Mattos (2016, p. 180) destaca que “encontros dialógicos com outros significativos, localizados em diversas esferas da vida, tornam-se progressivamente internalizados e legitimam a emergência de signos que adquirem a função de promotores do desenvolvimento”.

Valsiner (2012, p. 111) ainda aponta que a construção de significados, ocorre a partir dos “recursos de um dado contexto e das experiências do passado transpostas para o presente”, com vistas ao futuro. Pode-se compreender, nesse sentido, que os significados construídos se originam em um contexto cultural semiótico, que constitui as bases cognitivas e afetivas dos seres humanos nesse processo interpretativo (Simão; Rios, 2016; Marková, 2017).

Ainda em conformidade com Valsiner (2012), ele destaca que construímos os significados a partir de realidades percebidas, rememoradas e imaginadas, construídas no processo de imersão do *self* na dinâmica cultural. Valsiner (2014) complexifica este processo ao apontar que esta construção ocorrerá, corriqueiramente, a partir da negociação entre o infinito interior e o infinito exterior, sendo aqui o que a pessoa conhece sobre si mesma e o seu conhecimento ou imaginação sobre o ambiente, respectivamente.

Somado a isso, o autor mencionado também destaca que os seres humanos também irão construir significados tendo como referência o passado infinito e o futuro infinito. Ao ter esses quatro elementos em consideração, Valsiner (2014) discute que os processos cognitivos são orientados por uma unidade quadrática: passado infinito <> futuro infinito; interior infinito <> exterior infinito.

Aguiar (2019, p 49) afirma que esta unidade “se embasa em uma visão dialógica do homem, percebendo-o na interseção de duas dualidades e coordenando continuamente esses quatro infinitos no processo semiótico – construção, uso ou destruição de signos”. O processo de coordenação das unidades ocorre, porque os signos possibilitam a orientação através de metas, eles são autorregulares (Aguiar, 2019).

Desta forma, Valsiner (2012; 2014) destaca que a autorregulação ocorre entre os sujeitos, mas também entre os próprios signos, já que estamos em negociação constante. Nesse sentido, “são os signos que organizam as emoções, as cognições, enfim, todas as funções psicológicas, e isso é possível posto que os signos são ambíguos, organizados hierarquicamente transformadores e transformáveis” (Aguiar, 2018, p. 18).

Por fim, já que se fala em funções mentais superiores, que são mediadas semioticamente, Valsiner (2012) aponta que os signos exercem a mediação através de uma hierarquização. Assim, ainda em conformidade com Valsiner (2012), ele elabora a proposta de que os signos-significados são internalizados no *self* a partir de cinco níveis hierárquicos: 0) fisiológico; 1) sentimento pré-semiótico geral imediato; 2) termos para emoções específicas; 3) categorias generalizadas do sentir; 4) campo afetivo-semiótico hipergeneralizado. É nesse último nível que os signos nos regulam afetivamente, constituindo, sobretudo, valores emergidos dos diálogos do *self* com o outro no meio sociocultural. A partir dessa organização, entende-se que as construções de significados envolvem o corpo, o sentir corporificado e elas partem para processos em que os indivíduos nomeiam emoções, até que essa nomeação se torna um valor, que irá regular a conduta e as interações humanas, sendo o último nível, o hipergeneralizado.

Dessa maneira, compreendemos que criamos signos-significados, na dinâmica relacional com o outro e os internalizamos, na medida em que eles nos regulam, sobretudo

quando hipergeneralizamos, estando afetivamente investidos, mas incapazes de atingir o nível verbal – esses processos de significação nos auxiliam a entender quem é o sujeito da concepção dialógica-semiótica do *self*. Por conseguinte, refletimos que os apontamentos críticos dessas visões teóricas nos auxiliam a pensar em um sujeito singular que dialoga com outros, que emergem do meio sociocultural em transformação, construindo-se e edificando o mundo a sua volta.

Como mencionado, esse sujeito é regulado pelos signos-significados, sobretudo aqueles hipergeneralizados, que estão acima, hierarquicamente, no modelo supramencionado, interpretando-os e internalizando-os com bases afetivas. Tornam-se cognitivos ao descerem para um nível de abstração inferior, atingindo noções verbalizadas de valores globais, como amor, felicidade, bondade etc. Portanto, partimos da concepção de um sujeito integral e, singular em um meio sociocultural e dialógico, cercado por outros.

5.2 DIALOGISMO

Como um outro fundamento teórico que baliza este estudo, temos o dialogismo. Ele soma-se à PCDS por termos como pressuposto a ideia de que a mente é social desde o seu nascimento (Costa; Lyra, 2002). No tópico anterior destacamos como essa mente é construtora e reconstrutora ativa de significados em uma relação bidirecional com a cultura, que é tida como um processo (Valsiner, 2012; Valério; Lyra, 2014; 2016; Zittoun, 2015). Em um movimento de ampliação desta perspectiva, debatemos que o dialogismo amplifica a compreensão sobre mente desenvolvida por nós através da PCDS. No arcabouço dialógico, apontamos que as construções de significados são inerentemente relacionais; são resultado da relação entre o eu e o outro (Marková, 2017).

A ideia da mente social também implica em dizer que ela é dialógica. Por isso, recorreremos à adição das duas perspectivas teóricas para responder nossa pergunta de pesquisa. Segundo Marková (2017), de um modo geral, a mente dialógica é aquela que está em interação com outros, sejam eles indivíduos, grupos, instituições e até o passado, o presente e o futuro. Nesse sentido, ela argumenta que tal perspectiva resulta na concepção fundamental de que o eu e o outro são irreduzíveis, o que implica em considerar que eles são interdependentes, além de que ambos se constituem na interação.

Ainda ancorados em Marková (2017), ela pontua que a episteme dialógica considera alguns axiomas e que sem a aceitação deles, não é possível desenvolver estudos nesta perspectiva. Deste modo, ela pontua que os axiomas dialógicos envolvem a concordância com

a noção de que o eu e o outro são uma unidade ontológica ética irreduzível; o eu e o outro constituem uma tríade com o objeto de conhecimento e formam uma unidade ética e epistemológica irreduzível; por fim, a díade (eu-outro) e a tríade (eu-outro-objeto) são interdependentes em termos de pensamento, comunicação e ação dialógicas.

Em referência aos axiomas, Marková (2017) ainda destaca que eles consolidam a dinâmica da intersubjetividade, do reconhecimento social, da imaginação dialógica, da ética, da responsabilidade e da confiança. O que a autora conclui é que os três axiomas envolvem a constituição dialógica do sujeito a partir destes processos que operam tanto na díade quanto na tríade. Ela afirma, assim, que “a dialogicidade como epistemologia da vida cotidiana e das práticas profissionais permite estudar teorias sobre o pensamento humano, a aquisição de formas de conhecimento social e de interações sociais” (Marková, 2017, p. 131).

Desta maneira, relacionamos os axiomas acima com os pressupostos da PCDS (Zittoun, 2015) por entendermos que eles se complementam. No que condiz ao dialogismo, observamos que os autores que desenvolvem essa corrente de pensamento possuem suas particularidades, mas sem se distanciarem dos axiomas – alguns desses autores são Emanuel Levinas; Ernest Boesch; George Wilhelm Friedrich Hegel; George Herbert Mead; Hans-Georg Gadamer; Ivana Marková; Jaan Valsiner; Johann Gottlieb Fichte; Mikhail Bakhtin e Vigotski (Simão, 2010; Marková, 2017).

Dentre esses autores, tendo como referência majoritária Marková, Valsiner, Bakhtin e Vigotski desenvolveremos como é a formulação da dinâmica dialógica a partir dos axiomas e dos processos que eles envolvem. Abordaremos, assim, as questões que envolvem a intersubjetividade, o reconhecimento social, a imaginação dialógica e a confiança.

5.2.1 A intersubjetividade como base para o reconhecimento social, a imaginação dialógica e a confiança

Destacamos primeiramente alguns apontamentos de Zittoun (2021), com apoio nas obras de Vigotski, que afirma que o pensamento elementar do pesquisador russo se refere a como os seres humanos se tornam quem são e como se desenvolvem. Nos seus estudos, Vigotski se dedicou à compreensão processual do desenvolvimento humano, ao entender que todo sujeito se transforma diante da passagem do tempo. Para compreender o que baliza as dinâmicas desses processos, ele se dedicou aos estudos do pensamento, da ação, da interioridade, dos afetos e da linguagem em relação com a dinâmica cultural.

Nesse sentido, quando falamos em processo de desenvolvimento humano, nos referimos a um conjunto de atividades que são tratadas a partir de vários níveis (Marchusci, 2007). O pensamento, a linguagem e os afetos, por exemplo, configuram-se como fenômenos que compõem o processo. Essa visão nos permite dimensionar que há uma interdependência dessas partes, em que uma afeta a outra, desenvolvendo-se mutuamente diante do curso do tempo.

Em um recente estudo, Zittoun (2021) aponta que a comunidade científica teve acesso às anotações pessoais de Vigotski, em diários que ele deixou antes de sua morte. Nos seus escritos, ela destaca que havia em uma certa frequência uma metáfora relativa à água. Nessa figura de linguagem estava contido os processos de transformação da água através das noções de nuvem e de chuva.

Isso nos faz refletir sobre como nós humanos somos seres transitórios, estamos sempre em desenvolvimento através da passagem do tempo. A água do rio, por exemplo, evapora e cria nuvens, que posteriormente descarregam-se em chuvas, nutrindo à terra e o próprio rio. É um processo cíclico. Porém, a ação da água não ocorre de maneira isolada, sendo um processo que apenas depende dela. É necessário a incidência do sol sobre a água para que ela evapore, e é também necessário que as massas de ar ajam sobre as nuvens para que ocorra precipitação de chuva.

Nesse tom metafórico, percebemos que os apontamentos de Zittoun (2021), ao estudar os diários de Vigotski, constataam que o processo de transformação ocorre a partir de uma relação. Nesse caso, a chuva com o sol e a nuvem com o ar. E, mesmo que se fale em um retorno da água para o rio, após chover, não se trata da mesma água que havia evaporado, porque ela passou por uma transformação – mesmo tendo retornado ao seu estado, supostamente original. Zittoun (2021), assim, faz o uso de outra metáfora para explicar o pensamento do autor. Ela destaca que o interesse primordial de Vigotski estava contido em entender como um texto transforma o leitor após uma leitura.

O leitor que inicia a leitura, não é o mesmo que a termina. A partir desses pensamentos relacionais – seja da água com o sol ou do leitor com o seu texto –, elucidamos que as transformações relacionais ocorrem devido a intersubjetividade. Neste estudo, assim, também apontamos que o jovem que recebe o seu diagnóstico psiquiátrico, não é mais o mesmo antes de não ter um. É nessa dinâmica relacional, que um indivíduo pode entender quem é, através de um outro (Junior; Figueiredo, 2004).

Simão (2010, p. 91), com base em Valsiner (1998, p.33) conceitua que a intersubjetividade é “um domínio temporário de significados compartilhados entre duas ou mais pessoas, ou entre diferentes níveis de funcionamento semiótico da mesma pessoa”. A chuva e

o sol, e tanto o leitor com seu texto compartilham de uma arena em que se transformam mutuamente, a díade eu-outro se constitui na e pela intersubjetividade.

Desta maneira, o dialogismo também se torna importante para este estudo, porque o campo da saúde mental é dialógico, acontece a partir das relações (Pimentel; Amarante, 2020). O dialogismo, assim, compreende um campo de estudos que está direcionado para a análise de processos de constituição do eu, constituição esta que ocorre por meio da relação eu-outro (Marková, 2003), que é mediada pela cultura, também percebida como processo (Valsiner, 2012).

Nesse sentido, Marková (2004) destaca que, para entender quem um sujeito é e como ele se desenvolve, é obrigatório considerar que um sujeito existe sempre em relação com outro – uma relação que é sempre intersubjetiva. Zittoun (2021) afirma, assim, que a mente é compreendida como um prisma: ela “decompõe o fluxo de experiência em maneiras que são gerenciáveis para a pessoa; se decompõe em porções, mas o diverso é, então, reconstituído ” (Zittoun, 2021, p. 753). Deste modo, ela ainda aponta que “nós não refletimos o mundo, nós o recriamos para nosso uso” (Zittoun, 2021, p. 753).

Assim, Simão (2010, p. 92) ainda pontua que a importâncias da intersubjetividade “reside no fato de abrir possibilidades para que façamos negociações simbólicas nas relações com outros e conosco mesmos, havendo eventualmente transformações em nossos sistemas semióticos individuais”. Marková (2017) também destaca que se deve considerar que essas negociações intersubjetivas se dão de forma plural.

Nesse sentido, destacamos que o eu e o outro é um engajamento moral, obrigatório e assimétrico (Marková, 2004). A partir disso, refletimos que as relações dialógicas partem de diferentes posições que o sujeito ocupa em relação ao outro. O médico psiquiatra, que está apto para definir um diagnóstico psiquiátrico, ocupa uma posição diferente em relação ao paciente, que está fragilizado diante do profissional.

Com a irredutibilidade da díade eu-outro e mesmo com posições assimétricas, Marková (2004) discute que a comunicação entre as partes que dialogam é uma responsabilidade mútua. Ambos contribuem para a transformação, mesmo que assimetricamente. Os participantes são coautores e as responsabilidades pela comunicação são divididas (Marková, 2004).

Marková (2017) pontua, assim, que Bakhtin cunhou o conceito de “não álibi do ser”. Essa noção compreende a ideia de que não é possível escapar da responsabilidade de agir. Pinheiro e Leitão (2010, p. 97) discutem que “o ser, movido e constituído através de infinitas alteridades, não seria encontrável por ele mesmo” (Pinheiro; Leitão, 2010, p. 97). Assim, as

negociações intersubjetivas ocorrem pela noção de que o diálogo é uma dinâmica relacional que origina indivíduos, sujeitos ou eus (Lyra; Bertau, 2008).

Deste modo, Marková (2017, p. 148) comenta que “não importa as formas que o eu-outro assuma: elas estão inseridas em condições socioculturais concretas e vivem, desenvolvem-se e mudam segundo essas condições”. Por isso, Marková (2017) elenca que as relações diádicas ou triádicas são epistemologias da vida cotidiana. Lyra e Bertau (2008, p.173) pontuam que a perspectiva de diálogo do dialogismo é “baseada no movimento perene do eu-outro que acontece em contextos da vida real”.

Marková (2017) destaca que a díade eu-outro não é vista só como uma interação pessoal, mas também como uma dinâmica social, que envolve direitos, justiça, valores, ética, comunicação, família e relações internacionais. Por isso, a intersubjetividade é a base do reconhecimento social. Como já pontuado através de Marková (2017), as relações eu-outro são assimétricas, por isso, elas são negociadas. Os participantes do diálogo possuem posições diferentes na relação e elas tendem a serem estabelecidas na desigualdade.

Entretanto, o reconhecimento social é uma dinâmica que opera para o equilíbrio da díade. Caso o outro não seja reconhecido pelo eu, não há uma abordagem dialógica. Como discutimos no paradigma manicomial, refletimos, aqui, que o reconhecimento social inexistente nessa condição, quando entendemos que este saber opera através da mortificação do eu (Goffman, 1961; Lucena, 2020). Marková (2017) através das ideias do filósofo Hegel, discute que a intersubjetividade é uma vontade comum. Segundo a autora quando o Estado reconhece que determinado indivíduo é proprietário de um imóvel, por exemplo, após ele ter buscado se enquadrar nas leis de compra e venda e documentar suas posses, há um reconhecimento.

Nesse sentido, Marková (2017) argumenta que a nível governamental e também pessoal, precisamos lidar com a dimensão ética das relações. Isso envolve o respeito e a responsabilidade com o outro. Uma prática dialógica é comprometida com a liberdade do outro, porque o vínculo intersubjetivo negociado ocorre através da criação da confiança (Lyra; Bertau, 2008; Marková, 2017).

A intersubjetividade, em qualquer forma plural, apenas acontece quando o outro é reconhecido pelo eu. Sem o reconhecimento, não há construção de significados, muito menos diálogo. Nesse sentido, compreendemos que a díade eu-outro apenas transforma-se em tríade e constrói conhecimento quando o eu reconhece o outro e se percebe através dele. Não se pode falar de reconhecimento social se houver algum tipo de coerção, em vez de negociação (Marková, 2017). Através dessa percepção, Simão (2010) pontua que Rommetveit desenvolveu estudos sobre comunicações intersubjetivas.

A autora comenta que o estudioso compreendeu que a comunicação entre pares ocorre quando falante e ouvinte se complementam, são parte ativas da comunicação. Desta maneira, Rommetveit (1976, p. 201) afirma que “a linguagem é um fenômeno completamente e genuinamente social”. E para o autor é através dela que a relação intersubjetiva é estabelecida, porque a comunicação, via linguagem, transcende o mundo privado do eu; e juntos, eu e outro, criam um mundo compartilhado na temporalidade no aqui e agora, visto que o tempo histórico transforma os estados comunicativo, ou seja, intersubjetivos.

Um último aspecto que Marková (2017) destaca como primordial para o entendimento da intersubjetividade é a imaginação dialógica. A autora pontua que “quem fala complementa seu conhecimento parcial imaginando o que o outro pode ser e o que esperar dele” (Marková, 2017, p. 147). A imaginação tem um relevante papel simbólico e espiritual, porque ela se move pelas palavras que criam imagens e se movem ao longo do tempo (Marková, 2017).

Marková (2017) discute que nascemos em um mundo com configurações pré-existentes: nações, hábitos, instituições, linguagem, dentre outros, que precedem a existência de qualquer pessoa. E é a partir disso que a imaginação dialógica ocorre. A estudiosa mencionada exemplifica seu ponto de vista tendo como referência o nascimento de um bebê. Quando ele nasce seus pais e familiares próximos passam a adotar outra posição de ser. Isto é, com o nascimento de uma bebê também nascem uma mãe, um pai, uma avó, um tio ou uma irmã. E essa mudança de posição do ser em relação com o bebê é uma posição imaginada. Expectativas e antecipações são fenômenos que o eu organiza para entender o outro. Nesse sentido, a imaginação dialógica está conectada com o futuro através da relação com o outro. O futuro, aqui, é prospectado, imaginado.

A partir disso, Marková (2017) aponta que há a questão que envolve a confiança epistêmica. O eu necessita confiar no outro. Desta forma, Marková (2017) afirma que a confiança dialógica é “a capacidade de aprender, partilhar, aceitar conhecimento, experiências, avaliações éticas e outros aspectos”. A díade que forma a tríade, conseqüentemente, e constrói conhecimento, se dá através da confiança.

Como já pontuado, a relação não ocorre de forma simétrica, muitas vezes. E, nesse sentido, é a confiança relacional que trará como resultado a construção do conhecimento. É preciso confiar e reconhecer que o outro provoca transformações no eu. Desta maneira, a seguir discutimos o entendimento de *self* dialógico na tríade eu-outro-objeto.

5.2.2 O *self* dialógico e a tríade eu-outro-objeto

É na relação intersubjetiva que acontece o diálogo. Lyra e Scorsi (2016, p. 235) afirmam que “qualquer história construída no diálogo é uma história construída com o outro”, o que também converge para os apontamentos de Simão e Rios (2016) quando elas reiteram que dialogar, implicitamente, é entrar em contato com um outro. A partir dessa concepção da díade eu-outro, tem-se a compreensão de que o eu, na verdade, é um *self* dialógico.

De acordo com Valsiner (2012, p. 125) “a noção de *self* dialógico parte de nosso entendimento usual sobre diálogos entre pessoas e é transposta para o diálogo intrapsicológico entre ‘partes’ do *self*”. O *self* é caracterizado por um processo de construção pessoal que confere um sentido de unicidade psicológica de quem sou (Oliveira, 2016). Essa unicidade não é estática e está em constante reconstrução, visto que ela se origina por meio das diferentes posições no diálogo ocupadas pelo eu e pelo outro, na medida em que se tornam parceiros, tendo o *self* um caráter agentivo no fenômeno de ações que são endereçadas ao outro (Lyra; Scorsi, 2016).

Freire e Branco (2016), ao discutirem sobre o desenvolvimento da dialogicidade do *self*, formulam que ele é um “sistema semiótico não linear, dialógico, dinâmico e aberto, constituído por concepções que a pessoa tem de si mesma e que estão em constante desenvolvimento” (p. 175). Desta maneira, o *self* está em um movimento frequente de tornar-se, de desenvolver-se, o que nos faz pensar que sem o outro não há desenvolvimento humano, na perspectiva dialógica (Michel; Andacht, 2016; Lyra; Scorsi, 2016).

Ao abordarmos a inexorabilidade da dialogicidade das relações humanas no processo de desenvolvimento, devemos considerar o meio sociocultural, sendo ele também um dos fundamentos da psicologia dialógica. Hermans (2003), ao explicitar a oposição da visão dialógica em relação ao sujeito cartesiano, fornece-nos indícios da visão holística do sujeito dialógico quando afirma que o outro ocupa o eu – *self* – em um tempo cultural e historicamente contextualizado.

Desta maneira, compreendemos que, de um modo geral, quando uma jovem tem o seu estado de saúde mental nomeado pelo diagnóstico, há uma construção de conhecimento sobre si mesma. O campo da saúde mental, por meio das instituições e dos profissionais, representa o meio sociocultural, sendo um outro significativo, que orienta os recursos simbólicos e influencia o processo reconstutivo do *self* (Ressureição; Sampaio, 2017).

Esse outro, de quem precisamos no processo de constituição de quem somos, pode configurar-se para além de uma pessoa. Nesse sentido, objetos, textos, sentimentos, imaginações, animais não humanos, grupos, instituições, passado e o futuro (Marková, 2017), por exemplo, contornam o âmbito do outro, a depender do sentido relacional que é construído.

O eu e o outro é um entendimento central da visão dialógica, visto que sem essa paridade, não há desenvolvimento humano.

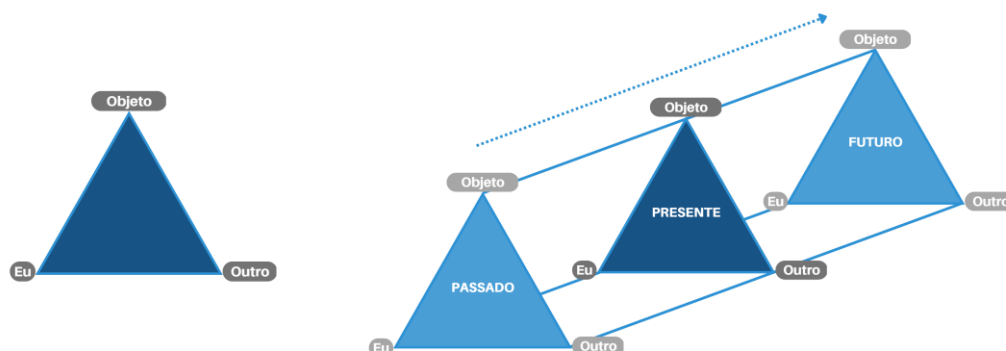
Entretanto, para esta perspectiva, existe um terceiro aspecto que compõe as relações eu-outro: o signo investido no objeto constitui o terceiro elemento, compondo a noção de que as relações dialógicas ocorrem a partir de um fenômeno triádico, constituído por eu, outro e signo/objeto (Oliveira; Guimarães, 2016). Essa compreensão de uma relação triádica é a base do pensamento dialógico, pois ela, de acordo com Simão e Rios (2016, p. 219) “oportuniza um processo de significação em que ocorre uma multiplicidade de reconstruções das mensagens dirigidas pelas pessoas, umas às outras”.

Marková (2017, p. 156) afirma que o *self* e o outro “agem sobre objetos para conhecê-los, para criá-los e destruí-los; os homens imaginam objetos, desejam objetos de outros e assim por diante”. Deste modo, a autora aponta que a relação triádica – *self*, outro e objeto – ocorre por meio de um triângulo. E este triângulo pode estar em harmonia, como também pode ser assimétrico. O que modifica a dinâmica triangular é a posição que as partes ocupam no diálogo e a forma como se constrói conhecimento sobre o objeto.

Nesse sentido, Marková (2017) pontua que a tríade possui uma dinâmica infinitamente aberta e infundável. A tríade, enquanto unidade ética e epistemológica irreduzível, sempre está construindo conhecimento sobre o mundo e modificando-o ao mesmo tempo. Além disso, pela tríade ter essa dinâmica aberta, a autora elenca que outras compreensões conceituais podem ser adicionadas à tríade, desde que não desconsidere os axiomas da epistemologia dialógica.

Marková (2017) destaca, assim, a tríade conhecida pelo modelo toblérone – assim como o chocolate – que expande o triângulo ao considerar a dinâmica temporal, sendo uma proposta de Bauer e Gaskell (1999), como discorre a estudiosa. De acordo com a autora, o triângulo é visto como um “construto alongado que captura o passado, o presente e o futuro dos significados do senso comum” (2017, p. 167). Assim, apresentamos na imagem a seguir o triângulo base do dialogismo, seguido do modelo toblérone:

Figura 1 - o triângulo dialógico e o modelo toblerone



Fonte: O autor (2023)

Tendo como referência o modelo toblerone, refletimos que além da imaginação dialógica, torna-se interessante pensá-la em conjunto com o conceito de rememoração (Bartlett, 1932; Silva; Lyra, 2017; 2021). O toblerone expande a tríade, entendendo que ela transita entre o passado e o futuro. Refletimos, assim, que esse passado pode ser rememorado e a imaginação dialógica pode estar relacionada com o futuro prospectado.

Tanto o passado e o futuro, que estão considerados nesta expansão do modelo triádico agem na formação de conhecimento. O passado rememorado, assim, condiz com a perspectiva de uma visão holística da memória, visto que ela, na rememoração, não é uma capacidade cognitiva humana que serve para arquivar eventos do passado de modo genuíno. Os indivíduos eliminam detalhes, transformam eventos ou objetos já conhecidos quando acessam memórias (Bartlett, 1932).

Diante disso, Silva e Lyra (2017) refletem sobre a memória como um ato de significação, a partir dos significados e dos signos que são criados no meio pessoal e cultural, o que culmina não mais em apontar uma memorização do que foi vivenciado, mas em um processo de rememoração, reconstrução. O termo rememoração em inglês é *remembering* e nesta forma nominal a palavra está no gerúndio. Wagoner (2011) pontua, assim, que esse uso por parte de Bartlett, o precursor desta visão, ocorre porque ele quis enfatizar que rememorar é uma atividade mental que ocorre corriqueiramente.

Wagoner e Gillespie (2013) discutem que o processo de rememoração perpassa por uma mediação sociocultural. E essa mediação é além de somente individual-psicológica, pois ela ocorre a medida que o indivíduo, na sua autorreflexão, responde a indagações pessoais e de outros. Nesse sentido, discutimos que o passado rememorado e o futuro imaginado através da tríade constroem conhecimento sobre o objeto. A tríade transita pela temporalidade a fim de que seja possível prospectar o futuro, como propõe a noção de imaginação dialógica. Como o tempo é irreversível, o passado rememorado orienta a construção do futuro.

5.2.3 Posições do eu

A partir da compreensão do *self* dialógico, tem-se a noção das posições do eu. Hermans (2001) aponta que o *self* é um organizador de múltiplas vozes que atuam dinamicamente constituindo posições do eu diante dos diversos contextos cotidianos. Essas vozes são constituídas a partir do lugar que o *self* e o outro ocupam no diálogo, isto é, as vozes construídas no diálogo criam posições do eu (Valsiner, 2012; Aveling; Gillespie; Cornish, 2015).

Essas posições são relativas à dinâmica que o eu ocupa frente ao outro no processo de construção do conhecimento sobre o objeto. Deste modo, é necessário mencionar que “ambos os parceiros e seu relacionamento são transformados no tempo e é por esta razão que eles desempenham um papel na emergência e no funcionamento do eu” (Lyra; Bertau, 2008).

Salgado, Cunha e Bento (2013) comentam que as posições emergem necessariamente de relações triádicas, pois para que se possa entendê-las é primordial entender quem fala, para quem o eu se dirige e sobre o que se fala. Desta forma, é da relação triádica que uma posição emerge. Nesse sentido, os autores afirmam que o conceito de “posição é entendido pela experiência subjetiva da pessoa e este termo - posição - implica uma metáfora espacial e requer necessariamente uma relação entre a pessoa e os outros dentro de um contexto social” (Salgado; Cunha; Bento, 2013, p. 334).

Assim, Salgado, Cunha e Bento (2013) destacam que é necessário entender três elementos para compreender como as posições do eu emergem. Estes elementos são o agente comunicacional, o destinatário e o objeto. O primeiro, respectivamente, condiz ao autor da ação, ao eu que articula expressões verbais e não verbais diante da sua experiência subjetiva. O destinatário é para quem o eu se endereça, sendo o outro que é invocado de forma direta ou indireta através das expressões verbais ou não verbais. Por fim, o objeto é o conteúdo do discurso da ação que o agente direciona para o destinatário.

A partir disso é importante destacar que a posição apenas é constituída no *self*, que internaliza as vozes construídas com o outro. E nessa internalização as vozes se relacionam de diferentes formas através de um autodiálogo, que também pode tornar-se um hétérodiálogo com outro atuais (Valsiner, 2012; Aveling; Gillespie; Cornish, 2015). As posições do eu, por meio dessa dinâmica de diálogos, são constituídas pelas vozes. Hermans (2001) pontua, assim, que existem posições internas e externas, que estão em relação uma com a outra. A unidade do *self*, inclusive, é dinâmica e ocupa diversas posições do eu.

As posições externas são relativas às relações exteriores que são construídas no meio social, sentidas como parte do ambiente (exemplo: meus familiares, meus amigos) e as internas referem-se às vozes interiores que o sujeito desenvolve consigo mesmo (exemplo: eu como psicólogo) (Hermans, 2001). A partir disso, Lyra e Scorsi (2016) comentam que as diferentes posições do *self* dialogam, assumindo diferentes vozes, que se confrontam, estabelecem acordos e se modificam, ou resistem à mudança (Lyra; Scorsi, 2016).

E é através da dinâmica de diálogos entre essas vozes que são identificados os significados que emanam a partir dos posicionamentos do eu (Valsiner, 2012). Salgado, Bento e Cunha (2013, p. 336) afirmam que “a construção de significado é possibilitada pela atividade de um agente, que usa meios semióticos para se dirigir a outros (mesmo que apenas virtuais ou potenciais) sobre determinados objetos”.

Deste modo, é ao ocupar posições do eu que os jovens constroem significados sobre o seu próprio diagnóstico psiquiátrico. É através da compreensão das posições que é possível identificar como os jovens constroem significados, na medida em que elas organizam vozes, que dialogam entre si. Durante as falas dos jovens que colaboraram com o estudo, percebe-se que elas são endereçadas para outros significativos como o psiquiatra, a mãe e o namorado, por exemplo; e é nesta formação de relação triádica com outros diversos que os significados emergem e podem se transformar ou não.

Diante disso, Albuquerque (2021, p. 47) comenta que “o caráter dinâmico dessas interações está associado a qualidades de mudança, desenvolvimento e movimento”. Por isso, as construções de significados estão diretamente relacionadas com as construções de trajetórias de vida. Assim, Albuquerque (2021, p. 47) ainda destaca que “embora o objeto seja construído em conjunto pela interação eu-outro, as pessoas têm diferentes desejos e expectativas”.

E isso remete ao que Marková (2017) destaca sobre as relações triádicas não serem harmônicas, necessariamente. As construções de significados emergem das contradições, das negociações seja consigo mesmo ou com o outro através do diálogo (Valsiner, 2012;

MARKOVÁ, 2017). Desta maneira, observamos e analisamos essas relações a partir das trajetórias de vida que serão discutidas no tópico a seguir.

5.3 A ABORDAGEM DA EQUIFINALIDADE DAS TRAJETÓRIAS (TEA)

(...) Somos um produto do tempo, por isso devolvemos o crédito onde é devido: o tempo.

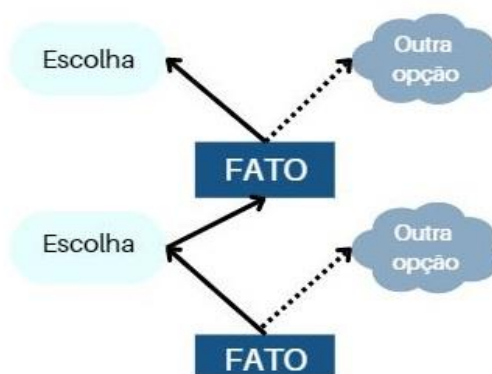
A frase acima é de Felix-Torres, sendo lembrada em tweet de 2022, lembrando-nos sobre como o tempo é irreversível (Valsiner, 2012; 2014; Zittoun, 2015). Entretanto, mesmo que ele não possa sofrer alteração diante do que já passou, Valsiner (2011) destaca que através do passado o tempo insiste em ser reatualizado. Nesse sentido, o autor pontua que do ponto de vista do tempo presente existe uma assimetria entre o que passou – tempo passado – e o que está por vir – tempo futuro –, pois o passado contém o que já foi realizado, de forma unilinear, e o futuro contém potenciais realizações de maneira multilinear.

Isso caracteriza a assimetria discutida pelo autor: a reatualização do passado em direção ao futuro ocorre através dos impactos do que não foi realizado, daquilo que não foi vivido, pois no futuro há a possibilidade de realização. Desta forma, olha-se para o passado como um processo interno em que o passado impacta o futuro, seja no que foi vivido ou não – nesta perspectiva não importa o tempo cronológico, do relógio (Sato; Tanimura, 2016). Assim, o tempo insiste em ser reatualizado mediante o que não fora concretizado no tempo passado, pois o sujeito humano sente que o curso temporal foi vivido de uma forma única, mesmo com a possibilidade de escolhas diversas no futuro. Essa passagem temporal do passado para o futuro, que perpassa pelo presente é compreendida como trajetória de vida. Entretanto, como ela é vista de forma multilinear, a passagem do tempo ocorre por meio de trajetórias, que podem ou não serem vividas (Zittoun; Valsiner, 2016).

Diante dessa concepção, de que há trajetórias de vida, vividas ou não, é que há o desenvolvimento da abordagem da equifinalidade das trajetórias (TEA). Na TEA tem-se a noção de que o curso da vida é desenvolvido a partir de trajetórias e o que não foi vivido, abandonado, por quaisquer razões, impacta o que é vivido, sentido pelo sujeito (Sato *et al.*, 2009; Sato; Valsiner, 2010). Como já referido, Valsiner (2011) destaca que o passado comporta uma trajetória de vida vivida de forma unilinear, porém deve-se ter a compreensão de que o passado também abarca outras trajetórias que não puderam ser vividas. O que caracteriza o que é vivido ou não, são os pontos de bifurcações que se apresentam nas trajetórias. Eles

compreendem conflitos que o sujeito vivencia, quando é necessário escolher algo para si (Zittoun, Valsiner, 2016). Na figura a seguir, exemplificamos como as trajetórias de vida são compreendidas pela TEA:

Figura 2 – exemplificação de trajetórias de vida



Fonte: O autor (2023)

Na figura 2, percebe-se que um determinado fato, que o sujeito vivencia, gera pontos de bifurcação, que consistem em momentos de tomada de decisão, como ele não pode escolher todas as suas possibilidades, o indivíduo passa a viver determinada trajetória e outras não. Diante disso, Sato e Valsiner (2010) argumentam que o vivido e o não vivido diferenciam-se através de rupturas, que são compreendidas pelos pontos de bifurcações. Eles apontam que no decorrer da vida lidamos com escolhas diariamente e é por elas que construímos as trajetórias de vida. É importante destacar que essas escolhas não ocorrem através do mero acaso ou desejo próprio. Elas são resultado de um conflito interno em relação com o meio sociocultural. É através do que o sujeito consegue significar no seu tempo sócio-histórico que as trajetórias se constroem, em um campo infinito de possibilidades de ser.

Nesse sentido, o TEA é uma perspectiva “teórica de tradução das múltiplas possibilidades para o curso do desenvolvimento real” (Zittoun; Valsiner, 2016, p. 4). Zittoun e Valsiner (2016) discutem que o passado orienta o processo de desenvolvimento, mas não o define. Por isso, torna-se importante compreender como se dá a construção das trajetórias de vida a partir das “escolhas” que o sujeito realiza para si. Desta maneira, a TEA orienta a construção do Modelo de Equifinalidade das Trajetórias (TEM). Ele é uma proposta de Sato *et al.* (2009) também discutida por Sato e Valsiner (2010), Zittoun e Valsiner (2016) e Sato e Tanimura (2016).

O TEM é organizado como um mapa, é uma ferramenta cartográfica que fornece ferramentas analíticas para o entendimento de como as pessoas se tornam elas mesmas, se biografam. (Zittoun, Valsiner, 2016). Sato e Tanimura (2016) destacam que o TEM é um instrumento que lida com o desenvolvimento humano quando ele é compreendido através de um tempo e lugar específico. Os autores ainda apontam que ele é uma proposta de descrição individual do desenvolvimento humano na perspectiva da psicologia cultural e tem como foco as experiências de transformação e relação da pessoa com o seu contexto de vida.

Sato e Valsiner (2010) enfatizam que, ao discutirmos sobre trajetórias de vidas, o tempo é um marco central que deve ser considerado. O curso da vida, nesse sentido, é marcado pelo tempo, que não é apenas mensurado pelo momento do nascimento até a morte, já que a existência humana não é definida apenas pelo tempo do relógio ou do calendário. Assim, Sato *et al.* (2009) pontuam que para (re)construir trajetórias de vidas é inevitável considerar as transformações que ocorrem com o tempo. Perante a isso, os autores destacam que é considerando o tempo, na sua complexidade, que devemos olhar como se configura a dinâmica do desenvolvimento humano diante de um contexto dialógico.

O tempo, na concepção dos estudiosos (Sato; Valsiner, 2010), é um processo que opera transformações no decorrer da vida que, de modo inexorável, é marcada por rupturas que, conseqüentemente, influenciam a (re)construção de trajetórias que poderiam ser vividas, mas não foram, porque escolhas precisam ser feitas no âmbito pessoal de cada ser humano. Assim, perante as escolhas que cada sujeito toma para si, situado em uma temporalidade sócio-histórica mediada por signos-significados, é que nos propomos a discutir sobre trajetórias de vidas juvenis.

Como o TEM configura-se como um instrumento teórico-analítico, semelhante a um mapa. Sato *et al.* (2009), Sato e Valsiner (2010) e Sato e Tanimura (2016) orientam que alguns aspectos devem ser considerados para a construção do modelo. Esses pontos são os seguintes:

- Ponto de equifinalidade (EFP)
- Pontos de passagem obrigatórios (OPP)
- Pontos de bifurcações (BFP)
- Trajetórias realçada e tracejada
- Nuvens de possibilidades

Tendo em consideração os pontos acima, apontamos, inicialmente, que a equifinalidade implica em uma região de chegada diante de vários caminhos múltiplos, “é uma forma de entendimento de um desenvolvimento humano ontogenético” (Zittoun; Valsiner, 2016, p. 4). A construção do TEM é orientada para o ponto de equifinalidade. Ele representa o ponto de chegada, é a região que o pesquisador se direciona para entender os caminhos que sujeito percorreu até ela. Yudiarso e Gunawam (2021, p. 358) conceituam que “o ponto de equifinalidade é um ponto que múltiplas trajetórias alcançam no presente”.

Sato e Tanimura (2016) também apontam que a equifinalidade significa que o mesmo estado pode ser alcançado pelo sujeito a partir de diferentes condições iniciais de suas trajetórias particulares. Neste estudo podemos apontar como exemplo de zona de equifinalidade quando diferentes jovens buscam atendimento em saúde mental diante de suas necessidades individuais. Porém, mesmo que se tenha a compreensão da equifinalidade como uma região de chegada, é importante destacar que ela é temporária, ela é uma arena de convergência. Nesse sentido, o desenvolvimento não é equifinal, mas pós equifinal, porque o desenvolvimento psicológico está orientado para o futuro (Zittoun; Valsiner, 2016).

Zittoun e Valsiner (2016) pontuam que o desenvolvimento humano é compreendido como um resultado de múltiplos caminhos, sem uma forma esperada. Em alguma medida, os autores destacam que o desenvolvimento não tem como ser previsto antes de seu acontecimento e nem pode ser explicado exhaustivamente após ocorrer. Assim, Mattos (2013) pontua que

o que está em foco é a singularidade das trajetórias individuais, tomadas a partir da experiência vivida pela pessoa em determinado contexto e em um tempo irreversível, orientado para o futuro. Trata-se, portanto, de uma perspectiva multilinear da construção das trajetórias de desenvolvimento (Mattos, 2013, p. 65)

Mas, para que se entenda o que constitui as trajetórias até a zona de equifinalidade, alguns outros elementos são considerados como já foi supramencionado. Desta forma, são considerados no modelo TEM os pontos obrigatórios da vida, os pontos de bifurcações, as trajetórias realçada e tracejada e as nuvens de possibilidades. No subtópico 7.1 apresentamos um modelo completo de como o TEM é estruturado, tendo estes pontos como consideração, mas a seguir discorreremos a relevância de cada ponto e o que eles mensuram nas trajetórias

Os pontos obrigatórios referem-se às experiências que, inevitavelmente, são vividas pelos seres humanos. Podemos elencar o nascimento, por exemplo, como um ponto de passagem obrigatório. No que condiz aos pontos de bifurcações, Sato *et al.* (2009) destacam

que cada trajetória é construída historicamente a partir de pontos de bifurcação (BFP), que representam mudança no curso natural, supostamente esperado.

Os BFP constituem as rupturas, são os momentos em que o indivíduo necessita escolher algo diante de suas possibilidades sociais e históricas (Sato *et al.*, 2009, Sato; Valsiner, 2010). E são nesses momentos que se configuram as trajetórias vividas e aquelas não vividas, que são indicados no modelo por uma trajetória real e por outra abandonada, o que configura o que nomeamos de trajetória realçada e tracejada, respectivamente (Zittoun; Valsiner, 2016).

Por último aspecto, temos as nuvens de possibilidades. As nuvens ampliam a noção que é abarcada pelos BFP. Elas indicam que em um ponto de bifurcação não se trata de uma escolha sobre “isto ou aquilo”, mas existe um campo infinito de possibilidade de escolhas, além de que nem sempre é possível realizar as escolhas, tendo em vista um futuro explicitamente calculado. As nuvens mostram que as bifurcações também são pontos nebulosos, em alguma medida (Zittoun; Valsiner, 2016).

Em uma discussão sobre o TEM, Lehmann, Hansen e Hurme (2020) destacam que ele é uma ferramenta que busca abraçar a incerteza da vida e de que como essa proposta é fundamental para uma psicologia cultural-desenvolvimentista. Nesse sentido, elas argumentam que “experimentar a incerteza muitas vezes envolve tensão entre diferentes posicionamentos do self e esses posicionamentos do eu são então em si mesmos vetores, ao invés de ‘coordenadas estáticas” (Lehmann; Hansen; Hurme, 2020, p. 824).

Ainda em conformidade com as autoras, elas elencam que o modelo, por meio da equifinalidade, visa elucidar teoricamente que as realidades, sejam vividas ou não, não chegam a um acordo. As trajetórias de vida referem-se a luta que cada sujeito tem consigo mesmo, seja aceitando suas próprias trajetórias ou se opondo a elas, em um constante exercício de delinear outras experiências sobre viver.

Além disso, há duas noções conceituais que organizam as concepções que fundamentam todos os aspectos do TEM. São a *social direction* (SD) e *social guidance* (SG) (Sato *et al.*, 2009). Os autores discutem que as escolhas que precisam ocorrer no decorrer de cada trajetória não são decididas ao acaso ou pela própria vontade. O meio sociocultural, com seus signos e o que o sujeito internaliza deles, influenciam diretamente as decisões de cada indivíduo.

Sato e Tanimura (2016) argumentam que a SD e a SG são forças sociais que tornam as trajetórias de cada sujeito diversa. Os autores comentam, por exemplo, que duas pessoas podem ter ensino superior, no entanto, por questões sociais uma delas pode ter necessitado trabalhar antes de ingressar na educação superior, enquanto a outra pode ter se graduado sem a necessidade de um trabalho anterior. Eles ainda destacam que a SD é a força que distancia o

sujeito da EFP, que pode ser a forma como ela chegou ao ensino superior, por exemplo. E o SG é a força que contribui para a chegada das trajetórias até o EFP.

Por fim, torna-se importante destacar que o TEM, a partir do TEA, é uma abordagem conceitual-descritiva orientada pela individualidade de cada pessoa (Pinho, 2017). Nesse sentido, Sato e Tanimura (2016) destacam que a construção das trajetórias ocorre a partir de uma amostra estruturada historicamente (HSS). Essa amostra consiste na singularidade de cada sujeito, ele é selecionado para participar de uma pesquisa devido as suas trajetórias de vida que condizem com o objetivo do estudo e alcancem a zona de EFP. Mais recentemente, os autores pontuam que a expressão HSS foi alterada para HSI, sendo o convite historicamente estruturado, tendo a noção de que cada sujeito deve ter o seu percurso de vida respeitado.

5.3.1 Avenidas de significado dirigido (ASD)

As avenidas de significados dirigido (ASD) são uma proposta de Lyra, Valério e Wagoner (2018) que tem a possibilidade de ampliar as conceituações do TEM. As ASD têm como fundamento a noção de que toda construção de significados ocorre em relação com significados sociais. Estes significados, segundo os autores, podem ser agrupados em avenidas e eles se relacionam diretamente com as trajetórias de vida.

De acordo com Lyra, Valério e Wagoner (2018, p.3) as ASD são “um exame mais detalhado dos significados societários-coletivos disponíveis em contextos específicos e em momentos específicos, bem como as várias restrições sociais encontradas”. Aguiar (2019, p. 59) pontua como “o uso desse conceito destaca como os significados disponíveis no ambiente sociocultural guiam e modulam a construção de significados dos indivíduos ao se moverem em suas trajetórias”.

Lyra, Valério e Wagoner (2018) argumentam que todo processo de desenvolvimento humano é múltiplo, visto que ele tem um caráter autogerador que implica em uma variabilidade crescente. Isto é, conforme desenvolvemos a nós mesmos através do tempo, estamos produzindo uma diversidade de processos que nos levam a nos movermos por nossas trajetórias. Nesse sentido, os autores pontuam que o desenvolvimento ocorre a partir da relação com os significados sociais, que são compreendidos pela ideia de avenidas.

Albuquerque (2021, p. 50) destaca que “os significados agrupados constituem uma avenida, guiando a pessoa em sua construção de significados pessoais para decisões e ações da vida. Isso requer pontos referenciais, que situem inícios, finalidades e percursos”. Desta forma,

Lyra, Valério e Wagoner (2018) concluem que construir significados é de suma importância para o desenvolvimento humano, porque implica em uma orientação prospectiva.

Nesse sentido, os autores afirmam que “as pessoas se preparam para enfrentar futuros possíveis regulando as interações com possibilidades sociais disponíveis em um tempo e lugar específicos” (Lyra; Valério; Wagoner, 2018, p. 447). E é isso que caracteriza as avenidas, existem significados diversos que regulam diferentes possibilidades de trajetórias que são delineadas até o EFP, ou seja, pode-se chegar no mesmo EFP a partir de diferentes trajetórias.

Portanto, tendo discutido os fundamentos teóricos pertinentes ao estudo, a partir da PCDS em relação com o dialogismo e o TEA, apresentamos a seguir o presente estudo. Expomos, assim, os objetivos detalhadamente, a metodologia adotada, seguida dos procedimentos metodológicos.

6 O PRESENTE ESTUDO

6.1 OBJETIVOS

6.1.1 Objetivo Geral:

- Investigar como jovens significam seus diagnósticos psiquiátricos nas suas trajetórias de vida.

6.1.2 Objetivos Específicos:

- construir trajetórias de vida a partir de um tempo que não é necessariamente cronológico, mas que é significado pelos jovens. Focaliza-se, sobretudo, os pontos de tensões e bifurcações nas quais se incluem tanto a trajetória vivida, quanto aquela não vivida;
- compreender como os significados construídos sobre o seu diagnóstico psiquiátrico se relacionam: (a) experiências anteriores, através do passado e (b) prospecções de futuro;
- identificar, nessas trajetórias, as relações que os jovens estabelecem entre os significados coletivos e individuais.

6.2 PERSPECTIVA METODOLÓGICA

No processo de construção deste estudo, atentamo-nos para uma dimensão dialógica sobre o fazer pesquisa. Nesse sentido, desenvolvemos uma perspectiva idiográfica (Valsiner, 2012). Contemplamos, em nossa visão, um foco nos processos singulares e particulares de cada jovem na sua unicidade, o que caracteriza a prática idiográfica adotada (Rondel, 2003).

Quando assumimos esta postura dialógica, tivemos como ponto de partida a consideração de que toda a produção oriunda deste estudo seria co-construída. Deste modo, uma pesquisa dialógica contempla a noção de que o encontro com o outro é relacional. Todos e todas que participam do processo não são agentes passivos, mas ativos e construtores de significados.

Cornish (2020), em sua discussão sobre metodologia dialógica, pontua que a dialogicidade é uma dinâmica. Essa dinâmica, segundo a autora, é constituída através do encontro com o outro, no qual implica uma atenção às singularidades do humano. Desta

maneira, a nossa perspectiva idiográfica veste uma postura dialógica sobre a construção de conhecimento.

Em ressonância com nossos fundamentos, também nos alicerçamos no que Kilomba (2019) pontua como centralidade do sujeito. Esta centralidade engloba a compreensão de que quem pesquisa deve sempre estar atento ao reconhecimento do outro. Assim, desenvolvemos o estudo de forma cuidadosa no que é relativo às percepções de si e do mundo que cercam os sujeitos que aceitaram construir uma relação conosco.

Pesquisar diretamente com sujeitos em situação de sofrimento psíquico, mesmo que assistidos institucionalmente, requereu de nós uma sensibilidade frente ao outro. Cornish (2020, p. 144) afirma que “quando nosso objeto de estudo é a construção de sentido humano, não podemos evitar questões éticas, porque, ao construirmos sentido, as pessoas avaliam suas próprias ações e de outros, e assumem ou não responsabilidades”.

Encarar seres humanos como objetos de estudos, deste modo, pode resultar no esquecimento do que é humano verdadeiramente. Por exemplo, um questionamento mal pensado, uma má organização do espaço ou uma insistência em que o sujeito responda algo que não quer, podem acarretar em consequências desastrosas para a vida de quem aceitou colaborar com qualquer pesquisa – ainda mais em sujeitos que já é sabido que experienciaram situações de sofrimento.

Foram confiadas a nós histórias de sofrimento, e isso exige, da nossa parte, adotar uma ética sensível, que tem a proposta de ser dialógica (Spink, 2000; Diniz, 2008). Desta maneira, tivemos o propósito de adotar um princípio ético que avance para além das diretrizes documentais.

6.2 ENTREVISTA E *SCRAPBOOK*: INSTRUMENTOS DA PERSPECTIVA METODOLÓGICA

Concretizamos nossa perspectiva metodológica através de quatro entrevistas longitudinais individuais, com periodicidade quinzenal, e do uso do *scrapbook* – fizemos uso da entrevista por entendê-la como um fenômeno dialógico. Medrado e Lyra (2015) entendem a entrevista como um empreendimento dialógico que está sujeito à acordos, tensões e conflitos sempre mediado por uma interação entre uma pessoa que entrevista e outra que é entrevistada, considerando também que essa situação pode ocorrer de modo grupal.

Assim, a entrevista não é só um jogo de perguntas e respostas. Ela possibilita a implicação da figura de quem pesquisa no processo de construção do conhecimento, não

corroborando com uma ciência que se afirma neutra. Além disso, ao haver a compreensão de que ela pode ser negociada, percebemos o caráter interventivo e transformador que o encontro da entrevista pode provocar, quando ela é compreendida de modo dialógico.

Abbey e Zittoun (2010) afirmam que o ato de entrevistar proporciona para todos os participantes a possibilidade de criar significados. Tanto de modo interpessoal, juntos, ou em um diálogo interno, consigo mesmo. Percebemos, desta maneira, como entrevistar é um processo complexo. É uma troca que envolve transformação mútua e, conseqüentemente, um diálogo co-construído a partir do objeto em destaque – no nosso caso, o diagnóstico psiquiátrico (Abbey; Zittoun, 2010).

Em ressonância com a entrevista, fornecemos aos jovens o *scrapbook*, um objeto que se configura como uma espécie de caderno adaptado para texto escrito. Além dele ter espaço para fotos e desenhos – em tradução literal para a língua portuguesa a palavra *scrapbook* significa álbum de recortes. Ele é adicionado ao processo das entrevistas para que se construa um elemento de significação para além do verbal, como pontua Valsiner (2012), ao destacar que a linguagem verbal possui os seus limites no processo de construir significados.

Oliveira (2016) também problematiza que em pesquisas dialógicas não devemos cair em um reducionismo metodológico, frequentemente, tendo a entrevista apenas como único recurso. As posições do eu e os significados podem ser identificados e analisados de outras formas, não excluindo o entrevistar, necessariamente. Mas, diante do fato de termos uma atenção voltada para um sujeito semiótico-dialógico complexo, optamos por expandir nossa experiência metodológica com o uso do *scrapbook*.

6.3 PARTICIPANTES

Contamos com a colaboração de dois jovens, que são assistidos por um hospital-dia na cidade de Recife, em Pernambuco: um homem de 21 anos e uma mulher de 28 anos. Para que fosse possível contar com suas participações, estabelecemos os seguintes critérios de inclusão:

- ter entre 18 e 29 anos;
- ter conhecimento do seu diagnóstico psiquiátrico;
- ser assistido pelo hospital-dia;
- após ter conhecimento da proposta do estudo em questão, concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por outro lado, o que inviabilizaria a não participação, sendo nosso critério de exclusão, seria a não assinatura do TCLE.

6.4 CONTATO COM PARTICIPANTES

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo CAAE 49240821.8.0000.5208, houve um contato com a instituição parceira. Realizamos um momento de sensibilização com os profissionais que atuam no hospital-dia, no formato de uma reunião. Explicamos a relevância da pesquisa, além de ter sido um momento em que foi possível esclarecer todos os aspectos que envolvem o projeto, para que tivéssemos uma sintonia frente ao objetivo a ser cumprido.

Em seguida, ocorreu a comunicação aos jovens usuários. A equipe de profissionais indicou alguns usuários, que em seus julgamentos, seriam beneficiados pelo estudo. Houve uma apresentação da pesquisa, em conversa individual, com a facilitação dos profissionais. Nesse momento explicamos sobre a importância de colaborar com o projeto e esclarecemos todas as dúvidas. Esteve explícito, também, que a colaboração não seria obrigatória e que havia o direito de declinar da pesquisa em qualquer momento, sendo um direito. Nesse sentido, foi realizado o contato com três sujeitos, mas apenas dois jovens seguiram no processo de pesquisa.

6.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estruturamos a pesquisa, em termos práticos, a partir de formulações de pesquisadoras sobre trajetórias de vida. Nesse sentido, Valério (2013) e Aguiar (2019) orientam que a (re)construção de trajetórias de vida acontece a partir de trajetórias experimentais. Isto é, a partir da primeira entrevista, quem pesquisa já traça uma primeira trajetória, considerada experimental. Ela não é definitiva. A cada entrevista subsequente à trajetória inicial construída, ocorre uma atualização do escopo original, até que a trajetória final seja concluída na última entrevista.

Desta maneira, organizamos as entrevistas para ocorrerem em um intervalo de quinze dias, entre cada encontro. Elas foram realizadas presencialmente nas dependências físicas do serviço de saúde mental, no decorrer da última semana de agosto de 2021 até a metade do mês de outubro de 2021. Durante o intervalo entre cada encontro houve a transcrição de cada entrevista, juntamente com uma subetapa analítica, em que buscamos reformular e aprofundar

assuntos a serem discutidos no encontro seguinte. Esse aprofundamento foi oriundo tanto da entrevista passada como do que os jovens apresentaram de produção do seu *scrapbook*.

Deste modo, a **primeira entrevista** fez alusão a uma anamnese psicológica, visando o estabelecimento do *rapport*. Mesmo considerando que o foco está no significado construído sobre o diagnóstico psiquiátrico, esta entrevista foi mais global e livre (como um “bate-papo”), procurando a identificação das esferas de experiências em termos de ambientes-contextos relevantes para as vivências dos jovens e possível localização de momentos de tensão.

Ao fim da entrevista, foi explicado a proposta do *scrapbook*, entregamos o objeto aos jovens e dissemos que seu intuito é de expor os significados que o diagnóstico psiquiátrico possui, também sendo possível que desperte lembranças do passado real ou imaginado e projeções de caminhos desejados/indesejados para o futuro. Quando entregamos o diário, foi dada a seguinte instrução:

Esse kit de diário é para você. Ele é seu, ficará com você até o fim da pesquisa. Então, sinta-se livre para fazer com ele o que quiser. Torná-lo o mais seu possível, incluir o que pensa e sente sobre os significados desse diagnóstico. Colocar nele desde as coisas que você passou, queria ter passado, até as coisas que imagina que virão pela frente, que podem também não estar diretamente relacionadas ao referido diagnóstico. Criações, lembranças, desejos, tudo. Ele vem com adesivos e outras coisas, você não é obrigado/a a usá-los, assim como pode também colocar outras coisas que desejar. Em um dos nossos encontros, segundo ou terceiro, eu vou pedir que você o traga para eu ver.

Fizemos uso do *scrapbook* porque ele faz alusão a um diário, sendo um instrumento de cunho pessoal, individual, para que o participante se ocupe dele como tal (AGUIAR, 2019).

A partir da conclusão desta primeira etapa, iniciamos as transcrições e a construção das trajetórias, caracterizando as subetapas analíticas, que ocorreram entre a primeira e a segunda entrevista, entre a segunda e a terceira entrevista e entre a terceira e a quarta entrevista, por fim. Nesse sentido, a **segunda entrevista** teve como foco a relação com o próprio diagnóstico. Foi um momento dedicado ao passado, no qual exploramos os acontecimentos que culminaram até o momento de definição do diagnóstico.

Diante desta entrevista e das demais, foi possível, tanto para mim, pesquisador, quanto para o jovem, fazer referência à entrevista anterior, a fim de tirar dúvidas e aprofundar conteúdos que ambos julgássemos ser necessários, e foi a partir deste momento que passamos a olhar o que também estava sendo produzido no *scrapbook*. A **terceira entrevista** buscou explorar os aspectos do futuro. Este momento foi dedicado ao que os jovens esperam

de si, os receios sobre quem eles podem se tornar, e à continuidade do seu processo de cuidado relativo à sua saúde mental.

A **quarta entrevista** foi livre, tendo sido um momento dedicado aos conteúdos abordados nos encontros passados. Além disso, foi o momento para o fechamento dos encontros, sendo, também a ocasião final para esclarecimento de dúvidas que vieram a surgir no decorrer da construção das trajetórias, iniciada nas subetapas analíticas. A seguir, apresentamos como ocorreu a abordagem analítica frente aos dados que foram construídos nas entrevistas em conjunto com o *scrapbook*.

7 ABORDAGEM ANALÍTICA

O conteúdo construído junto aos participantes da pesquisa foi submetido a uma análise dialógica com o apoio teórico-metodológico do TEM (Sato *et al.*, 2009). Para isso, tivemos como referência os estudos desenvolvidos por Gillespie *et al.* (2007), Gillespie e Cornish (2010) e Aveling, Gillespie e Cornish (2015). Além disso, contamos também com a tradição de estudos do próprio grupo de pesquisa. Por exemplo, a partir de Lyra, Valério e Wagoner (2018), Valério (2013), Aguiar (2019), Oliveira (2019) e Albuquerque (2021). Desta maneira, a análise foi constituída a partir de duas etapas gerais, sendo a segunda dividida em três subetapas.

7.1 CONSTRUÇÃO DE TRAJETÓRIAS DE VIDA A PARTIR DO TEM

Nos dois meses que acompanhamos os jovens, fizemos um exercício, junto a eles, de revisitação de suas próprias histórias de vida. A partir disso, nesta primeira etapa geral, utilizamos do modelo TEM, proposto por Sato *et al.* (2009), para construir as trajetórias de vida dos dois jovens. Consideramos que este modelo tem como base os dados qualitativos significados pelos participantes (Lyra; Valério; Wagoner, 2018). Por isso, ele se torna um instrumento potente para a construção das trajetórias.

Por meio das entrevistas e do que foi produzido nos *scrapbooks*, as construções das trajetórias não foram elaboradas pelo tempo cronológico, necessariamente, mas foram referenciadas através do que tinha maior relevância para os próprios jovens. Nesse sentido, propomos inicialmente um exercício imaginativo. Solicitamos aos jovens que iniciassem a contação de suas biografias, ao imaginarem qual seria a primeira cena de um filme, que expusesse tudo aquilo que foi vivido por eles até o momento presente do nosso encontro.

Partimos deste estímulo, pois Valério (2013) orienta que é o sujeito entrevistado quem define o marco inicial de sua trajetória, a partir dos questionamentos proferidos pelo entrevistador em relação ao tema que está sendo pesquisado. Isso soma-se também à compreensão que temos de que um diagnóstico, em saúde mental, decorre de uma construção que ocorre a partir de fatos da vida cotidiana, ao longo de toda uma trajetória de existência.

O TEM, desta maneira, nos dá suporte para a realização de um mapeamento analítico sobre os acontecimentos, sejam eles vividos ou não (Sato; Valsiner, 2010). Essa característica de contemplar aquilo que não foi vivido, é um aspecto do modelo, por essa perspectiva compreender que o que foi abandonado no curso da vida, por qualquer fator que seja, impacta

o que é vivido. O que influencia, diretamente, os processos de reconstrução do passado e do futuro, consequentemente.

Assim, para a construção do TEM, partimos, então, de alguns pontos como orientam Sato *et al.* (2009), Sato e Valsiner (2010) e Zittoun e Valsiner (2016):

1. **Ponto de equifinalidade (EFP):** este ponto é compreendido como um destino, um ponto de chegada. As trajetórias são construídas a partir do EFP, porque ela indica os caminhos que levam os jovens até uma determinada circunstância, que eles desejam. Zittoun e Valsiner (2016, p. 4) afirmam que “a equifinalidade implica em uma região de chegada diante de vários caminhos múltiplos, é uma forma de entendimento de um desenvolvimento humano ontogenético”.
2. **Pontos de passagem obrigatórios (OPP):** eles constituem os eventos dos quais não podemos deixar de experienciar no curso da vida. Por exemplo, precisamos nascer (no real e no simbólico) para estarmos vivos neste plano. Necessitamos também, em alguma medida, quando adultos encontrar uma forma de sustento financeiro. Apesar desta nomenclatura “obrigatória”, não significa que esses fatos são vivenciados por todas as pessoas humanas, mas são fatos dos quais não podemos escapar, evitar. Se nossos pais decidem se divorciar, passar por isso é um fato obrigatório, já que um filho não tem influência sobre esta decisão, apenas é impactado por ela.
3. **Pontos de bifurcações (BFP):** os BFP caracterizam as escolhas que cada jovem fez no decorrer de sua vida, quando se encontra em uma encruzilhada. Por exemplo, a partir de um fato obrigatório da vida do sujeito, ele tem a opção de escolher, no seu tempo sócio-histórico, o que pode fazer. A escolha de algo e o abandono de outras opções, caracterizam os BFP. Entretanto, essa escolha não ocorre de forma simples e livre. No nosso estudo, por exemplo, percebemos que os jovens, nos seus momentos de BFP, passaram a escolher entre estarem vivos ou não, optando ou não pelo suicídio, por exemplo. Isso já caracteriza a complexidade desses momentos no decorrer da vida, sendo um momento de tensão nas trajetórias.
4. **Trajetoárias realçada e tracejada:** os OPP e os BFP levam ao EFP. No modelo, há o curso das trajetórias, que são indicados por linhas – as linhas em realce correspondem aos eventos vividos, a partir de cada BFP, e o tracejado equivale ao que não foi vivido.

5. **Nuvens de possibilidades:** constituem regiões que favorecem os BFP. São os momentos em que os jovens se questionam sobre como podem decidir sobre o curso da sua vida em relação com aspectos que podem envolver o passado rememorado e o futuro prospectado, imaginado. As nuvens e os BFP coexistem na mesma instância, e a dinâmica entre o passado e o futuro opera como uma expansão da experiência dos BFP.

A partir destes pontos, nós passamos a construir as trajetórias dos jovens. E todos esses aspectos, a partir desta perspectiva foram organizados a partir do que Sato *et al.* (2009) consideram, nas pesquisas que envolvem trajetórias de vida, como sendo a amostragem historicamente estruturada (HSS). Atualmente, ela sofreu uma modificação e é compreendida como **convite historicamente estruturado (HSI)** como pontua Aguiar (2019) através de Sato (2016) e Sato e Tanimura (2016).

Essa amostragem/convite tem o intuito de focar na experiência de vida de cada ser humano, a partir do entendimento de que somos heterogêneos. Pinho (2017) aponta que o HSI é um método de casos individuais em que os eventos do passado, de forma contextualizada historicamente, são considerados até o momento presente, sendo estes compreendido como BFP (pontos de bifurcação). Assim, através do que o jovem significa, construímos as trajetórias de vida, contextualizadas historicamente, tendo como referência os BFP que ocorrem no decorrer das trajetórias.

Sato *et al.* (2009) pontuam que é a partir da equifinalidade, que se pode traçar a forma como ocorre o desenvolvimento das trajetórias de vida. É necessário nesse processo de construção estar sempre atento às bifurcações e aquilo que foi imaginado, mas não vivido. Apesar de expormos os pontos de equifinalidade, Zittoun e Valsiner (2016) lembram que ela é temporária, sendo uma arena de convergência que orienta para o tempo futuro.

Em nossa pesquisa, em relação ao EFP, ele é formado por quando os jovens se tornaram aptos para estar sob institucionalização do hospital-dia, isto é, foram admitidos pelo serviço. E foi neste “ponto de chegada”, que os jovens passaram a construir significados sobre os seus próprios diagnósticos, pois foi a instituição que os definiram. Nesse sentido, ao quisermos analisar o desenvolvimento das trajetórias em relação ao diagnóstico dos jovens, deve-se ter como referência o tempo passado, presente e o futuro, pois em termos práticos, o TEM, para ser elaborado, parte destes pontos centrais já mencionados.

Precisamos considerar o tempo (passado, presente e futuro), o EFP e os BFP, que resultam no que é vivido e naquilo que não pôde ser personificado, além de cada OPP.

Entretanto, para identificarmos esses aspectos, precisamos criar uma trajetória experimental através da primeira entrevista. Ela caracteriza-se como uma linha do tempo mais geral, para que possamos nos situar frente aos fatos que os jovens viveram. A fim de exemplificação dessa trajetória, apresentamos o seguinte esquema:

Figura 3 - exemplo de trajetória experimental



Fonte: O autor (2023)

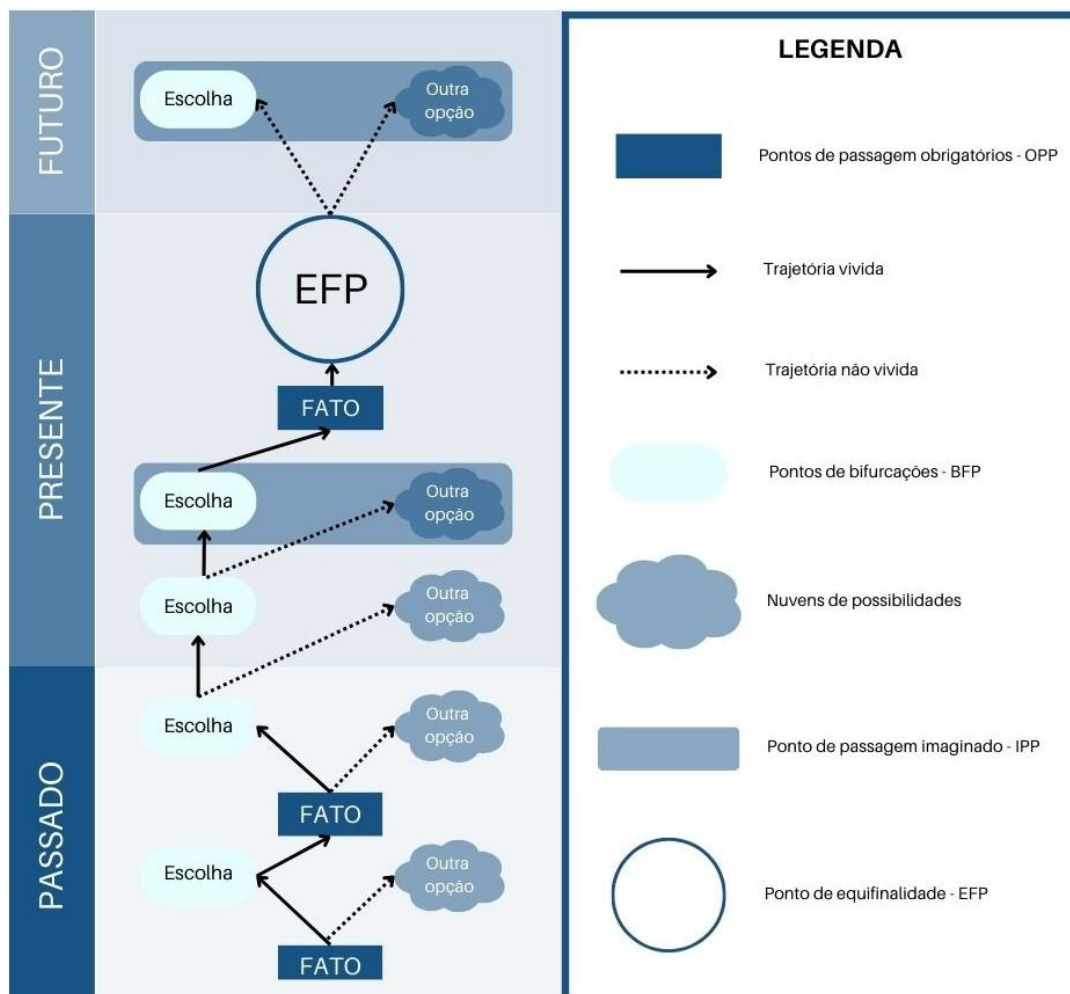
Após essa primeira construção, passamos a remodelar a trajetória experimental, na medida em que aprofundamos os conteúdos do primeiro encontro. Essa remodelação se orienta para esculpir, deste ponto experimental, os pontos centrais do TEM já mencionados. Em outro aspecto, também nos referenciamos no estudo de Aguiar (2019) para também acrescentar ao modelo o **ponto de passagem imaginado (IPP)**.

Este ponto, segundo a estudiosa, caracteriza-se como uma ampliação do modelo. Na medida em que desenvolvemos estudos sobre a dinâmica passado-futuro, compreendemos que prospectar o futuro, é um fenômeno imaginativo. Isso se torna relevante para o estudo em questão, visto que todos os eventos que culminam na definição de um diagnóstico psiquiátrico, decorre de um intenso sofrimento. Percebemos, em nossas análises, processos em que os jovens prospectavam para o seu futuro uma outra vida, para além da esfera do adoecimento, tendo como referência os eventos vividos no passado.

Cabe destacar, em nossa abordagem analítica, que o TEM ao considerar os BFP, parte do conceito de orientação social ou direção social. Esse conceito comporta uma noção de que as escolhas que fazemos para nós mesmos, no decorrer da vida, não são oriundas apenas de um livre arbítrio. Elas são resultado de um contexto sócio-histórico complexo. Porém, em nossa perspectiva de análise, eles não se tornaram parte de nossas discussões de forma direta. Utilizamos o TEM como um suporte para a compreensão das trajetórias juvenis, mas tendo como foco principal as análises dialógicas da nossa segunda etapa analítica.

O TEM, nesse sentido, configurou-se como uma bússola teórica-analítica que auxiliou a segunda etapa analítica, apresentada mais adiante. A partir dele, podemos realizar o estudo longitudinal das trajetórias a fim de percebermos as posições de transformações do *self* dialógico na análise posterior. Deste modo, apresentamos na figura seguinte como se caracteriza uma trajetória de vida final no referido modelo:

Figura 4 - exemplo de trajetória final a partir do modelo TEM



Fonte: O autor (2023)

Diante desse exemplar, conseguimos identificar o percurso de vida que culmina no ponto de equifinalidade. Partimos de um ponto de passagem obrigatório, sendo o nascimento, e a partir dele começamos a traçar os BFP, intercalados com outros OPP. O que é, de fato, vivido pelos jovens recebe um realce no tracejado contínuo. E aquilo que não é vivido, deixado de ser concretizado, na medida em que percebemos um BFP, recebe uma coloração atenuada, no tracejado descontínuo.

Assim, a partir do nascimento, no tempo passado, temos o primeiro BFP, que leva a um outro OPP e que gera um novo BFP. É nossa primeira investigação sobre os percursos que

levaram ao EFP. No tempo presente, já identificamos as escolhas dos jovens que os levaram a ter conhecimento do seu diagnóstico psiquiátrico. Temos como OPP a decisão de submeterem aos cuidados do hospital-dia.

No que condiz ao futuro, é onde localizamos nosso IPP. É o âmbito do *self* imaginado. Apesar de ser uma seara ainda não realizada em nenhum aspecto, o futuro, para nós condiz com o ajustamento que já é realizado no tempo presente. A dinâmica entre o passado e o futuro é relativa a esse ajustamento de si frente à internalização de nossa transitoriedade diante de nós mesmos.

7.2 ANÁLISE DIALÓGICA

Após termos construído as trajetórias dos jovens, de acordo com o TEM, partimos para uma análise dialógica do que os jovens viveram e não viveram, no processo de construírem-se. Procuramos analisar momentos do *self* dialógico em desenvolvimento a partir das construções de significados. Esta última etapa analítica, portanto, consistiu em três etapas em que buscamos analisar a multiplicidade do *self* a partir de sua própria voz (etapa um), as vozes dos outros (etapa dois) e as interações dessas vozes (etapa três) como pontuam Aveling, Gillespie e Cornish (2015). A seguir detalhamos cada etapa:

Etapla 1: foi realizada uma edição do material bruto das entrevistas e dos diários. Essa triagem ocorreu a partir do que consideramos ser mais relevante para a concretização dos nossos objetivos. A partir disso, empreendemos um mapeamento nesses recortes para compreender as vozes que atuam, direta ou indiretamente. O que nos permitiu apontar de que posição cada jovem fala. Gillespie *et al.* (2007) pontuam que é um momento sistemático para entender quais vozes surgem no pensamento dos participantes. Verifica-se nesta etapa os elementos discursivos que os participantes usam para descrever a si mesmo e aos outros. Isso possibilita a investigação de como o sujeito se posiciona em relação a si mesmo e aos outros. Tem-se, neste momento, uma atenção dedicada aos pronomes utilizados em primeira pessoa, nomes dados a grupos e/ou instituições, além de uma atenção para os pronomes possessivos.

Etapla 2: a partir do mapeamento realizado, é feita a identificação da voz outra atuante em cada discurso selecionado. Albuquerque (2021) destaca que nesta etapa analítica deve-se ter um foco para o porquê de cada dito dos participantes. É um refinamento sobre as motivações de cada fala, os endereçamentos que são feitos e, principalmente, os conflitos internos que surgem. É possível aqui apontar a forma como é internalizado cada dinâmica relacional. É nesta etapa que ocorre a compreensão de como as dinâmicas se configuram, sejam elas internas

(autodiálogos) ou externas (héterodiálogos). Aveling, Gillespie e Cornish (2015) indicam que nesta fase deve-se caracterizar o conteúdo de cada fala, numa espécie de rotulação temática, para que, posteriormente, seja possível entender as interações das vozes. Na etapa anterior, tinha-se um foco para os pronomes em primeira pessoa e aqui tivemos uma atenção direcionada para os pronomes que fazem referência à terceira pessoa. É o momento para identificar vozes diretas (ex: “meu psiquiatra diz..”) e vozes indiretas (ex: “eles dizem que...”). Além disso, nesta etapa tem-se uma atenção para os conectivos que indicam adversidade como “mas”, “porém” e “todavia”, por exemplo.

Etapas 3: esta última etapa do processo de análise, consiste em analisar as mudanças e estabilidades do *self* dialógico. Todo ponto de conflito e contradição, no decorrer do tempo, provoca mudança, já que o processo de desenvolvimento do *self* ocorre enquanto há vida. É o momento de perceber os “nós dialógicos” como destacam Gillespie *et al.* (2007) e Aveling, Gillespie e Cornish (2015), já que cada sujeito transita por diferentes relações consigo mesmo e com outros e que essas relações nem sempre são harmoniosas entre si. É neste momento que compreendemos os significados que são construídos. Em suma, esta etapa analítica consiste em perceber as contradições, nuances e níveis do *self* dialógico em processos interativos com as vozes percebidas nas etapas anteriores. Esta etapa apenas é concretizada a partir de uma visão longitudinal, proporcionada pela (re)construção de trajetórias de vida situadas sócio-historicamente. Nesse processo de transformação, é que é possível compreender como a dinâmica entre o passado e o futuro atua no processo de construção de significados do diagnóstico psiquiátrico.

A fragmentação da análise dos dados apenas é uma abordagem didática. Entretanto, compreendemos que todos os processos expostos nas análises a seguir possuem uma íntima relação (Aveling; Gillespie; Cornish, 2015). Nesse sentido, nossa perspectiva de análise está relacionada com a noção de como os jovens se (re)constroem ao criarem significados para si, através de seus diagnósticos psiquiátricos, a partir de uma dinâmica relacional mediada semioticamente e sócio-historicamente.

Ainda em termos de organização analítica, Aveling, Gillespie e Cornish (2015), orientam a construção do seguinte quadro, apresentado a seguir. Ele serve como um eixo de orientação para os conteúdos discursivos que foram construídos e está compreendida na **etapa 3:**

Quadro 2 - quadro analítico sobre as posições do eu

Posições do eu	Caracterização	Citações ilustrativas

Fonte: Aveling, Gillespie e Cornish (2015)

A partir deste panorama analítico, podemos provocar nossas discussões a partir de perguntas norteadoras elencadas por Aveling, Gillespie e Cornish (2015):

- Existe uma relação entre essas vozes em particular? Se sim, quão próximas elas são?
- Como uma voz responde a outras vozes?
- Quais são os tons avaliativos “dentro” da voz?
- Quais são as dinâmicas de poder entre as vozes?

O *self* está sempre infundido e respondendo às vozes de outros (Aveling; Gillespie; Cornish, 2015, p. 671), por isso, os questionamentos acima ilustram a forma como podemos compreender, analiticamente, a trama complexa com que os jovens colaboradores criam significados e se (re)constroem, a partir das relações com outros. Como já discutido, torna-se importante lembrar que Zittoun (2021) afirma que essa perspectiva do *self* coaduna com a ideia de uma mente decomposta em fluxos de experiências. Ser informado do seu diagnóstico psiquiátrico, se submeter a um processo de cuidado e internalizar o que é dito do próprio diagnóstico, da sua condição de saúde mental, são processos que colocam o sujeito como autor de si mesmo.

Ainda em conformidade com Zittoun (2021), ela argumenta que esses fluxos de experiências são decompostos na medida em que cada indivíduo os conseguem gerenciar, já que recriamos o mundo para o nosso próprio uso. Nesse sentido, a fim de delimitar o estudo a partir dos objetivos propostos, as análises estarão circunscritas em quatro subtópicos que estarão detalhados no capítulo a seguir.

8 ANÁLISES CONSTRUÍDAS

Diante do nosso objetivo de investigar como jovens significam seus diagnósticos psiquiátricos nas suas trajetórias de vida, construímos as análises com dois jovens, que são assistidos pelo hospital-dia. Reconstruímos suas trajetórias de vida a partir de quatro entrevistas individuais com periodicidade quinzenal. As entrevistas ocorreram nas dependências físicas do hospital-dia no período de agosto a outubro de 2021. É importante destacar que os encontros presenciais foram possíveis devido à campanha de vacinação contra a COVID-19 iniciada ainda em janeiro do mesmo ano. Além disso, mantivemos todos os protocolos sanitários para que ambos, eu pesquisador e jovens, estivéssemos seguros na pandemia ainda vigente.

Nesse sentido, os jovens com os quais construímos uma relação de pesquisa são Kaleb e Frida, respectivamente. Estes nomes são fictícios a fim de que prezemos pelo anonimato deles. Entretanto, eles não são resultado do acaso. Kaleb faz referência ao estilista *queer* brasileiro Ellias Kaleb, devido ao jovem ter como desejo futuro possuir uma marca autoral de roupas, além de afirmar que seu gênero está em construção. O nome Frida é oriundo de uma tatuagem que a jovem possui da artista mexicana Frida Kahlo, o “Veado Ferido”. E Frida, enquanto a jovem deste estudo, também é uma artista e, atualmente, se dedica ao doutorado em história da arte.

As análises das trajetórias de vida de cada jovem foram construídas de modo separado em formato de estudo de caso, porque buscamos destacar as singularidades de cada jovem. Mesmo que ambos tenham suas similaridades por serem jovens, possuírem diagnóstico psiquiátrico e estarem institucionalizados, cada um vive o mundo a sua maneira e o sente de forma única. Corroboramos que isso está de acordo com o subtópico 5.1 do capítulo 5, quando apresentamos os quatro pressupostos da PCDS.

A partir disso, tendo como orientação a abordagem analítica – exposta no capítulo anterior –, organizamos as análises a partir de quatro subtópicos analíticos para cada jovem. Os quatro primeiros pontos de análise são relativos às trajetórias de vida e significados do jovem Kaleb. E os quatro últimos condizem com as trajetórias de vida e significados construídos por Frida. Os subtópicos desenvolvidos para cada jovem estão orientados pelos objetivos específicos desta pesquisa apresentados no subtópico 6.1.2.

Desta maneira, iniciamos a discussão analítica a partir da reconstrução das trajetórias de vida. Apresentamos um panorama geral das trajetórias de Kaleb, tendo como referência a construção da sua primeira trajetória experimental exibida no subtópico 7.1. A partir desta primeira trajetória, construímos as trajetórias de vida de Kaleb como propõe o modelo TEM.

Através do modelo foi possível discutir os pontos de tensões e bifurcações diante do tempo, tendo uma atenção tanto para o que foi vivido quanto para o que não foi vivido. Em seguida, delineamos as posições do eu do jovem, tendo como orientação as vozes que formam as posições e as interações que ocorrem entre elas (Aveling; Gillespie; Cornish, 2015).

Esse delineamento teve contornos a partir da transcrição das entrevistas, que teve recortes selecionados de acordo com nossos objetivos. Além disso, fizemos uso de partes do *scrapbook* que o jovem construiu a fim de que ele permitisse uma ampliação das posições do eu de Kaleb. Assim, o *scrapbook* não foi analisado de maneira separada, mas integrado nas análises construídas e orientadas por nossos objetivos.

De forma procedimental, as análises que envolvem Frida ocorreram no mesmo formato: realizamos a reconstrução de suas trajetórias de vida e, posteriormente, destacamos recortes das transcrições das entrevistas em conjunto com seleções de partes do *scrapbook* que ela confeccionou. Perante essa organização, exploramos juntos as construções dos significados que envolvem o diagnóstico psiquiátrico de cada um.

Nesse sentido, como panorama geral do que será discorrido e analisado nos subtópicos a seguir, orientamos as discussões analíticas, após reconstrução das trajetórias, a partir de dois pontos. Primeiro, como ocorreram as significações dos diagnósticos em relação com o tempo irreversível, visto que eles emergem de experiências de sofrimento relacionais, sendo um processo construtivo no decorrer da temporalidade (Zittoun, 2015; Ressureição; Sampaio, 2017; Marková, 2017; Pimentel; Amarante, 2020). E, segundo, exploramos as relações entre os significados coletivos e individuais dos diagnósticos nas trajetórias dos jovens (Valsiner, 2012; Valério; Lyra, 2014; 2016; Tateo, 2021).

Também é relevante destacar que, além dos nomes fictícios, primamos por omitir alguns dados das trajetórias de cada jovem, a fim de que o anonimato seja preservado. Por isso, não será apresentado nos subtópicos analíticos os espaços institucionais por quais os jovens transitam, sejam pela via do labor, da educação ou do cuidado em saúde mental. Também não haverá menção de dados que forneçam informações que identifiquem familiares e outras pessoas significativas que foram mencionadas nas quatro entrevistas. Nos recortes das transcrições que contém essas informações, omitimos os dados através da letra “X”, mas sem prejudicar o sentido do que foi construído em diálogo nas entrevistas. Assim, a seguir, apresentamos as análises que envolvem Kaleb e, posteriormente, Frida.

8.1 KALEB

Natural de Recife, mas com uma intensa vivência em uma cidade do interior de Pernambuco. Kaleb é o primeiro jovem deste estudo que terá suas trajetórias de vida reconstruídas a partir das significações sobre seu diagnóstico psiquiátrico. O jovem nasceu em Recife, devido ao fato de sua tia materna ter custeado o parto de sua mãe, porém, isso não garantiu que ele tivesse uma infância na capital pernambucana. Após o nascimento de Kaleb, sua mãe retornou para uma cidade interiorana, onde construíra sua vida.

Ele é um jovem com vinte e um anos, branco e está passando por um processo de construção de gênero. Ele afirma que já se relacionou sexualmente com homens e mulheres, mas aponta que prefere firmar relações afetivas apenas com mulheres, *por serem menos complicadas*. Ele também informa que, mesmo com seu gênero em desenvolvimento, pode ser tratado por pronomes masculinos. Kaleb tem ensino superior completo, pois fez um curso tecnólogo, porém, afirma que, após ter estagiado na sua área, concluiu que não gostaria de enveredar profissionalmente pela mesma. No momento das entrevistas, a sua fonte de renda eram trabalhos pontuais como design.

Ele é usuário no hospital-dia há cerca de um ano e meio e destaca que o motivo que o levou até a instituição foram as tentativas de suicídio, iniciadas a partir dos seus 13 anos de idade. Atualmente, ele aponta que nem sabe mais contabilizar quantas tentativas já foram realizadas, porém, ele destaca que uma das principais tentativas foi no ano de 2019, que o fez passar por um internamento em uma comunidade terapêutica. Após a internação, ele continuou em sofrimento e foi direcionado para o hospital-dia. Ele afirma que, posteriormente à sua estadia na comunidade, *eu me machucava muito e tava procurando me ferir. Aí, fui para a psiquiatra tomar remédio e cheguei aqui no hospital-dia*. Foi na instituição, a partir da relação com a psiquiatra do serviço, que ele teve conhecimento do seu diagnóstico psiquiátrico.

No hospital-dia, ele teve conhecimento que possui dois diagnósticos, um principal e outro secundário. O diagnóstico principal é de transtorno de personalidade borderline, e o secundário é de transtorno de humor bipolar. As informações sobre os diagnósticos vieram de uma forma construtiva, sendo apresentadas aos poucos por algumas outras profissionais de saúde mental.

Antes do seu ingresso no hospital-dia, Kaleb foi acompanhado por uma psiquiatra, em formato ambulatorial, anterior à sua internação na comunidade. Ele teve acesso à profissional através da sua tia, que a partir do fim da sua infância se tornou uma figura de cuidado. O jovem conta que tem depressão e ansiedade desde pequeno e diz, ainda, que: *eu só vim saber depois*

que eu comecei na minha primeira psiquiatra, quando eu tentei. E ela disse que eu já vinha há muito tempo na depressão e ansiedade, simplesmente, pelo fato de eu ver cobrança sem ter o mínimo.

Kaleb, durante as entrevistas, destacou como sua infância foi um período difícil. Ele atribui que teve duas dificuldades principais: a relação com sua mãe e o ambiente escolar. Ele indica que, desde criança, ele indicou que já tinha um sentimento de infelicidade familiar, percebendo sua família como não sendo “uma família de verdade”. Seu pai é uma figura desconhecida, que não quis assumir a paternidade, e sua mãe demonstrava estar em processo de sofrimento psíquico crônico, tendo que, em paralelo, cuidar de três crianças, praticamente sozinha.

Nesse sentido, o jovem aponta não saber quem é seu pai biológico – ele afirma que sua mãe apenas comunicou o nome dele uma única vez. Kaleb diz sentir que, em alguma medida, é fruto de uma certa imprudência: ele aponta que sua mãe tem filhos de diferentes relações com outros homens, o que ele julga ser um comportamento irresponsável, e diz, ainda, que sua mãe teve um aborto espontâneo da primeira gravidez, então adotou uma menina; depois, passou a gerar o próprio Kaleb; posteriormente, gerou seu irmão mais novo e, em seguida, casou com um homem, o qual viria a falecer após dois anos de relação, aproximadamente.

Nesse contexto familiar, ele indica que não se sentia à vontade. Em comparação com as famílias que ele observava, ele não sentia que seus familiares constituam uma família, verdadeiramente. Kaleb conclui que foi a partir dos sete anos de idade que esse sentimento de infelicidade familiar tomou forma. *Eu evitava estudar, evitava um monte de coisas. Odiava o colégio. E odiava a família*, destaca o jovem. Esse ódio ao colégio culminou em um abandono voluntário da instituição. E isso caracteriza a segunda principal dificuldade que ele aponta ter vivido na infância: o ódio ao colégio.

Neste período do abandono escolar, sua mãe, uma das poucas figuras de adultez de sua vida íntima, demonstrou não se importar com o fato. Simultaneamente à evasão escolar, seu padrasto viera a falecer, e sua mãe justificou que a saída da escola era motivada pelo luto. Kaleb afirma que sua escola era pública e que sua mãe informou à escola sobre o luto do filho, só *eu não tava de luto. Eu não sentia que eu tava de luto, eu não sentia que aquilo me impactava. O que me impactava mesmo era ter sido abandonado naquele momento.*

O jovem apontou que a falta de cuidado materno impactou na sua decisão de não mais querer estudar. Ele afirmou que nesse período de sua vida ele já era uma pessoa que não fazia as coisas básicas de um ser humano, apenas ficava dentro do seu quarto sem uma atividade específica para desenvolver. A relação com sua mãe era marcada por gritos e negligências. E

essa configuração não era exclusiva dele, mas seus irmãos também passavam por dificuldades relacionais. Seu irmão mais novo, inclusive, sofria castigos físicos, por vezes.

Diante da morte do padrasto, Kaleb aponta que o seio familiar ficou ainda mais conturbado. Ele relata que sua mãe desencadeou um processo de surto que durou cerca de seis meses e ele tinha 12 anos de idade no período. E a partir disso ele destaca que *“ela abandonou completamente os filhos. A gente já não tinha uma vida balanceada. Já não era saudável, a gente não tinha tanto dinheiro. Não tinha uma forma de viver”*.

No entanto, a vida escolar não foi prejudicada apenas por este contexto. Ele traz como uma de suas memórias um fato ocorrido com a diretora da escola em sua época de estudo. Ele relembra que uma professora deixou uma atividade para a sua turma desenvolver, mas ninguém se engajou na tarefa. E ele procurou a diretora para informar que não conseguia executar o que fora designado devido ao comportamento de sua turma. Entretanto, a diretora irritou-se com Kaleb e proferiu que era ele quem não sabia fazer a atividade. Ele aponta que essa conversa ocorreu em público e ele se sentiu humilhado. Isso tornou-se um fator que contribuiu ainda mais para o seu próprio isolamento. A partir disso, destacamos o seguinte trecho em que Kaleb discorre sobre suas dores:

Quadro 3 - Kaleb e suas dores

Kaleb: 80% dos problemas era minha mãe e outros 20% era ir para a escola. Aí, eu disse que da escola, eu fiquei com, pelo menos, 20% livre. Eu ficava trancado no meu quarto o dia inteiro, não fazia nada. E ela também não ligava, só começava a ligar quando estava estressada, pra descontar a raiva dela gritando com alguém. Eu não apanhava, quem apanhava era meu irmão, mas ela inventava que queria gritar e eu ficava...até eu devolver os gritos, eu ficava calado. Quando eu devolvi pela primeira vez, foi lá pelos 13 anos que eu comecei a ter surto, que foi até com os remédios dela para tentar me dopar. Aí, ela começou a calar a boca. Começou a parar de fazer as coisas. E, finalmente, eu já tinha tacado umas verdades na cara. E, nossa relação já era distante. Aí, distanciou mais, mais e quando eu fui embora, eu decidi que não queria mais contato. E dá para considerar minha tia uma salvadora. Mesmo ela sendo rígida.

Fonte: O autor (2023)

Diante de um contexto de vulnerabilidade, a tia materna de Kaleb optou por cuidar do jovem, que aceitou a decisão. Contudo, essa mudança não ocorreu de forma linear. A tia do jovem já tinha consciência do contexto em que o sobrinho vivia e tentou trazê-lo para junto de si quando ele tinha, aproximadamente, dez anos de idade. Porém, ele pediu para retornar junto da mãe, sem saber dizer o porquê de tal decisão. E, por volta, dos seus treze anos, com o

contexto familiar se agravando ainda mais, sua tia mais uma vez resolve intervir em uma mudança para Recife.

Já em Recife, ele passou a viver com sua tia e seu avô. Além disso, ele precisou retomar a sua vida escolar, mesmo sem motivação. Já convivendo com seu avô e tia, Kaleb começou a ter acesso à remédios de uso controlado por indicação médica. O estado de saúde do seu avô é frágil e ele é acamado devido à doença de parkinson. Assim, Kaleb passou a desviar as medicações do avô e a juntar com outras para tentar contra a própria vida de modo escondido.

Ele aponta que certa vez passou cerca de um mês acamado por tanta ingestão de remédios. Além disso, ele já planejou se jogar do apartamento em que mora e sua tia percebeu e não o deixou cometer tal ato. Atenta a estes comportamentos foi quando sua tia resolveu iniciar acompanhamento psiquiátrico para o sobrinho. Ela também tentou um acompanhamento psicológico, mas Kaleb afirmava que o psicólogo que ela escolheu não o agradou. Assim, ele permaneceu apenas com atenção psiquiátrica.

Mesmo com o cuidado psiquiátrico, Kaleb ainda procurava formas de cometer suicídio. Somado a isso, ele passou a ter práticas autolesiva, já que no curso superior que estava vinculado, ele podia manejar materiais perfuro-cortantes e químicos. Ele destaca que tentava ao máximo esconder seus comportamentos destrutivos e apenas deixava ciente as pessoas com quem ele se relacionava no período. Até o momento das entrevistas, Kaleb apontou que já tinha tido mais de um namoro e cada namorada acompanhou diferentes momentos em que ele tentava algo contra ele mesmo.

Dentre essas tentativas, Kaleb afirma que dois momentos foram importantes. A tentativa que o levou para o acompanhamento psiquiátrico, por volta do ano de 2016, e a tentativa de 2019 que teve uma grande repercussão, porque muitas pessoas tiveram ciência do ocorrido. Frente a isso, ele diz: *se não fosse minha namorada da época, tipo, ela chegou para minha tia e falou da coisa, que eu tava lá no quarto, na cama, sem fazer nada. Aí, ela me levou para o hospital, e foi graças a isso que me trouxe ao hospital-dia*”.

No entanto, antes de ser encaminhado para o hospital-dia, o médico que o atendeu na emergência hospitalar direcionou Kaleb para uma comunidade terapêutica. Na instituição, Kaleb pondera que ficou internado por cerca de uma semana, destacando que foi uma experiência negativa. No serviço, os usuários não têm conhecimento do tempo cronológico; tomam remédios desconhecidos diariamente, mais de uma vez por dia; têm os seus pertences furtados pelos profissionais do local; são mal alimentados; não têm privacidade nem para fazer suas necessidades fisiológicas – Kaleb ainda afirma que, no local em que ele permaneceu internado, o necrotério ficava ao lado do ambiente de recreação.

A sua saída da instituição ocorreu através da sua namorada da época: ela o visitou e ficou perplexa com as condições do local. Assim, ela convenceu a tia de Kaleb de que ele estava pior do que no momento anterior à internação, e sua tia providenciou sua saída – a psiquiatra ambulatorial o encaminhou para o hospital-dia. Tendo como referência esse panorama apresentado por Kaleb nas entrevistas, elaboramos sua primeira trajetória experimental:

Figura 5 - trajetória experimental de Kaleb



Fonte: O autor (2023)

Os diagnósticos psiquiátricos de Kaleb estão intimamente conectados às suas experiências de vida. Por isso, o diagnóstico em saúde mental se diferencia dos demais, justamente por ter um caráter construtivo através de diferentes instâncias da vida. O transtorno de personalidade e o transtorno de humor bipolar são diagnósticos que emergem de experiências traumáticas – a interação de Kaleb com seus contextos familiar e escolar possibilitou o desenvolvimento dos referidos diagnósticos.

Em decorrência disso, antes de adentrarmos nas significações sobre seus diagnósticos, a reconstrução das trajetórias de vida foi um passo essencial para a elaboração deste estudo. Kaleb não foi, no decorrer de sua vida, infectado por um agente patológico: seus diagnósticos foram construídos através de dinâmicas relacionais que só foram possíveis de serem exploradas nos pontos de bifurcações e tensões reconstruídos nas suas trajetórias de vida.

Deste modo, em seguida, reconstruímos a trajetória experimental a partir do TEM. Ela possibilitou a esta pesquisa a compreensão do momento específico do desenvolvimento (o tempo presente) no tempo irreversível. Isso nos permitiu investigar o potencial, o real nas trajetórias de vida e como estas estão (ou estavam) em formação (ZITTOUN; VALSINER, 2016). Nesta perspectiva o curso do tempo é um fenômeno basilar para pesquisarmos os significados sobre os diagnósticos e suas transformações, além de como ela provoca

delineamentos de novos percursos e abandonos de outros. Assim, no próximo subtópico esta apresentada as trajetórias de vida de Kaleb através do TEM.

8.1.1 As trajetórias de vida de Kaleb delineadas pelo TEM

Tendo como ponto de partida a trajetória experimental, contemplamos neste subtópico nosso primeiro objetivo específico: construir trajetórias de vida a partir de um tempo que não é necessariamente cronológico, mas significado pelo jovem. Como exposto no tópico 7.1 construímos as trajetórias a partir do modelo TEM proposto e discutido por Sato *et al.* (2009), Sato e Valsiner (2010) e Zittoun e Valsiner (2016).

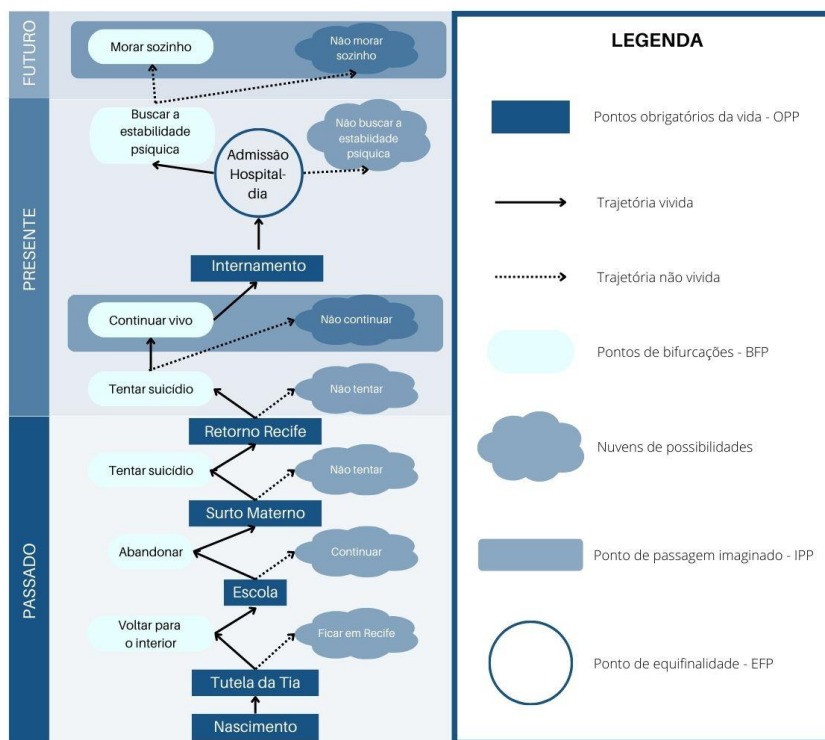
Desta forma, reconstruímos as trajetórias em conjunto com Kaleb, tendo como eixo referencial o Ponto de Equifinalidade (EFP). As trajetórias são delineadas a partir do EFP, pois ele representa o ponto de chegada através daquilo que foi vivido e não vivido. O EFP é definido por nós – pesquisador e grupo de pesquisa – por Kaleb se tornar um usuário do hospital-dia, sendo um jovem institucionalizado. O jovem, nesse sentido, percorreu suas trajetórias até decidir se submeter a um acompanhamento institucionalizado pela figura do hospital-dia. É por meio desta tomada de decisão, que ele acessou os seus respectivos diagnósticos.

Para reconstruir os percursos até o EFP consideramos cinco pontos, também já apresentados no tópico 7.1. Estes pontos são os pontos de passagem obrigatórios (OPP), os pontos de bifurcação (BFP), as trajetórias realçadas e tracejadas, as nuvens de possibilidades e os pontos de passagem imaginados (IPP). Em face do que já foi apresentado sobre Kaleb, elencamos como principais pontos de ambivalência, que caracterizam os OPP e os BFP, a relação com sua mãe, a relação com a escola, a decisão sobre se manter vivo e sua internação, na comunidade terapêutica.

Destacamos os OPP e os BFP como pontos de ambivalência, porque eles se apresentam através de dinâmicas semióticas-afetivas relacionais (Valsiner, 2012; 2014; Marková, 2017). Kaleb, ainda na infância, construiu uma relação com sua mãe e a escola em que estudava. A partir desses processos ele delineou caminhos para si mesmo, dentro de suas possibilidades socioculturais. Isso impactou seu conflito interno sobre se manter vivo ou não, além da decisão sobre se cuidar com acompanhamento profissional.

Desta maneira, o TEM nos orientou a perceber as mudanças que ocorreram em Kaleb, tendo a consideração de que o desenvolver não é conduzido por uma linearidade geral a todos (Mattos, 2013). Assim, na figura 6 apresentamos as trajetórias de vida de Kaleb a partir do modelo TEM:

Figura 6 - trajetórias de vida do jovem Kaleb



Fonte: O autor (2023)

Nas trajetórias reconstruídas junto com Kaleb, que culminam no nosso EFP, refletimos que diversos processos foram vivenciados, sendo vividos pelas linhas realçadas, ou não vividos, indicados pelas linhas tracejadas – em nossa compreensão, aquilo que foi abandonado nos BFP não deixa de influenciar a trajetória vivida. Deste modo, nas trajetórias, partimos do nascimento no tempo passado, como um fato obrigatório e também do fato obrigatório da decisão tomada entre sua mãe e sua tia de levá-lo para morar em Recife. Como o jovem ainda era uma criança, ele não teve como participar ativamente desta tomada de decisão. Dessa maneira, sua tia o levou para morar com ela, já que ela identificava que ele estava em uma condição de vulnerabilidade.

A partir disso, apontamos o primeiro ponto de bifurcação: “voltar para Garanhuns/ ficar em Recife”. Kaleb, em sua batalha interna, de maneira ativa, opta por voltar para a casa da mãe, após um tempo de moradia com a tia. Ele destaca não saber o porquê de ter decidido isso, mas relata que se arrependeu de tal decisão. Manter uma distância da figura materna é uma decisão complexa, ainda mais quando, neste primeiro distanciamento, ele possuía cerca de dez anos de idade. Zornig e Levy (2005) discutem que o distanciamento da criança em relação à sua figura materna, quando a criança ainda não é autônoma, produz uma intensa sensação de desamparo.

Discutimos, assim, que Kaleb transitou sobre essa relação mãe-filho, ao esperar por um cuidado frente a sua sensação de desamparo que não foi concretizado, até como ele mesmo já nos indicou. Por isso, destacamos esta primeira bifurcação-tensão. O cuidado materno, principalmente, no início da vida decorre do fato de todo ser humano ser dependente de um outro, tido como adulto. Essa dependência não é apenas física, mas psíquica também, porque ela envolve o fenômeno de tornar-se mãe e filho (Iaconelli, 2012).

Ao colocarmos em análise a dependência nos primeiros anos de vida, destacamos que ela não ocorre de forma romântica. Muitas mulheres mães desenvolvem para si a noção subjetiva e social de que o seu valor está na maternidade (Nazareth *et al.*, 2022), o que caracteriza condições para ser uma verdadeira mãe (Sales; Coutinho; Souza, 2015). Essa pressão, entretanto, não exerce força apenas para as mulheres mães, mas para as crianças também. Consideramos que este ir e vir de Kaleb configura essa imposição, geradora de sentimentos conflitantes que são decorrentes do meio cultural, coletivo sobre o que significa o ser materno.

Sua tia intercedeu em sua vida desde antes o nascimento de Kaleb, quando ela já demonstrava ser um suporte para a irmã. Ela se mostra como uma figura de dimensão afetiva que transforma Kaleb para o seu retorno definitivo para junto dela. Kaleb, destaca assim:

acho que o maior motivo de eu, realmente, ter saído de lá foi ter aceitado o que minha tia falou: não dá para viver numa casa daquela. Desde os meus sete anos eu percebia que não era agradável, não era legal. Eu via, por exemplo, outras famílias convivendo bem mais de boa. E, tipo, eu via aquela situação ali e dizia “não é a pior coisa do mundo”, mas também não dá para viver.

A tia de Kaleb provoca no jovem sentimentos ambíguos, que ressoam no significado do que é um lar. De forma ambivalente, o materno, que é tido como um significado de sofrimento, neste diálogo com a tia, se transforma em uma construção de significado que o permite ter outra vida. Isso nos remete à concepção de ASD. O meio sociocultural com a mãe biológica, indicava um caminho infértil para Kaleb. O que era esperado da mãe, proveniente do meio sociocultural, não correspondia a mãe real. Assim, notamos a promoção de uma ASD oposta ao que era proporcionado pela genitora.

Devemos aqui, ter o cuidado de não vilanizar a mãe do jovem Kaleb. O mesmo apontou que ela vivia em um intenso sofrimento. E isso parecia ocorrer de forma crônica nas trajetórias desta mulher. Isso impacta profundamente as relações familiares, ainda mais quando Kaleb e seus irmãos eram dependentes da mesma, não só afetivamente. Assim, no que foi possível, a tia agiu em uma forma de ruptura para quebrar o ciclo de sofrimento, proporcionando um BFP

nas trajetórias de Kaleb. Desta maneira, apresentamos no quadro 3 um esquema que ilustra as ASD a partir da maternidade:

Quadro 4 - avenidas de significados dirigidos de Kaleb em relação ao materno

Maternidade e Lar	Primeira avenida: <i>continuar ao lado da mãe...não é a pior coisa do mundo (ASD abandonada)</i>
	Segunda avenida: <i>não era agradável, não era legal...mas também não dá para viver</i>

Fonte: O autor (2023)

Esses significados dirigidos, em negociação com a idealização de um lar (“*eu via, por exemplo, outras famílias convivendo bem mais de boa*”), o levaram a construir os significados que seu arranjo familiar não correspondia ao que era percebido socialmente. A interferência de sua tia provoca o nascimento de uma nova avenida, que o trouxe definitivamente para Recife.

Através da dialogicidade com a figura da tia, notamos que essa relação proporcionou uma mobilidade nas trajetórias de Kaleb, tanto física (mudança de Garanhuns para Recife), quanto psíquica (Cangià; Zittoun, 2020). Ele reconstrói seu passado em função de seu arranjo familiar e caminha em direção ao nosso EFP, através da segunda ASD. Lyra, Valério e Wagoner (2018) afirmam que é neste cenário complexo que emergem os significados construídos, que direcionam até a equifinalidade.

Em retorno ao modelo de trajetórias do TEM (figura 4), nas bifurcações também há o destaque para as nuvens de possibilidades. Elas indicam que muitas outras situações podem derivar desse momento, já que toda escolha não é feita de forma simples. Quando indicamos as nuvens de possibilidades no BFP, afirmamos que as escolhas não se resumem apenas entre ficar em Recife ou voltar para Garanhuns ou entre ir para a escola ou não ir. As nuvens apontam que existem inúmeras configurações de trajetórias em relação com o contexto sociocultural.

É também nas bifurcações que destacamos que se origina o que pôde ser vivido e aquilo que foi abandonado, em alguma medida. Nesta primeira bifurcação de Kaleb que discutimos, ele deixa de continuar com o convívio da tia em Recife e reencontra sua mãe. Destacamos a partir disso, o envolvimento da escola como um fato obrigatório. Esse fato está presente desde o momento em que Kaleb já possuía idade escolar, mas com mais idade ele passa a questionar sua permanência na instituição.

E, diante disso, ele opta, em mais uma bifurcação, em não frequentar mais o ambiente escolar. Após o abandono escolar, o jovem precisa lidar com mais um fato obrigatório. O surto que sua mãe experienciou decorrente da morte de seu marido. Isso já fragilizou ainda mais seu

contexto de vida, e o jovem opta, diante de suas nuvens de possibilidades, por realizar a sua primeira tentativa de suicídio. Como o ato não atingiu o objetivo inicial de provocar a morte desejada, mais uma vez ele é trazido para Recife.

Já sob a tutela de sua tia, o jovem inicia ciclos de tentativas suicidas. Durante os encontros, Kaleb destaca que não era possível mensurar quantas tentativas ocorreram. Dessa forma, optamos por ilustrar apenas uma tentativa no momento presente. Essa tentativa, e refletimos que todas as outras, perpassa por um ponto de passagem imaginado. Ao decidir atentar contra a própria vida, o jovem recorre à imaginação para se ver sem vida, além de como ele irá executar seu planejamento suicida.

No que condiz à temática do suicídio, Moreira e Bastos (2015) em um estudo de revisão de literatura sobre suicídio na adolescência, apontam que o ambiente doméstico é um dos fatores que desencadeiam esse comportamento. Além disso, a sensação de ansiedade, depressão e intensos sentimentos desagradáveis de solidão, desesperança e baixa autoestima, por exemplo. Somado a isso, as autoras também pontuam que espaços coletivos, problemas sociais e suas dinâmicas podem contribuir para o comportamento suicida.

Nota-se também que o abandono escolar foi consequência de uma violência institucional e também intrafamiliar, como já apresentado no subtópico anterior. Isso também contribuiu na culminância das tentativas de suicídio, já que Kaleb não possuía uma experiência de cuidado durante sua infância. Cicogna *et al.* (2019) apontam que o suicídio e suas expressões antes dos quinze anos tendem a ser incomuns, mas elas tendem a aumentar sua frequência a partir dessa idade.

As autoras ainda apontam que o suicídio é uma das formas de respostas que adolescentes encontram para reagir aos seus conflitos. Não é a resposta mais saudável, porém, diante de um sentimento crescente de inadequação, é o que torna possível para determinados adolescentes e jovens. E foi por esta linguagem que Kaleb conseguiu se (re)inventar em alguma medida. Sua vida, felizmente, não chegou ao fim desta forma, mas a experiência de ocasionar sua própria morte produz efeitos relevantes para o entender a si mesmo.

A tentativa ilustrada no tempo presente é a tentativa que mais repercutiu para o jovem e para as pessoas de seu convívio. A partir dela, ele passou pelo internamento em comunidade terapêutica e, em seguida, foi encaminhado para o hospital dia. As tentativas anteriores não desencadearam esse impacto, porque elas eram silenciadas pelo próprio Kaleb. Ele agia de forma discreta. Assim, essa tentativa do tempo presente gerou um impacto relevante, porque ela nos leva até o nosso ponto de equifinalidade, sendo o momento em que o jovem opta por fazer parte da instituição como um usuário do serviço.

Nessa escolha é quando o jovem passa a ter conhecimento de seu diagnóstico psiquiátrico, que fora informado pelo hospital-dia. Decorrente desse EFP, Kaleb vive um ponto de bifurcação em que decide buscar por uma estabilidade psíquica, sem tanto sofrimento. Também apontamos o tempo futuro no que é relativo a mais um IPP. Há referência à prospecção de Kaleb querer morar sozinho e, conseqüentemente, conquistar uma independência. A partir dessa reconstrução das trajetórias, refletimos que os diagnósticos de Kaleb denunciam um denso contexto de fragilidade, gerador de sofrimentos que ocasionaram os transtornos de personalidade e de humor. No subtópico a seguir, em consideração as trajetórias reconstruídas exploramos os significados construídos em relação com o tempo, seja passado ou futuro.

8.1.2 “A autodestruição e a impulsividade misturados em uma coisa só”: significados construídos sobre ser borderline e bipolar

Neste subtópico analisamos como Kaleb significa seus diagnósticos através do tempo. Isso está diretamente orientado pelo nosso objeto específico de compreender como os significados construídos sobre o seu diagnóstico psiquiátrico se relacionam às experiências anteriores, através do passado, e às prospecções de futuro. Como já apresentado, Kaleb possui dois diagnósticos. O principal de transtorno de personalidade borderline e o secundário de transtorno de humor bipolar. Antes de adentrarmos especificamente nos significados, julgamos que é importante discorrer sobre a dinâmica destes transtornos de acordo com os manuais de classificação e a literatura. Nesse sentido, discorreremos primeiro sobre o transtorno borderline com seus significados, seguido do transtorno bipolar com seus significados.

Luna (2017) aponta que definir qualquer diagnóstico de personalidade é uma tarefa difícil. Por isso, a primeira profissional que acompanhou Kaleb, mesmo que não tenha definido esse diagnóstico, compreende a condição de Kaleb a partir de sua sintomatologia, que está ligada à depressão e ansiedade, o que pode indicar um certo cuidado dela em relação à Kaleb. Luna (2017) ainda destaca que os transtornos de personalidade não são considerados doenças, no sentido estrito, mas anomalias do desenvolvimento psicológico.

Essas anomalias compreendem ações disruptivas que acontecem com frequência. Elas envolvem ações pouco lógicas, agressivas, inflexíveis e prejudicam a vida do sujeito e de quem convive com ele (Luna, 2017). Dalgarrondo e Vilela (1999), ao traçarem um panorama histórico do referido diagnóstico, discutem que ele já passou por algumas terminologias como heboidofrenia, esquizofrenia latente, esquizofrenia ambulatorial, neuroses borderline, dentre outros.

Essa variação de termos histórica decorre pelo fato dos pesquisadores não conseguirem definir um consenso para o diagnóstico. Inicialmente o borderline era entendido como uma síndrome adolescente. Entretanto, os profissionais não conseguiam precisar um enquadramento para ela. O borderline ficava na fronteira entre a neurose e a psicose (Dalgallarrondo; Vilela, 1999).

Nesse sentido, o que caracteriza o borderline, em termos psicopatológicos, é uma intensa instabilidade emocional, um sentimento crônico de vazio, relacionamentos instáveis que oscilam do amor ao ódio, medo do abandono, instabilidade com a autoimagem, autolesão e tentativas de suicídio repetidas vezes (Dalgallarrondo, 2008). No DSM-V (Apa, 2014) ainda é possível encontrar a orientação de que esses sintomas se originam na adolescência ou início da vida adulta e se mantêm estáveis por um longo período de tempo.

Sobre a sua visão do que é ser borderline, Kaleb afirma que *querendo ou não, isso é traço do borderline: a autodestruição e a impulsividade, misturados em uma coisa só*. Ainda é interessante mencionar que existem outros diagnósticos relativos à personalidade, que é compreendida, mais ou menos, pelos manuais como padrões estáveis que definem um sujeito (Luna, 2017). Luna (2017) ainda aponta que, a partir desta perspectiva, os diagnósticos são divididos em três grupos: estranho ou excêntrico, volúvel ou impulsivo e ansioso ou temeroso.

O borderline corresponde ao segundo grupo: volúvel ou impulsivo. Cerutti, Tomasi e Both (2011, p.1) destacam que indivíduos com borderline podem facilmente mudar “de opinião acerca dos outros, carreira, identidade, sexo, valores, tipos de amigos, mudando o papel de uma pessoa suplicante e carente de auxílio para um vingador implacável”. Isso faz com que os profissionais atribuam esse diagnóstico ao grupo de personalidades instáveis.

Silva e Bezerra (2021) apontam que as causas do diagnóstico ocorrem por uma soma de fatores. Isso inclui considerar a genética do sujeito, quanto fatores ligados ao meio sociocultural. Isto remete a uma postura interacionista entre o corpo biológico e o social, porque são os fenômenos da vida coletiva que incidem sobre o corpo e provocam o surgimento do diagnóstico (Macedo *et al.*, 2017).

No que concerne à população que apresenta borderline, Luna (2017) pontua que a incidência do diagnóstico ocorre mais em mulheres do que em homens, sendo duas vezes mais comuns para as mulheres. Ainda sobre o que proporciona o surgimento do diagnóstico, Rebeschini (2017) discute que crianças e adolescentes expostas à abusos físico e sexual, abandono parental e situações diversas de vulnerabilidade, que culminam em atos negligentes, propiciam uma origem para que o quadro borderline se manifeste.

Nesse sentido, “famílias desestruturadas e abusivas, traumas na infância e contextos socioeconômicos desfavoráveis não só contribuem para a formação de personalidades vulneráveis, como também podem potencializar o transtorno” (Figueiredo; Marques, 2017, p. 4). Assim, percebemos que Kaleb, em suas trajetórias, viveu o que indica a literatura sobre o seu diagnóstico. No quadro abaixo destacamos como o jovem começou a ter ciência de sua condição diagnóstica:

Quadro 5 - kaleb e as informações advindas do grupo terapêutico

Entrevistador: semana passada você comentou que tem borderline, não é?

Kaleb: sim

Entrevistador: quem te disse isso? Como você soube?

Kaleb: a primeira vez que eu soube foi quando eu vim para o hospital-dia, infelizmente. Aqui me colocaram num grupo terapêutico só para borderlines. Aí, eu pensei que eu não tinha recebido um diagnóstico. E eu pensei: de boa, não é nada. Aí, eu fui notando, conversando com o povo e vi que todo mundo tava lá, porque era borderline e tal e foi aí que eu percebi falando com minha psiquiatra, daqui do hospital-dia, que eu tinha isso de borderline.

Fonte: O autor (2023)

Estar sob os cuidados de um hospital-dia envolve a criação de vínculos para além da relação profissional. Ainda mais quando a instituição que cuida de Kaleb, organiza-se a partir de grupos terapêuticos. A relação não fica circunscrita apenas ao jovem e os profissionais. O ambiente do hospital-dia propicia o surgimento de uma comunidade. A primeira psiquiatra, fora da instituição, já indicou as primeiras informações sobre o diagnóstico de Kaleb.

Entretanto, sua condição transcendia o diagnóstico mais comumente conhecido de ansiedade e depressão. No que ainda condiz com a atmosfera de um hospital-dia, cada usuário da instituição possui uma indicação terapêutica. Essa indicação envolve o direcionamento para um grupo terapêutico a participação em atividades com formatos de oficina. Assim, o usuário pode ter a indicação de estar na instituição três vezes por semana, em dias acordados, por exemplo.

E, no decorrer do tempo, conforme a saúde é promovida a indicação pode sofrer mudanças. Tal contexto institucional propicia o surgimento de um senso de grupo, de comunidade, porque no hospital-dia em que a pesquisa foi realizada, as atividades são feitas

prioritariamente de forma grupal. Assim, analisamos que a ciência do diagnóstico não culminou diretamente da figura da psiquiatra, em um diálogo, de certo modo, privado entre Kaleb e a profissional, mas das próprias trocas com o grupo terapêutico. No próximo diálogo em destaque, apresentamos como o diagnóstico de borderline foi apresentado à Kaleb de uma maneira indireta:

Quadro 6 - kaleb e a ciência do diagnóstico

Entrevistador: e voltando para a questão do borderline, tu veio para cá (hospital-dia), passou pela primeira psiquiatra e ela te disse que você é borderline?

Kaleb: ela meio que deixou implícito, vamos dizer assim. Que, tipo, eu tava me machucando e tal e ela chegou e disse que eu tava com alguns sintomas de borderline e eu não sabia o que era, eu nem sabia que era. Só que aí, depois de um tempo, apareceu minha tia falando para minha mãe, e tipo...

Entrevistador: que você era borderline?

Kaleb: uhum, e meu irmão que veio me contar e tal. E eu nem sabia o que era ainda. Eu nem tinha curiosidade de saber o que era. Eu nunca gostei muito dessa parte de diagnóstico. Saber o que eu tenho. Eu achava que...sei lá, até que eu fui pesquisar. E, tipo, eu pesquisei, mas não sei se a internet é a melhor fonte de informação do mundo. Hoje em dia pode até ser, mas não sei. E eu já falei com alguns psicólogos, perguntei como era, mas ainda não entrou na minha cabeça. Tem muita gente na internet que trata o borderline como um traço de personalidade mesmo!

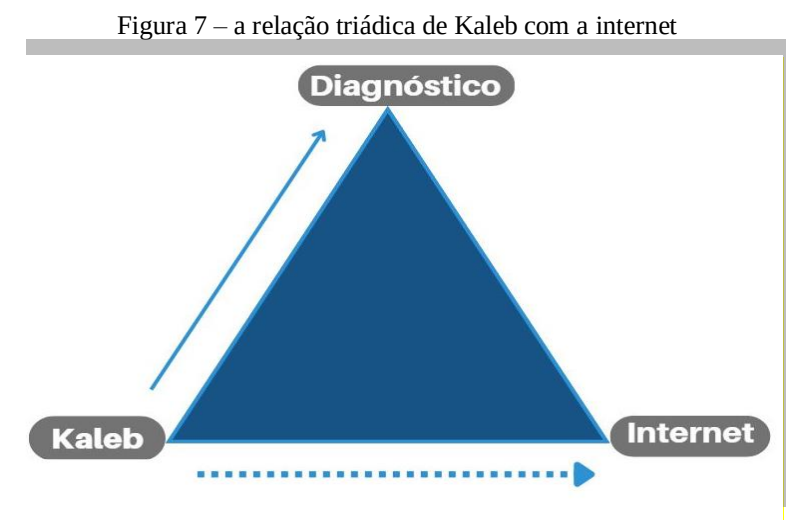
Entrevistador: pelo CID, que é a classificação internacional de doenças, é um transtorno de personalidade.

Kaleb: só que aí o povo trata como se fosse algo natural. Um traço de personalidade mesmo! E eu fico pensando “não acho que seja um traço de personalidade”.

Fonte: O autor (2023)

Compreendemos, aqui, a atuação de três vozes outras que atuam sobre Kaleb: a psiquiatra, o irmão e a internet. As duas primeiras são vozes diretas e a segunda caracteriza-se por uma voz indireta. No que condiz a psiquiatra, destacamos que não houve, por parte da profissional, uma informação diagnóstica diretiva. Ela se colocou à disposição de Kaleb para que o entendimento sobre o seu diagnóstico se tornasse compreensível para ele, mas as informações advindas dela, em um primeiro momento, foram dúbias.

No que é relativo a voz do irmão, ele apenas aparece como uma ponte que leva Kaleb a se relacionar com a voz indireta da internet. Nesse sentido, o que torna importante para esta análise é a voz “internet”. A relação com a psiquiatra e o seu irmão, impulsionou Kaleb a procurar o que é ser borderline. Nesse sentido, apontamos a configuração de uma relação triádica: kaleb, internet e borderline. Destacamos na figura 7 a seguir como é configura essa tríade em uma perspectiva dialógica:



Fonte: O autor (2023)

Kaleb possui uma voz interna, consigo mesmo, que configura uma resistência quanto ao que é propagado pela internet. Essa voz é tida por “*não acho que seja um traço de personalidade*”. Afirmar que existem condições diagnósticas em psiquiatria que são relativas à personalidade configuram a noção de que o diagnóstico é o sujeito, em alguma medida. Entretanto, nem a própria psiquiatria consegue conceituar de modo delimitado e assertivo o que é a personalidade (Dalgarrondo, 2008; Luna, 2017).

Na figura 7, acima, analisamos que a relação triádica não é configurada de forma harmônica. Como já discutido através de Marková (2017), a tríade, que visa a construção de conhecimento sobre o objeto, normalmente, tende a ser assimétrica. Neste contexto de análise, Kaleb tem uma relação de resistência à voz “internet” por não aceitar os significados que propagam dela sobre ser borderline. Analisa-se, assim, que Kaleb internaliza a mensagem proveniente do meio virtual, resiste a ela e recria um novo significado através de sua voz interna, em um autodiálogo.

Uma outra problemática que está em íntima relação com o termo personalidade, é o referencial construído na palavra transtorno. Isso denota a ideia de que a pessoa pode ser um

problema. Nesse sentido, Kaleb significa que o transtorno de personalidade borderline não é um traço de sua personalidade. Uma crítica que deve ser feita sobre como a psiquiatria e demais profissionais percebem os transtornos de personalidade é em relação ao que já foi apontado por Luna (2017). Ele indica que ser borderline é uma anomalia do desenvolvimento psicológico e ter essa percepção, reverbera no imaginário social que se tem com a loucura, com as pessoas em sofrimento psíquico e diagnosticadas (Lucena; Bezerra, 2012). Nesse sentido, Kaleb confronta a voz “internet”, que coloca para ele que o borderline é “*como se fosse algo natural*”, “*um traço de personalidade*”.

A seguir apresentamos, de forma detalhada, um quadro com as posições de eu de Kaleb e os significados construídos a partir dela:

Quadro 7 - Kaleb e suas posições frente ao diagnóstico de borderline

Posições do eu	Caracterização	Citações ilustrativas
Eu sem conhecimento sobre diagnóstico	Esta posição relaciona-se com seu tempo passado, na medida, em que ela demonstra não ter uma posição reconstrutiva dos eventos traumáticos já ocorridos	<i>Eu nem sabia o que era ainda</i> ↓ <i>Eu nem tinha curiosidade de saber o que era</i> ↓ <i>Eu nunca gostei muito dessa parte de diagnóstico. Saber o que eu tenho</i>
Eu em conhecimento sobre o diagnóstico	Esta posição surge a partir de vozes outras significadas em relação com a internet, como exemplificado na relação triádica. Compreendemos que esta posição tem relação com o tempo futuro a partir da reconstrução do passado, quando ele tem acesso à informações sobre o diagnóstico	<i>Ainda não entrou na minha cabeça</i> ↓ <i>Tem muita gente na internet que trata o borderline como um traço de personalidade mesmo!</i> ↓ <i>O povo trata como se fosse algo natural</i> ↓ <i>“não acho que seja um traço de personalidade”</i>

Fonte: O autor (2023)

Nestas duas posições em análise, destacamos que significados coletivos já estão presentes, mas teceremos análises mais diretivas sobre eles no próximo subtópico. No entanto, destacamos que os identificamos a partir do recorte “o povo trata como se fosse algo natural”. A partir desta voz, a posição “eu em conhecimento sobre o diagnóstico” é construída em resistência aos significados coletivos que tratam o ser borderline. Para Kaleb o que a internet propaga de informação sobre o seu diagnóstico, indica que o borderline faz parte dele mesmo. E o jovem constrói significados pessoais de forma contrária, até porque quando se propaga a

ideia de que o diagnóstico é uma parte dele, independentemente de sua vontade, há um sentido de que ser borderline perdura por tempo indeterminado, enveredando para o tempo futuro.

Pontuamos que este desenvolvimento de posições, é compreendido por nós, pelo que perpassa pela noção de que sua processualidade é marcada pela relação do eu com o mundo, que ressoam através de transformações semióticas (Lyra; Pinheiro, 2018). As posições de Kaleb, que reúnem vozes, tanto diretas quanto indiretas, são resultados processuais de relações que o jovem desenvolve com outros significativos. Destacamos que a relação triádica com a internet, é geradora de significados, que não condizem com o que já figura na cultura coletiva.

Ao internalizar os significados dispostos na internet, Kaleb os transforma em sua camada subjetiva e reconstrói significado próprio. Desta forma, esse significado envolve, inicialmente, que ele não compreende o diagnóstico de borderline como natural. A seguir analisamos como novos significados são construídos frente a significação de que ser borderline não é natural:

Quadro 8 - Kaleb e o Borderline como distúrbio

Entrevistador: você acha que é o quê?

Kaleb: é um distúrbio. Tipo, é justamente uma linha reta. Aí, tem a borderline que, praticamente, não é o que a gente quer ser na maioria das vezes. A gente não quer se machucar, a gente não quer machucar os outros, a gente não quer se sentir abandonado, a gente não quer sentir a pressão de alguma coisa. A gente, simplesmente, quer ficar normal. Só que muita gente na internet, muito adolescente que tem, trata como um traço de personalidade e acaba levando isso...tipo, como se fosse normal, romantizando. E isso me incomoda profundamente.

Fonte: O autor (2023)

Analisamos que a partir da posição do eu “*eu em conhecimento sobre o diagnóstico*”, Kaleb significa o diagnóstico como um distúrbio, sendo uma espécie de desvio da sua normalidade. Quando ele pontua que “*tem a borderline que, praticamente, não é o que a gente quer*”, ele desloca o diagnóstico para além de si. Há um confronto entre Kaleb e o que o meio coletivo compreende sobre o que é ser borderline. Referenciamos, inclusive, este meio coletivo através do que foi apontado pela literatura. Nesse sentido, o significado referenciado na relação triádica (figura 7) mostra como ele origina o significado “distúrbio, para além de mim”.

Refletimos, assim, que diferentes posições do eu produzem novos significados. As posições elencadas no quadro 7, não são antagônicas, mas são resultando de um antes e um

depois, da passagem do tempo em relação com outros. Lyra, Wagoner e Barreiro (2021, p. 3) afirmam que é a partir da temporalidade, que a “pessoa está constantemente se movendo do passado para o futuro, no infinito do momento presente”. Eles ainda afirmam que este movimento ocorre “no espaço entre a infinidade da experiência passada interna e o mundo externo incomensurável através das trocas culturais eu-outro” (2021, p.3). Isso indica como opera a quadrática passado infinito<>futuro infinito, interior infinito<>exterior infinito, pois Kaleb realiza trocas com os significados, sejam exteriores ou interiores, e transforma-os (Valsiner, 2014).

Kaleb ainda apresenta outro diagnóstico em conformidade com o borderline e, a partir de agora, apresentamos algumas pontuações sobre o seu diagnóstico secundário: transtorno de humor bipolar. No quadro seguinte, o jovem descreve como é a dinâmica que sente em relação aos seus diagnósticos:

Quadro 9 - Kaleb e a dinâmica de seus diagnósticos

Entrevistador: então, tu tens os dois diagnósticos: bipolar e borderline?

Kaleb: sim. E a parte da bipolaridade foi o que chocou um pouco, porque realmente eu não sabia. E quando eu percebi que tem essa história de período maníaco e período depressivo, comecei a entender quase como eu tava funcionando. Porque tinha época que eu tô no fogo de fazer tudo, qualquer coisa, me sobrecarrego, mas continuo fazendo e eu não durmo, porque tô fazendo alguma coisa. E eu pensava que na minha cabeça era eu criando vergonha na cara. Quando eu percebia que o período maníaco passava, eu ficava muito mal. Eu não queria mais fazer. Eu passava um mês bem, que é esse período maníaco, que é dormindo três horas da manhã e acordando às cinco para fazer as coisas. E depois eu ficava dormindo quatro horas da manhã e acordando meia noite, praticamente. Dormia dezesseis horas seguidas sem me preocupar com nada. E, realmente, vi a diferença quando me deram o diagnóstico e eu comecei a entender isso. Comecei a entender que o que eu tinha era um transtorno maníaco-bipolar e não tipo a porcaria de...só a depressão. Eu pensava que era só a depressão me destruindo, mas, querendo ou não, o período maníaco destrói a gente de alguma forma também. E é por isso que eu me sentia sobrecarregado. E era por isso que eu sumia, não ligava para as pessoas, não fazia nada por causa do período maníaco. Eu fazia tudo pra mim, pra mim, pra mim e não falava com o povo de casa, mas eu arrumava a casa toda. Ficava focado em dieta e exercício. Fazia tudo, só que de forma, tipo, destruidora. Cheguei, tipo, a ter problema no ombro, que eu já tinha artrite no ombro direito e piorou, piorou, piorou. E, tipo, eu continuava lá fazendo, mesmo sentindo uma dor horrível. Continuando fazendo exercício e não indo buscar para saber o que era. Aí, eu percebi que, tipo, tava me matando e tal. E foi quando eu falei com a antiga psiquiatra (do hospital-dia) e ganhei o escitalopram. E ele me mantém estável. E eu parei de ter período constante. Eu parei mais...eu fiquei mais equilibrado. Eu como normal. Eu ajo normal. E quando eu tenho período depressivo, ele dura muito pouco. Um dia, dois dias no máximo. E esses dois dias são por causa de alguma coisa besta ou que na minha cabeça nem tá acontecendo.

Fonte: O autor (2023)

Correia e Sougey (2017) caracterizam que o transtorno de humor bipolar se refere a uma morbidez da variação de humor. Eles destacam que o humor é relativo às sensações de prazer ou desprazer, sentir-se triste ou alegre, por exemplo. E essas sensações são sentidas por todos os indivíduos. Entretanto, em uma pessoa com bipolaridade a intensidade das variações ocorrem de forma que geram sofrimento. A tristeza, por exemplo, adquire uma intensidade que adentra na seara da depressão e a alegria, em oposição, adquire também uma intensidade que configura uma mania ou hipomania.

Desta maneira, Correia e Sougey (2017) pontuam que o transtorno bipolar consiste na alternância de estados depressivos e maníacos no decorrer do tempo. E esse diagnóstico é dividido em dois tipos. O transtorno bipolar tipo I e o tipo II. O que difere cada um é que no tipo I, tem-

se o depressivo-maníaco e no tipo II, tem-se o depressivo-hipomaníaco. Além disso, a depender da intensidade dos sintomas, o sujeito pode manifestar sintomas psicóticos. E os autores destacam que costumam estar relacionados à sentimentos de grandeza.

Na mania o sujeito costuma sentir-se bem e tem uma alta disposição para as atividades da vida diária. Além disso, muitas vezes, desenvolve uma libido que não possui costumeiramente. A depressão bipolar consiste no extremo oposto da mania, o sujeito sente-se sem vitalidade, sem suporte para viver sua vida cotidiana (Dalgarrondo, 2008).

E o que define esses estados de humor é o tempo. De acordo com o DSM-V (Apa, 2014), para se caracterizar um quadro de mania, é necessário que o sujeito apresente a sintomatologia por uma semana, no mínimo. Essa sintomatologia envolve autoestima elevada, falta de sono, pensamento acelerado, agitação psicomotora, atenção em demasia para determinado objeto ou atividade e falta de senso em atividades que causam prejuízo a integridade física. Também é comum que nesse período a pessoa perca o controle de suas finanças pessoais.

Ainda com base no DSM-V (Apa, 2014), a hipomania é compreendida pelos mesmos sintomas da mania. Porém, observa-se também uma maior irritabilidade no indivíduo e ações que o sujeito toma, que não são esperadas pelo que normalmente ela apresenta socialmente. Isso precisa durar por, no mínimo, quatro dias para ser definido. E, no que condiz à depressão, o mesmo manual orienta que os sintomas devem durar, pelo menos, duas semanas. Eles são constituídos por falta de prazer, falta de interesse em atividades diárias, insônia, agitação ou retardo psicomotor, pensamentos recorrentes de morte, dentre outros. Ademais, Correia e Sougey (2017) apontam que podem haver episódios mistos. O indivíduo pode vivenciar episódios de mania e depressão ao mesmo tempo.

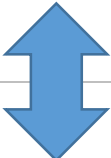
Perante esse contexto, analisamos, que as construções de significados de Kaleb, perpassam por uma abertura para o diálogo por parte da psiquiatra que o acompanha. No período de nossos encontros, o jovem pontuou que passou por uma mudança de profissional. O serviço que o assiste conta com uma variedade de profissionais. Isto é, existem uma equipe de psiquiatria e de psicologia. Nesse sentido, o jovem pode recorrer a mais de uma profissional dentro do mesmo serviço.

No que concerne aos significados construídos sobre ser bipolar, Kaleb pontua que:

eu sempre só ouvi de ansiedade e depressão. Eu não tinha ciência do que é nada além disso. Eu achava que bipolaridade era duas personalidades. Quando eu descobri o que era eu fiquei assim (expressão de espanto) e quando eu descobri o que eu tenho. Eu fiquei mais, tipo assim, pensando ‘caraca’.

Nesse sentido, apresentamos as posições do eu que emergem em referência ao diagnóstico de bipolaridade:

Quadro 10 - Kaleb e suas posições de eu frente à bipolaridade

Posições do eu	Caracterização	Citações ilustrativas
Eu em depressão 	Esta posição caracteriza-se por uma relação com a outra posição “eu em mania”. Ela age de forma destrutiva ao provocar um recolhimento de Kaleb frente a falta de envolvimento em relação a atividades da vida diária	<i>Quando eu percebia que o período maníaco passava, eu ficava muito mal. Eu não queria mais fazer.</i> ↓ <i>Dormia dezesseis horas seguidas sem me preocupar com nada</i> ↓ <i>Eu pensava que era só a depressão me destruindo</i>
	Esta posição possui uma relação com o “eu em depressão”. Sua forma destrutiva faz parte de um nível de excitação que excede os limites do próprio corpo na execução de atividades	<i>Era por isso que eu sumia, não ligava para as pessoas</i> ↓ <i>Fazia tudo, só que de forma, tipo, destruidora</i> ↓ <i>Eu continuava lá fazendo, mesmo sentindo uma dor horrível</i>
Eu estável	Esta posição surge da relação com a psiquiatra. Ela informa a Kaleb qual o seu diagnóstico e na relação eles conseguem romper com as duas posições acima mencionadas, que se retroalimentam	<i>E foi quando eu falei com a antiga psiquiatra (do hospital-dia) e ganhei o escitalopram</i> ↓ <i>Eu como normal. Eu ajo normal</i> ↓ <i>E quando eu tenho período depressivo, ele dura muito pouco</i>

Fonte: O autor (2023)

As duas posições que se retroalimentam “eu em depressão” e “eu em mania” são reconfiguradas a partir do momento que Kaleb entende e aceita o seu segundo diagnóstico. As duas posições emergem de vozes internas, que são provocadas pelo acesso ao diagnóstico. E

ele constrói novos significados frente ao que ele entendia só por depressão. Pizarro (2020) pontua que indivíduos em período maníaco tendem a se sentirem bem, visto que neste momento o sujeito tende a se sentir bem, alegre e efusivo e não consegue perceber o quanto está se fazendo mal.

Lyra (2011) pontua que é a intervenção profissional, na dinâmica relacional, que pode gerar transformação de novos significados. O que notamos nessas posições é que o eu depressivo e o eu maníaco se retroalimentam e são significados por Kaleb através da autodestruição. Entretanto, ele constrói novos significados a partir da psiquiatria quando ele destaca *eu falei com a antiga psiquiatra (do hospital-dia) e ganhei o Escitalopram*. Refletimos que houve uma relação de trocas entre ele e a profissional, o que gerou a posição “eu estável”.

Em face desta profissional, percebemos como ocorre o ato de medicar. Entretanto, Kaleb já passou por outras abordagens profissionais e foi medicalizado (Freitas; Amarante, 2017). Assim, ele pontua que isso ocorreu na sua internação em comunidade terapêutica. Dessa forma, ele destaca que:

o psiquiatra ficava muito longe dos pacientes e ele só anotava. Quando eu cheguei lá, foi a única vez que eu vi ele. Ele não falava comigo, ele falou com minha tia. Ele passou um monte de remédio, prescreveu remédio, prescreveu remédio...e jogou lá para as enfermeiras e acabou. Não teve mais nada.

Desta maneira, discutimos que não é qualquer intervenção profissional que possibilita o surgimento de uma estabilidade. Os paradigmas em saúde mental estimulam significações totalmente antagônicas entre si, quando um se propõe a escutar e o outro a silenciar. Profissionais que atendem a uma postura silenciadora, tendem a provocar mais sofrimento. Por exemplo, Lourenço *et al.* (2021) realizaram um estudo sobre sofrimento psíquico em jovens estudantes universitários de um curso de medicina. Nesse estudo, os jovens entrevistados relataram que esperavam encontrar mais empatia do meio médico em relação ao sofrimento. Porém, encontraram o oposto. Suas fragilidades eram vistas como “drama”, “piti” e até “frescura”. Nessa dinâmica Kaleb pontua, fora do meio da saúde, que:

quando vem a crise de choro, é frescura. A crise de choro, já cheguei a ter muito no colégio público e, simplesmente, ignoravam. Diziam ‘ah, é criança essas coisas’. Na minha cabeça agravou um pouco mais, porque era só uma criança. E eu comecei a usar o motivo ‘sou só uma criança’.

Ainda em ressonância com Lourenço *et al.* (2021), eles afirmam que isso ocorre, em alguma medida, porque as pessoas em geral esperam que quem sofre resolva por si mesmo sua própria condição, já que o sofrimento é uma questão da mente. Nossa análise é de que tal

entendimento, na verdade, exime a responsabilidade ética (Marková, 2017) que se tem com pessoas em vulnerabilidade psíquica.

Esse tratamento social destinado às pessoas que necessitam de atenção em saúde mental, resulta da ideia de que o outro não tem responsabilidade sobre o sofrimento de um sujeito. Entretanto, como adotamos neste estudo a interdependência eu-outro (Marková, 2004), percebemos que os espaços que Kaleb transitou, se moveu, adotaram uma postura desonesta em relação ao jovem. Apenas no hospital-dia que foi possível a ele construir significados divergentes.

Ainda no que é relativo ao uso de medicações, elas não ocorrem de maneira assertiva de imediato. O caminho até o hospital-dia, como já apresentado nos dois últimos subtópicos, não foi construído de forma linear. A ciência sobre o serviço de hospital-dia não foi feita de forma direta, Kaleb passou por alguns processos. Nesse sentido, pontuamos que o tratamento em saúde mental não ocorre de forma linear. É importante mencionar que o hospital-dia não é uma instituição de solução para todos que sofrem e são diagnosticados, a não linearidade do cuidado em saúde mental se deve aos paradigmas antagônicos, a dinâmica de sofrimento e a melhor adequação medicamentosa.

As primeiras tentativas de tratamento medicamentoso exercida por Kaleb não ocorrem de uma maneira saudável, inclusive. Ele aponta que:

para mim, qualquer remédio realmente fazia efeito. Principalmente, os calmantes, aquele Seakalm. Eu tomava uma cartela inteira daquilo. Tinha vez que eu tomava Dramin, meia cartela, só para passar o dia dormindo.

Tal consideração indica como o acesso à informação segura, através de uma profissional com compromisso ético, torna-se necessário para um cuidado efetivo. A reconstrução do passado indica que a dinâmica dos diagnósticos opera através de experiências de sofrimento que se entrelaçam com o tempo. Nos encontros com Kaleb, ele indicou que se imagina morando sozinho e tendo uma marca de roupas autorais, mas a sua dinâmica de sofrimento ainda é um grande desafio a ser, em alguma medida, superado.

Um ponto importante sobre os dois diagnósticos, é que Kaleb confronta o transtorno de personalidade borderline e externaliza um novo significado. Entretanto, no que condiz ao transtorno de humor bipolar, ele aceita sua condição diagnóstica. A aceitação de sua parte, ao internalizar o que a psiquiatra o informa, provoca uma reconstrução de eventos passados que culmina na construção do significado da estabilidade. Kaleb compreende que as suas posições que se reforçam entre si precisam ser reconfiguradas e é na relação com a psiquiatra, através do

remédio, que ele busca criar o significado da estabilidade para si frente às variações de humor que sofre.

Como a aceitação do transtorno de humor reorganiza o seu passado, Kaleb se direcionada para a construção de um futuro diante das suas condições diagnósticas. Nesse sentido, ao falar sobre o futuro, ele afirma que *“toda vez que eu penso que meu futuro só depende de mim, eu penso ‘poxa’. Seria melhor ter ficado no útero, ter sido abortado, alguma coisa assim”*.

Lyra (2011) pontua que em situações de dificuldade, o sujeito vivencia o que ela nomeia de narrativas problemáticas. Essas narrativas configuram a dominância de uma única posição de eu. Deste modo, Lyra (2011, p. 348) destaca que “o conceito de narrativas problemáticas significa a predominância de uma voz, ou posição, abrindo mão de possibilidades de mudança”. Analisamos, assim, como a reconstrução do passado, com vistas ao futuro, configura uma narrativa problemática, mesmo que Kaleb tenha aceitado um de seus diagnósticos.

Percebe-se, assim, como no contexto da saúde mental, a aceitação não produz um processo de manutenção dos mesmos significados. O futuro, mesmo que sempre seja incerto, para Kaleb é preferível que ele não exista. A reconstrução do passado impacta as prospecções que não agem como uma ampliação de uma vida que pode ser vivida. No diálogo a seguir, Kaleb apresenta como possui medo do que ainda pode vir dos seus diagnósticos e como isso o confronta com um futuro indesejado:

Quadro 11 - Kaleb e seu futuro a partir dos diagnósticos

Entrevistador: alguém aqui no grupo terapêutico do hospital-dia comentou contigo ou das psicólogas da casa falou sobre o teu diagnóstico?

Kaleb: não, até hoje não. Eu nunca parei para perguntar o meu diagnóstico completo. Tudo vai para minha tia ainda. E eu não tenho interesse em buscar saber. Eu ainda tenho medo de muita coisa, porque eu prefiro mesmo que vá para minha tia, que ela saiba do que tá rolando.

Entrevistador: tu tem medo do quê?

Kaleb: sei lá. Vai que eu olho para o papel, sei lá. E eles dão o diagnóstico para minha tia. Porque eles sempre ligam para minha tia e ela sempre fala com o hospital-dia. E, tipo, eu tenho medo de ver, saber e começar a me preocupar, começar a ter ansiedade. Tipo, bipolaridade e borderline eu já considero normal, mas e se vier outra coisa pior? Eu fico pensando assim: eu não quero.

Valsiner (2014), dentro de sua quadrática, coloca o futuro como um campo infinito. Entretanto, percebemos uma certa recusa em Kaleb em viver o seu futuro. A dinâmica do sofrimento psíquico coloca Kaleb em uma posição de medo. Ambos os diagnósticos indicam que Kaleb lida com sentimentos e traumas que transcendem os limites do passado, do presente e do futuro (Cangiá; Zittoun, 2020).

Kaleb destaca que, com frequência, é difícil manter relações. Ele diz que, às vezes, tem crise de ansiedade e fica preocupado, não consegue “pensar mais”, pontuando que: *é uma bola de neve, porque vai rondando e vai rodando...até...se a pessoa não for compreensiva, não me entender em algum momento, aí que já era.*

Ainda em ressonância com Lyra (2011), frisamos como ela aponta que as narrativas problemáticas podem passar por transformações. E elas ocorrem através da ética dialógica (Marková, 2017), que um profissional de saúde mental pode provocar. Essa postura ética dialógica, em coalisão com o que aponta Marková (2017), opera o que Lyra (2011) destaca como momentos de inovação.

Como as dinâmicas relacionais são fluidas, profissionais de saúde podem exercer o cuidado através de uma postura dialógica. E isso ocorre através de uma postura ética e comprometida com a relação. Tanto o paciente quanto o profissional transformam-se. Retomamos, desta maneira, a noção de que um processo de futuro imaginativo permeado pelo diagnóstico psiquiátrico só adquire uma nova formatação através da própria imaginação. E é a dinâmica dialógica, que opera essa ampliação, na medida em que ela alimenta a imaginação e modela a reconstrução do passado.

Já que o passado é infinito (Valsiner, 2014), ele atua a partir da rememoração (Silva; Lyra, 2017). E a dinâmica dialógica pode atuar na remodelação de um passado que não seja apenas de dor. As experiências vividas não podem ser anuladas das trajetórias de Kaleb, nem de qualquer outro sujeito, mas elas podem ser transformadas, porque é, justamente, os traumas vividos que impactam a imaginação do jovem.

E, Lyra (2011) e Marková (2017), nos apontam que é a relação dialógica que tem a possibilidade de transformar. As posições do eu emergem da dialogia construída com a profissional. A posição *eu com medo* pode ser transmutada para outra posição. Assim, no próximo extrato do diálogo, observamos como é possível estimular a imaginação do futuro através da relação:

Quadro 12 - Kaleb e o futuro

Entrevistador: e o que você acha que está no seu futuro, pensando em tudo que você já tem de concreto hoje, em tudo que você já construiu?

Kaleb: do que eu já construí, eu imagino...eu tenho uma pré-imaginação de que 10 anos no futuro, que uma vez me perguntaram na igreja, “como você se vê daqui 10 anos no futuro?” E eu não sabia o que responder, não sabia como responder. Aí, eu comecei a mentalizar “o que eu quero, o que eu quero”. Eu me vejo trabalhando em *homeoffice* que é a minha meta, eu quero *homeoffice*. E, além do *homeoffice*, eu quero ter uma loja de bolo, tipo, doce no geral. Doce que o povo pode comer sem ficar mal. Que eu tenho isso aí desde que entrei na faculdade. Saúde e alimentação entram muito no que eu gosto. E uma companhia, companhia eu não sei se vai ser um amigo, minha namorada ou outra pessoa. Eu não sei o que vai ser. No momento, eu espero que seja minha namorada.

Fonte: O autor (2023)

Neste diálogo acima, pela primeira vez, Kaleb informa, de maneira mais delimitada, o que deseja para si, e essa “pré-imaginação” é advinda de uma provocação vinda do meio religioso. Em suas trajetórias, ele demonstra que tudo com o que ou quem nos relacionamos deixa a sua marca. A pergunta sobre o futuro, mesmo que não respondida de imediata, continuou reverberando de modo internalizada, quando ele indica por meio de um “autodiálogo”: *o que eu quero, o que eu quero*.

Percebemos que isso estimula a imaginação de um futuro mais saudável. Quando apontamos que ele desejava não ter nascido, notamos que outras posições disputam espaço na construção de quem Kaleb deseja ser e o que ele quer viver. No último diálogo em destaque, percebemos a imaginação de um futuro mais autônomo. Sendo a mais relevante temática que o contexto da saúde mental vivencia:

Quadro 13 - Kaleb e o desejo de morar sozinho

Entrevistador: o que você imagina do teu futuro, sabendo do teu estado de saúde mental?

Kaleb: no meu estado atual, eu não acredito que eu tenho capacidade de viver sozinho, por exemplo. Sem minha tia, digamos assim. No momento eu não vejo. Mas eu tenho meta de até o final do ano que vem já me mudar. Eu tô correndo atrás, tô fazendo as coisas, tô juntando dinheiro.

Entrevistador: a ideia é morar sozinho ou dividir com alguém?

Kaleb: no momento, é morar sozinho. Eu percebo que não terei paciência, depois de muito tempo, para morar com outras pessoas. Ai, depois de um tempo minha namorada iria comigo, porque eu acredito que ela vá, porque esse relacionamento pode durar. Daí ela sairia da casa dela. Que é o pior veneno que tem, digamos assim.

Fonte: O autor (2023)

O morar sozinho para Kaleb apresenta-se como um lugar de segurança, mesmo que ele queira ter relações, ele também apresenta o desejo ter seu próprio espaço físico e imaginado. Estar com outros, em diálogo, é um exercício difícil, ainda mais quando o sofrimento psíquico é ativado pela dinâmica relacional. Vir a morar sozinho, inclusive, é o que pode indicar a realização de ser autônomo e independente para Kaleb.

No entanto, isso é permeado de desafios, dos quais esperamos que Kaleb os superem. Destacamos, por fim, uma imagem de seu *scrapbook*, que tem como destaque a palavra “criar”:

Figura 8 - recorte do *scrapbook* de Kaleb

Fonte: O autor (2023)

Kaleb, quando questionado sobre o que a imagem acima transmitia, afirmou que não sabia explicar. Ele apenas indicou que fez a imagem em um momento de introspecção e deixou-se guiar pelos seus sentimentos. A partir disso, e do que já discurremos, analisamos que o corpo humano pode ser tomado como o eu de Kaleb, seu *self* dialógico. Ele está em relação com a palavra criar. Essa palavra tomada da esquerda para a direita, no seu sentido natural de leitura, percebe-se que ela está numa posição ascendente, o que corrobora com nossa percepção de que significados estão sendo construídos.

Além desses dois elementos, nota-se um olho em queda, o que pode indicar a resistência do jovem frente aos significados coletivos que provém da internet, rejeitando-os. Na parte superior, tem-se uma figura que se assemelha com uma úvula humana. Ela mostra-se de maneira estável, o que nos faz refletir que ela está conectada com a aceitação de Kaleb frente ao diagnóstico de bipolaridade.

Entretanto, seja pela queda ou estabilidade das figuras, nota-se como Kaleb é jovem criador de significados frente às suas fragilidades em saúde mental. Refletimos, assim, que mesmo em dificuldade e com o seu futuro comprometido, em alguma instância, Kaleb ainda se movimenta (Cangià; Zittoun, 2020). A seguir, apresentamos o último subtópico de análise sobre Kaleb que condiz as relações dos significados construídos com os significados coletivos.

8.1.3 Significados pessoais de Kaleb e os significados coletivos em relação ao diagnóstico psiquiátrico

Neste último subtópico referente à Kaleb, orientamos sua organização a partir do último objetivo específico que estruturamos para o presente estudo: identificar as relações estabelecidas entre os significados coletivos e individuais. Para alcançar este objetivo, necessitamos retomar alguns pontos discutidos no subtópico anterior, pois já identificamos que os significados pessoais foram construídos em relação com os significados coletivos. Devido aos dados que construímos, traremos com maior foco dois significados coletivos que foram identificados durante as entrevistas: a internet e a psicologia. Outros significados de dinâmica coletiva foram mencionados, mas estes dois últimos são os que mais nos detivemos junto com Kaleb.

No que é relativo ao primeiro significado, a internet configura-se como um significado coletivo por ser um acontecimento de escala mundial que acelerou o processo de globalização (Kerckhove, 2015). Através do subtópico anterior, já sabemos que o jovem pesquisou, via internet, informações sobre o transtorno de personalidade borderline. No meio digital conta-se com diversas plataformas de domínio público como *Youtube* e *Google* que propagam informações diversas sobre a humanidade (Loureiro, 2007; Pinho, 2011).

Além disso, com a popularização e a facilidade de acesso à internet, é possível encontrar perfis em redes sociais gratuitas de grande alcance de público. Temos como exemplo os perfis “Mais que uma Borderline” e “Garota Borderline”. Esses perfis fazem parte de uma rede social intitulada *Instagram* e ambos são administrados por duas pessoas jovens. Em suas plataformas elas narram as suas experiências pessoais de como é viver sendo uma pessoa com transtorno de personalidade borderline.

Além dessa simplicidade de acesso às informações públicas, também é possível ter acesso ao conhecimento científico produzido sobre o transtorno. Este conhecimento, além do popular, pode ser acessado por indivíduos que podem ou não serem profissionais da área de saúde mental. Deste modo, argumentamos como a internet tem o status de um significado coletivo. Para apresentarmos os dados que construímos junto à Kaleb, retomamos na íntegra um trecho de transcrição exibida no subtópico anterior em que a relação Kaleb-Internet produz significados que são apresentados no diálogo a seguir:

Quadro 14 - Kaleb e seus significados sobre o borderline

Entrevistador: você acha que é o quê?

Kaleb: é um distúrbio. Tipo, é justamente uma linha reta. Aí, tem a borderline que, praticamente, não é o que a gente quer ser na maioria das vezes. A gente não quer se machucar, a gente não quer machucar os outros, a gente não quer se sentir abandonado, a gente não quer sentir a pressão de alguma coisa. A gente, simplesmente, quer ficar normal. Só que muita gente na internet, muito adolescente que tem, trata como um traço de personalidade e acaba levando isso...tipo, como se fosse normal, romantizando. E isso me incomoda profundamente.

Entrevistador: para você não é normal, né?

Kaleb: não é normal. Tipo, a forma como a gente luta. Tipo, pelo menos o povo que tem borderline e leva a sério como uma doença, como um distúrbio e tal, a gente luta para ser quem a gente é. Quando a gente tá fazendo algo, a gente tem impulso, a gente não controla, não sabe o que a gente tá fazendo. Pode vir, sei lá...dez pessoas segurarem você, se tiver tendo um surto você não vai entender porque tá sendo segurado. Você vai se sentir ameaçado. Vai sentir um monte coisa, até porque você não sabe porque tá fazendo aquilo. E o povo trata como um traço de personalidade e, simplesmente, me deixa muito, tipo... por quê?

Fonte: O autor (2023)

Kaleb nos apresenta dois campos de significados que são antagônicos entre si. O primeiro condiz com a internet através de adolescentes que romantizam o diagnóstico. E o segundo refere-se a quem considera o borderline como um distúrbio, sendo este o significado que ele constrói para si, ao rejeitar o que é propagado comumente pela internet. No diálogo com Kaleb, ele indica o que sente por ser borderline, mas, ao mesmo tempo, nos indica que não há uma identificação dele com o diagnóstico. Não há uma incorporação dele com a sua personalidade, já que ele menciona no subtópico anterior, através de um autodiálogo que *“não acho que seja um traço de personalidade”*.

Analizamos, assim, que os significados coletivos advindos da internet, que representam uma gama de indivíduos, em alguma medida, possuem um tom conflitivo com as vozes internas de Kaleb. A relação de significados de Kaleb antagoniza com a romantização do diagnóstico. Ele incorpora o diagnóstico ao seu sentido de eu, mas ele indica não se circunscrever as redomas do que é ser borderline.

Um outro ponto em destaque, é que o jovem, além do transtorno de personalidade borderline, também tomou consentimento de que possui transtorno de humor bipolar. E isso,

mais uma vez, o coloca em conflito com os significados coletivos em relação ao diagnóstico. No quadro a seguir destacamos o seguinte diálogo:

Quadro 15 - Kaleb e os diagnósticos

Entrevistador: como a psiquiatra disse “parece que é borderline”, parece que foi uma hipótese que se confirmou, pelo que eu entendi, não é?

Kaleb: Sim, se confirmou.

Entrevistador: quando ela trouxe pela primeira vez, tu pensou o teu passado, os teus momentos de crise? Tu pensou o que quando ela nomeou?

Kaleb: eu pensei que eu tava doente para caralho (risos). Eu sei que eu tava mal, porque eu nunca tinha ouvido falar. Eu sempre só ouvi de ansiedade e depressão. Eu não tinha ciência do que é nada além disso. Eu achava que bipolaridade era duas personalidades. Quando eu descobri o que era eu fiquei assim (expressão de espanto) e quando eu descobri o que eu tenho. Eu fiquei mais, tipo assim, pensando “caraca”. Jurava na minha cabeça que eram duas pessoas num corpo só. Era o que a mídia passava disso. E eu vivi nisso por muito tempo. E quando eu fui entrando, pesquisando o que se tem sobre isso, “psicologia analítica para leigos”. E, tipo, eu tive um pouco mais de foco nisso e comecei a entender mais. Até que comecei a perguntar e parei de ficar calado. Comecei a perguntar o que é isso.

Entrevistador: perguntar para quem?

Kaleb: psicólogo, psiquiatra. Para amigo meu que tá cursando também, perguntei. Semana passada quando eu fui para a nova psiquiatra, eu não sabia a maioria dos remédios que eu tomava antes e agora só tomo escitalopram e eu perguntei para ela como funciona. E ela me explicou direitinho. E ninguém nunca tinha me parado para explicar direitinho como é que funciona, qual a função dele, porque eu não devo parar de tomar por dias, porque eu já esqueci e tal. E, tipo, aí eu voltei com aquela oscilação hormonal, porque ela explicou que não precisa disso. É um remédio que não precisa da parte hormonal, mas antes eu tinha remédios que eu tomava e precisava de gordura no corpo e eu não tenho gordura no corpo e, na maioria das vezes, não funcionava. Então, eu tava tomando remédio só por tomar.

Fonte: O autor (2023)

Quando Kaleb menciona que “era o que a mídia passava disso”, analisamos que, mais uma vez ele faz alusão à internet, mesmo que ele não tenha declarado que pesquisou explicitamente o transtorno de humor bipolar. A internet é mais uma mídia como a televisão e o jornal, por exemplo. Nesse sentido, a internet é uma voz outra indireta que abarca diversas

outras vozes devido ao seu grau de contemplação de diversos conteúdos. É através da internet que Kaleb acessa o outro significado que é destacado nesse subtópico: a psicologia.

Quando ele cita que pesquisou em “psicologia analítica para leigos” e perguntou para psicólogo e psiquiatra, ele acessa esse saber que não é mais restrito aos profissionais da área. Bock (2010) aponta que a psicologia ganhou contornos no Brasil, porque enquanto profissão, ela fez parte do projeto de modernização do país, mesmo que voltado para uma população elitista anos atrás. Pinto (1999) também comenta que a psicologia é um saber que o senso comum tenta abarcar e mais, recentemente, Gonçalves (2020) destaca como a psicologia saiu do berço elitizado e se incorporou pela vida cotidiana.

Nesse processo de Kaleb é importante pontuar que a cultura coletiva sempre apresenta significados diversos sobre os processos humanos. No que condiz à saúde mental, já destacamos que as significações que envolvem o que é tido como louco perpassa por uma série de preconceitos construídos historicamente. Mesmo que os diagnósticos já possuam uma construção de mais de cem anos, ao olharmos para a história das classificações, atualmente notamos uma popularização dos termos (Zorzanelli, 2014).

Essa popularização em nada condiz com o que significam as terminologias que contém nos manuais de psiquiatria. Brinckmann (2017) discute de forma crítica um programa de televisão em seu país, a Dinamarca. Nesta localidade, em seu circuito televisivo, ele encontrou um programa que se chamava “*Mad or normal?*” (Louco ou normal? Em tradução). A dinâmica da atração consistia em que pessoas, tidas como normais, identificassem diagnósticos psiquiátricos em outros sujeitos.

Perceber que a mídia propaga a ideia de duas pessoas no mesmo corpo, indica para Kaleb como as noções coletivas estão distorcidas. O programa mencionado, inclusive, faz uso dessas distorções para que o sofrimento gere entretenimento. Kaleb, mais uma vez, nessa relação triádica se posiciona de forma conflitiva frente às vozes indiretas que são abarcadas pela internet.

A psicologia, nesse sentido, reorienta sentidos para Kaleb, que constrói seus significados a partir de novas informações. É relevante também mencionar que a relação com a psicologia não só ocorreu através da mídia e dos livros, mas também pela relação com a profissional de saúde. Esse diálogo com profissionais contribuiu para que o entendimento sobre o seu diagnóstico e, conseqüentemente, seu sofrimento fosse transformado. Kaleb afirma que:

para mim não existia tratamento, essas coisas...para mim tratamento era remédio. Constantemente eu não fazia as coisas aqui (hospital-dia), eu evitava, porque na minha cabeça não entrava essa parte do tratamento, que era o tratamento psicológico.

Lyra (2011), ao discutir sobre os processos de transformação no contexto da psicoterapia, pontua que a mudança de significados ocorre quando se considera que a relação paciente-profissional opera através de metamorfoses mútuas. Mesmo que Kaleb esteja no serviço necessitando de cuidados em saúde mental, a profissional também é transformada na relação quando se considera que o cuidado não é para o jovem, mas com o jovem.

Notamos, aqui, que se forma mais uma tríade compreendida pela psiquiatra como uma outra. Sendo assim, Kaleb, a psiquiatra e o diagnóstico como componentes deste triângulo. Analisamos que é por uma orientação de paradigma psicossocial que a mudança é possível. Nesse sentido, Kaleb pontua que *“e ninguém nunca tinha me parado para explicar direitinho como é que funciona, qual a função dele, porque eu não devo parar de tomar por dias”*.

Essa organização profissional coaduna, assim, com a potencialidade de Kaleb construir significados próprios e não apenas internalizar os significados coletivos dos diagnósticos. O surgimento de novas posições ocorre através de uma dinâmica relacional com a psiquiatra, que se mostra empática e presente na díade: Kaleb-profissional.

Já na experiência que Kaleb teve na comunidade terapêutica, antes de chegar no hospital-dia, ele viveu uma experiência que mortificou o seu eu (Goffmann, 1961; Lucena, 2020). Júnior *et al.* (2016) em uma pesquisa sobre formação e atuação em saúde mental, constatou que os profissionais de saúde mental, se dividem entre os paradigmas e guiam suas práticas a partir deles. Isso indica como a filiação profissional também é política e opera de maneira contrária ao que prega o código profissional. O jovem é aniquilado através da medicação e da pouca abertura para o diálogo no período em que viveu na comunidade.

Em outro momento sobre esta vivência, ele destaca que *eles realmente tratam todo mundo como doido, de todas as formas*. Ao considerar essa uniformização do sujeito, a comunidade terapêutica demonstra pactuar com uma visão monológica de cuidado em saúde mental. A responsividade, advinda dos usuários, não é considerada. Frente a isso, notamos que os significados coletivos se originam dos modelos e da popularização do diagnóstico. E percebemos que Kaleb teve condições de internalizar, mas também de (re)criar significados outros sobre ser borderline e bipolar enquanto é assistido pelo paradigma psicossocial.

Como exercício de ampliação das posições e significados analisados até aqui, destacamos parte do *scrapbook* que o jovem construiu:

Figura 9 - recorte do *scrapbook* de Kaleb

Fonte: O autor (2023)

Na construção do seu diário, Kaleb indicou que o fez de maneira intuitiva. Por vezes, ele quis inserir mais informações, mas alegou que não conseguiu. E, neste recorte imagético, percebemos que Kaleb apresenta dois estados: um introspectivo, em direção a si mesmo e outro exterior a si, direcionado ao que está para fora. Também notamos a única tonalidade de cor. Inclusive, o cinza foi a única cor usada por ele em todo o diário. O que indica a introspecção, é o olho que está fechado. Ele compõe, junto com o nariz e a boca, uma face. A reclusão demonstra a interioridade do jovem, as linhas sinuosas estão mais próximas deste olho fechado

e elas formam um movimento cíclico. Isso pode indicar, em alguma instância, as posições que se retroalimentam, como já destacada.

A face introspectiva, no entanto, é ceifada por algo que remete a uma foice. Acima deste corte, nota-se um olho aberto, sozinho. Parece estar sem foco. Este olho solitário é acompanhado de linha retas que possuem diferente sentidos, que juntas formam uma espécie de encruzilhada. Quando questionado sobre sua produção no scrapbook, o jovem informou que tinha uma atração por tudo que remetia à olhos. Ele afirma que *eu tenho essa afeição por olho um pouco mais sentimental, que, tipo, as pessoas que estão na minha vida, hoje, são as pessoas que eu olharia e continuaria olhando no olho*. Tanto, que ele narrou um poema que criara durante uma “dor de cabeça”. O poema estava sem título quando fora declamado:

De novo, me perdi de onde achei que deveria estar / Deixei de ser quem achei que fosse/ Me prendi pensando em quem poderia ser / Corri atrás do que não era meu / Mas, depois de tanto cair, e tudo se repetir, eu percebi / Que no fundo dos teus olhos, fui me encontrar / Pois era de ti a luz que sempre busquei encontrar.

Esta poesia, associada à imagem do diário, revela o quanto o jovem, por sua condição de sofrimento, vive experiências ambivalentes que provocam diferentes sentimentos. O *self* dialógico, evocado pela relação com o fundo dos olhos, indica que as respostas que queremos estão em “um outro em nós”. A mobilidade que é proporcionada pela rememoração do passado e imaginação do futuro nos leva a desbravar o nosso próprio mundo interior. Mundo este, que é acessado na relação com o outro.

8.2 FRIDA

Frida é uma jovem de vinte e oito anos, branca, bissexual e possui algumas tatuagens em seu corpo. Ela é nascida em outro estado brasileiro, mas não possui nenhuma ligação afetiva ou familiar com a região em que nascera, tanto que ela se sente uma pernambucana e não uma pessoa do seu estado de nascimento. O que a fez nascer em outro território, fora de Pernambuco, foi a vida laborativa de seus pais, que acabaram retornando para Pernambuco após o seu nascimento.

No momento das entrevistas Frida encontrava-se residindo em Recife, mas com o planejamento de se mudar para outro estado do Brasil, devido ao seu curso de doutorado em

história da arte. Os seus planos dependiam das orientações que a universidade adotava a cada semestre por conta da pandemia de COVID-19. Ela afirmava que depositava uma esperança nessa mudança por ser difícil conviver com sua família, em alguma instância.

Essa convivência era resultado de uma série de frustrações que Frida vivenciou. Ela destaca que duas experiências foram decisivas para manter o atual convívio familiar: ela terminara seu relacionamento de, aproximadamente, seis anos e, além disso, estava desempregada, devido a sucessivas crises de saúde física e mental. Esses dois eventos obrigaram o seu retorno para a casa dos pais.

Anterior a esses eventos, Frida já possuía uma independência de sua família. Após a conclusão do seu curso de graduação ela decidira se mudar para o estado em que seu namorado residia, fora de Pernambuco. Desta forma, Frida encaminhou sua vida profissional para a cidade de seu companheiro na época. Ela ingressou em um curso de mestrado e nele desenvolveu uma pesquisa sobre arte. Ela destaca que esta pesquisa proporcionou a ela uma conexão com seu feminino.

Longe da convivência familiar, Frida percebeu que precisava de cuidados em saúde devido a sensações que considerava estranhas em seu corpo. Nesse período, a partir de investigações médicas, ela foi diagnosticada com endometriose e fibromialgia. Isso já se soma com questões de saúde mental que ela enfrentava desde a adolescência.

No que é relativo às suas necessidades em saúde mental, a jovem aponta que seus pais a levaram para uma psicóloga, porque ela apresentava ansiedade pela pressão do fim de sua vida escolar e a proximidade com o vestibular. Ela pontua que:

foi quando eu tava no final no colégio, foi a primeira vez que eu me senti...é...que eu me senti com a saúde mental abalada. Até então, sei lá, era rebeldia adolescente. E foi a primeira vez que eu busquei ajuda do psicólogo, que eu senti que eu não tava bem.

Tendo esse acompanhamento profissional, Frida ingressou no ensino superior e seguiu com a construção de sua vida profissional. No decorrer do curso ela teve a oportunidade de realizar um intercâmbio e se organizou para realizar a viagem, que tinha a previsão de durar cerca de um ano. Ela relata que no início possuía uma animação com a experiência, mas que logo fora frustrada por imprevistos que não dependiam dela.

Ela fora obrigada a se mudar, tanto de residência quanto de universidade de chegada e, além disso, sem razão alguma, seu auxílio financeiro do governo do país de destino foi irrisório em comparação com outros estudantes que faziam intercâmbio no mesmo período. Junto a isso, Frida destaca que crescia um sentimento interno de desajuste consigo mesma. E nesta viagem

ela iniciou uma prática autolesiva mais intensa que já tinha dado sinais na adolescência. Nesse sentido, ela afirma que:

é...eu acho que comecei adolescente, parecia inofensivo, eu me coçava e daqui a pouco eu tava com os braços cheios, né, de arranhão. E, aí quando você vê, a mão não é suficiente e, quando você vê, está se arranhando com outras coisas.

Ela confessa que, por estar em um ambiente distante de pessoas conhecidas, o comportamento da autolesão era realizado de forma menos preocupada. No retorno para o Brasil ela aponta que desenvolveu crises de pânico intensas. E, mais uma vez, ela buscou auxílio profissional em saúde mental. Nesse meio tempo, ela conseguiu finalizar seu curso de graduação e se mudou para a cidade de seu namorado. Nesses trânsitos geográficos, Frida relata que também procurou diferentes profissionais para se cuidar, mas relata que teve períodos de difícil adaptação, principalmente com medicação psiquiátrica.

Ela afirma, nesse sentido que *nas primeiras vezes que eu fiz acompanhamento psiquiátrico, inclusive, foi muito difícil me adaptar com medicação. Então, eu neguei por muito tempo esse auxílio.* Nessa jornada ela indica que um diagnóstico psiquiátrico não havia sido apresentado para ela, havia no seu entendimento que ela possuía depressão e que seu tratamento medicamentoso e psicológico era orientado por conta disso.

No seu retorno para Recife, ela decidiu iniciar mais uma vez acompanhamento psicológico e a sua psicóloga mais recente, que a acompanhava no período das entrevistas, a encaminhou para o hospital-dia. Na instituição, a psiquiatra do serviço a informou que o seu diagnóstico era relativo a um transtorno de humor bipolar e explicou que talvez, por isso, ela sentisse dificuldade de se relacionar com o cuidado psiquiátrico. Ela aponta que a psiquiatra pontuou da seguinte forma:

ela fez 'olha, é normal nas primeiras crises depressivas ser tratado de uma forma, mas quando é uma depressão bipolar, o tratamento não é, exatamente, o mesmo. As medicações não são as mesmas, então, justifica o porquê da dificuldade de se adaptar'.

A jovem ainda aponta que sua psicóloga fez o encaminhamento para o hospital-dia, porque ela sentia que a psicoterapia não era suficiente. Aquele encontro semanal, já não dava mais contornos suficientes para o sofrimento de Frida. Assim, após decidir ingressar no hospital-dia, a instituição a acolheu e iniciou um acompanhamento intensivo. A jovem precisava estar na instituição diariamente. Isso, junto a todos os outros acontecimentos de suas

trajetórias, despertaram um sentimento de regressão. Destacamos no quadro a seguir como ocorreu a sua vinda para o hospital dia:

Quadro 16 - Frida e seu diálogo com a psicóloga

Entrevistador: por qual motivo você chegou no hospital-dia?

Frida: eu surtei, eu surtei sem...é...

Entrevistador: sem motivo aparente?

Frida: não, com vários motivos aparentes assim, né? Que fora, enfim...tem aquela bola de neve, que tem uma hora...eu já estava num processo terapêutico individual desde o começo do ano passado. Já fiz várias vezes o acompanhamento, mas parei, não sei o quê...mas esse, específico, com essa psicóloga comecei no ano passado. Ela já tinha trabalhado aqui também e, em determinado momento, ela fez “oh, eu acho que a gente não tá conseguindo sozinhas. Eu acho que a gente pode ocupar um pouco mais de tempo e tal”. E até que ela me trouxe para cá. Conseguiu que eu viesse. E eu acho que tem sido importante.

Fonte: O autor (2023)

As significações sobre o diagnóstico psiquiátrico perpassam pelo sofrimento psíquico de Frida. Elas apenas podem ser analisadas se discorrermos sobre esses fenômenos que Frida viveu no decorrer de suas trajetórias. O sofrimento é uma experiência globalizada, que envolve o sujeito em toda a sua dimensão e perdura na infinidade do tempo. Por isso, traçar as trajetórias é um passo analítico essencial. Não podemos olhar para a endometriose, a fibromialgia, a perda de emprego e a volta para a casa dos pais, como fenômenos que estão dissociados do que o diagnóstico psiquiátrico engloba.

É imprescindível ter como aspecto basilar que as vivências de sofrimento psíquico e aquilo que o diagnóstico psiquiátrico nomeia refere-se ao que é vivido na vida cotidiana, na relação com outros. O diagnóstico psiquiátrico, mesmo que apareça de maneira posterior às primeiras experiências de sofrimento, corresponde a um prisma que decompõe o que foi vivido e aquilo que virá no tempo futuro. A partir dessa perspectiva, delineamos, em conjunto com Frida, a sua trajetória experimental:

Figura 10 - trajetória experimental de Frida



Fonte: O autor (2023)

Frida afirma que quando passou a compreender que necessitava de cuidados intensos em saúde mental sentiu-se derrotada. Ela pontua que *eu me senti muito derrotada. A palavra é essa. Eu me senti muito mal de algum momento ter me iludido com a cura. E percebido, de vez, que a palavra crônica tava lá.* O sofrimento psíquico, quando nomeado e cuidado, dimensiona para Frida que ele deixará efeitos em si mesma de uma maneira inestimável. Frida peregrina por profissionais há cerca de dez anos, uma década. Isso, em algum momento, gera frustração e cansaço. A cura, como sempre desejada, não encontra Frida como ela gostaria. Assim, a partir desta trajetória experimental, partimos para a construção das trajetórias conforme as diretrizes do modelo TEM.

8.2.1 As trajetórias de Frida delineadas pelo TEM

Neste primeiro subtópico, em referência à trajetória experimental de Frida, contemplamos nosso primeiro objetivo específico: construir trajetórias de vida a partir de um tempo que não é necessariamente cronológico, mas significado pela jovem. Como apresentado no tópico 7.1, construímos as trajetórias a partir do modelo TEM proposto e discutido por Sato *et al.* (2009), Sato e Valsiner (2010) e Zittoun e Valsiner (2016).

As trajetórias foram reconstruídas em conjunto com Frida, tendo como eixo referencial o EFP. As trajetórias são delineadas, assim, a partir do EFP, que representa o ponto de chegada através daquilo que foi vivido e não vivido. O EFP foi definido por nós – pesquisador e grupo de pesquisa – também por quando decidiu Frida ser institucionalizada, já que é através desta decisão que ela acessou o seu diagnóstico, assim como Kaleb.

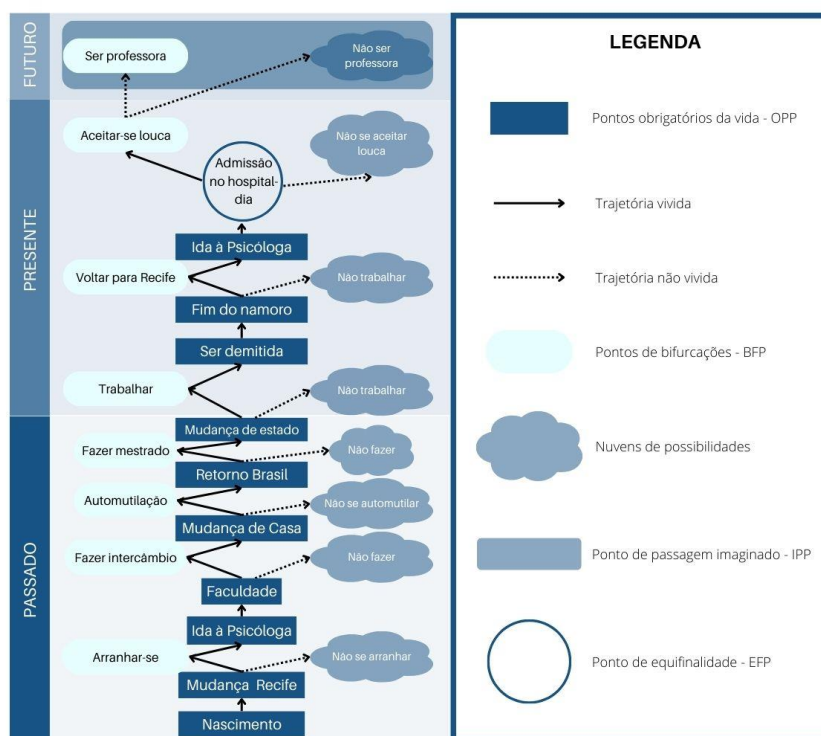
Deste modo, para reconstruir as trajetórias até o EFP consideramos cinco pontos, já apresentados no tópico 7.1. Estes pontos são: OPP, BFP, as trajetórias realçadas e tracejadas,

as nuvens de possibilidades e o IPP. Diante do que já foi apresentado sobre Frida, elencamos como principais pontos de ambivalência, que caracterizam os OPP e os BFP, os relacionamentos amorosos, a vida laborativa, a aceitação de mais um diagnóstico – neste caso o psiquiátrico – e a sua decisão de fazer parte de um hospital-dia.

Destacamos os OPP e os BFP como pontos de ambivalência, porque eles se apresentam através de dinâmicas semióticas-afetivas relacionais (Valsiner, 2012; 2014; Marková, 2017). Frida relatou que sente que o seu antigo companheiro terminou a relação com ela por sentir-se cansado das inconstâncias que ela apresentava. Por exemplo, ela afirma que é comum marcar compromissos, mas, de última hora, desiste de assumi-los por sentir dores terríveis em seu corpo e também por não se sentir motivada. Isso também tinha uma certa constância em sua vida profissional e, mesmo com sua chefe compreendendo sua situação de saúde mental, ela percebia que havia um pesar nela e também no namorado e, ainda mais, em outras pessoas de seu círculo social.

Nesse sentido, refletimos que as experiências das trajetórias sempre envolvem um outro. Desta maneira, a construção do TEM nos permitiu a perceber as mudanças que ocorreram em Frida, tendo a consideração de que o desenvolver não é conduzido por uma linearidade geral a todos (Mattos, 2013). Na figura 11 apresentamos as trajetórias de vida de Frida a partir das diretrizes do modelo TEM:

Figura 11 - as trajetórias de vida de Frida no modelo TEM



Fonte: O autor (2023)

Na reconstrução das trajetórias de Frida, partimos do nascimento como nosso primeiro OPP. Por circunstâncias familiares, a jovem nasceu em um estado diferente da maioria de sua família. Ainda bebê seus pais retornam com ela para Pernambuco, estado onde sua família possui raízes. Sobre a infância, Frida indica que não teve acontecimentos marcantes neste período, relevantes para abordar sobre a sua saúde mental. Ela destaca que foi já na adolescência que ela identificou que surgiu algo diferente em si.

Nesse sentido, ela destacou que se sentia ansiosa e nesse período iniciou, de alguma forma, uma prática de escoriação contra si mesma. Ela passou a se arranhar com frequência e seus pais ao notarem a fragilidade de sua filha levaram-na para uma psicóloga, mesmo que não fosse da vontade dela.

É importante discutir que Frida afirma não saber como o seu sofrimento, nomeado pelo diagnóstico de bipolaridade, se originou. Ela diz sentir que não vê em suas trajetórias um acontecimento marcante, que originou tudo. Desta forma, ela menciona que:

as vezes eu queria uma razão, sabe?! Às vezes eu fico torcendo para sofrer um acidente grave para eu dizer “pronto, foi isso que me deixou maluca”. Eu fico querendo inventar história, né?!

Mesmo que ela não consiga dizer como tudo começou, ela sabe que aquele sentimento de se sentir maluca está sempre presente. Podemos analisar que o significado da louca em si mesma, figura como um signo hipergeneralizado (Valsiner, 2012). A loucura, enquanto signo, é o seu infamiliar, mais familiar que pode ter. Já apontamos que pessoas loucas são indesejadas e vistas como anormais, de forma geral (Amarante, 2002; Lucena; Bezerra, 2012; Freitas; Amarante, 2017; Amarante; Pimentel, 2020), e Frida reconhece que isso faz parte de si quando afirma ser uma pessoa inconstante, que cansa os demais indivíduos. Ela sente que o seu jeito se assemelha à generalidade com que a loucura (ser maluca) é significada e esse sentir nos dá indício de que a loucura é hipergeneralizada para ela mesma.

Adiante, em suas trajetórias, temos a entrada de Frida no ensino superior e a oportunidade de realizar um intercâmbio pelo seu curso de graduação. Neste tempo de suas trajetórias, Frida precisou lidar com diversas frustrações. Sua prospecção de futuro em relação a viver em outro país não se concretizou. E a jovem encontrou na automutilação uma forma de externalizar suas emoções em seu próprio corpo (Lucena; Holanda; Belmino, 2020). Desta maneira, ela comenta que:

nossa, teve um inverno, então, que eu nem precisava esconder. Sabe, só andava de casaco. E eu não tinha...e eu acho que foi quando isso ficou mais forte. E eu acho que era porque eu não tinha nem aonde...eu não tinha para quem recorrer, eu não tinha alguém para culpar, eu não tinha em quem descontrar. É eu e eu mesma. Ou eu fazia certo ou eu fazia errado.

A dimensão emocional em Frida é tamanha que ela cessa a prática ao retornar para o Brasil, mas ela se transforma em crises de pânico. Nesse contexto, ela firma um relacionamento amoroso com um menino que residia em outro estado, a Bahia. No período de seu intercâmbio, ele já fazia parte da vida de Frida, mas o relacionamento se manteve à distância. E ela apontou que o relacionamento só tomou outra dimensão com a sua decisão de cursar o mestrado na cidade em que ele estava, o que provocou a sua mudança para perto dele.

Entretanto, essa mudança, além de os aproximar mais, revelou na intimidade como pode ser difícil construir uma relação com alguém em sofrimento. Como já mencionado, Frida indica que sente que ele cansou dela, pelas diversas oscilações e mudanças repentinas que ela apresentava. O seu trabalho também foi impactado com essas mudanças e sofrimentos que Frida apresenta.

Neste meio tempo de curso do mestrado, amadurecimento do relacionamento e emprego, Frida tomou conhecimento que possuía endometriose e fibromialgia. Os dois diagnósticos a impactaram de diferentes formas e com a bipolaridade não foi diferente. Na

construção de suas trajetórias foi notado como esses três diagnósticos, nas suas diferentes formas, se mesclam. Desta forma, Frida afirma o seguinte:

todos os diagnósticos foram muito sofridos para eu chegar até eles. Então, por muito tempo, eu fiquei “gente, o que é isso?”. Eu tô num corpo normal, que eu não sei lidar. Eu achava que você tava sentindo a mesma coisa que eu, só que você sabe lidar com isso e eu transformo em dor.

Frida destaca que para entender que possuía fibromialgia fez todo um percurso em vários médicos, que não sabiam compreender o que ela sentia. Já em uma última tentativa, ela destaca que pediu para a médica não dizer que ela estava louca, porque a sensação era essa. Ela sentia algo estranho em seu corpo e os exames convencionais não apontavam nada.

Já no âmbito do tempo presente, Frida encerrou a sua relação e, de forma muito próxima, concluiu seu curso de mestrado e se viu, também, sem emprego. Diante desses acontecimentos, ela necessitou voltar para Recife, tendo a pretensão de apenas ficar uns meses com sua família para se reestabelecer e pensar que caminho seguir. No entanto, seus planos foram frustrados pela pandemia de COVID-19 e ela permaneceu em Recife desde então, tendo a lucidez de que precisa de um acompanhamento profissional.

Ao chegar no EFP, percebe-se que Frida é encaminhada para o hospital-dia por sua psicóloga atual, o que a torna uma sujeita institucionalizada. Ela precisou aceitar tal condição, porém isso gera afetos conflitantes dentro dela mesma. Desta forma, destacamos o seguinte diálogo:

Quadro 17 - Frida e a sensação de estar em um hospital-dia

Frida: eu não sei qual é a sensação, eu não sei se é vergonha...não sei se tem um pessimismo, sabe?! De falar, porra, tô quase todos os dias da semana em algum lugar. Eu não tenho ideia de quando eu vou melhorar, se eu vou melhorar, o que é melhorar, para onde eu vou, quem vou ser. Eu tô me sentindo vazia agora. Vazia, vazia, vazia. Então, eu consigo te falar dessa pessoa que eu era, talvez eu consiga te falar o que eu queira ser. Mas agora...

Entrevistador: é como se você tivesse sem bússola?

Frida: total. Eu tô sem bússula.

Fonte: O autor (2023)

E foi nesse talvez que Frida conseguiu abordar o seu futuro, mesmo que ceifado de alguma forma, com o IPP de que ela se vê como professora universitária após concluir o seu doutorado. Em paralelo a isso, ela também reflete sobre deixar o seu lado místico vir à tona, já que ela se percebe como uma pessoa esotérica, tanto que faz uso do tarot, vez outra consigo mesma e com amigas mais próximas.

Esse misticismo não está dissociado do seu eu professora, tanto que sua pesquisa de doutorado possui relação com a arte mística. Desta maneira, apontamos no subtópico a seguir como ocorre os processos de construção de significados nas suas trajetórias.

8.2.2 “É isso, eu sou louca”: significados construídos sobre ser bipolar

Neste subtópico contemplamos nosso próximo objetivo específico que se refere por querermos compreender como os significados construídos sobre o diagnóstico psiquiátrico se relacionam às experiências anteriores e às prospecções de futuro. Frida foi informada do seu diagnóstico de bipolaridade há cerca de cinco meses e ela relata que isso a tem feito se relacionar com sua própria loucura, tendo o diagnóstico como uma referência.

Como já discutido nas trajetórias de Kaleb, de forma geral, o transtorno de humor bipolar caracteriza-se por uma oscilação entre estados de humor, o depressivo e o maníaco (Dalgalarroondo, 2008; Correia; Sougey, 2017). Essa relação com seu diagnóstico faz Frida rememorar (Silva; Lyra, 2017; Silva; Lyra, 2021) sobre o seu tempo pessoal em que ela se vê sem direção. Como já apontado ela afirma que se sente vazia. Nesse sentido, ela destaca que *a pessoa que é ansiosa e que é depressiva vive no passado-futuro e nunca no presente e parece que eu preciso olhar e fazer...é isso assim?!.*

Valsiner (2011) discute que o presente é o instante fronteiro entre o passado e o futuro. Quando Frida sente-se entre as duas extremidades do tempo, refletimos que ela não dimensiona os tempos através da fronteira do presente. O principal desafio que Frida enfrenta em relação ao seu tempo pessoal é perceber que essas balizas do tempo são processuais. Nesse sentido, destacamos o seguinte diálogo:

Quadro 18 - Frida e sua sensação de ser louca

Entrevistador: te assusta pensar “sou louca”?

Frida: me assusta todos os dias. Me assusta muito.

Entrevistador: te assusta como?

Frida: me assusta pensar e entender que é um processo. Que faz parte de mim e faz parte da minha personalidade e vai fazer para sempre. Então, toda a minha ideação suicida ou de autoflagelo, eu não quero...isso não vai passar, vou ser louca para sempre. Para que eu vou insistir em viver nesse corpo e nessa loucura, né?! Não é uma coisa que eu acho que hoje vou me curar. Entender que não é uma cura, e que é um processo de cuidado muito constantes, de estar sempre atenta...é...é isso, eu acho que fico me justificando e até me culpando. Você fica escutando muito “mas porque você está depressiva? A sua vida é tão boa, você não tem grandes problemas”. Eu não tenho uma grande história para contar, de um grande trauma, um abuso, uma violência...sabe?! A última semana, no grupo aqui, eu fiquei muito mal, porque me veio essa nóia, porque tem uma colega que sofreu muito num relacionamento abusivo, porque tem alguém que fala de uma infância...As pessoas trazem problemas muito reais das famílias. E eu tô aqui, poxa, porque eu não consigo trabalhar, porque eu precisei voltar para a casa dos meus pais por estar sem dinheiro. E eu não tava conseguindo trabalhar e eu fiz poxa... é aquela, né?! Você hierarquiza e eu falo “não sei se eu tenho problema, porque eu tô sofrendo?! Porque eu acordo todo dia com a maior dor do mundo no meu peito, se eu não passei por nada disso?!” Tem até um momento, que eu sem perceber, quando eu vi eu tava aqui e a psicóloga parou e me perguntou e eu não percebi o quanto o meu corpo tava reagindo e eu disparei a chorar. E eu fiz: é isso, eu sou louca. Tá vendo, eu estou aqui cinco dias por semana e isso não passa. Eu tô falando isso agora, rindo, mas tá doendo eu falar.

Fonte: O autor (2023)

A dinâmica em grupo do hospital-dia, evoca um processo dialógico que afeta a todos e todas que constituem a comunidade. Frida sente sua própria loucura através do que o outro provoca nela mesma. *O é isso, eu sou louca*, parece ressoar através do que Pinheiro e Leitão (2010) discutem sobre ser o excedente de visão. Existe um “ponto-cego” do eu para o si mesmo, e esse território só é explorado através do outro. O outro vê no eu aquilo que não pode ser captado por ele mesmo.

Assim, o outro é um recurso para que o sentido de eu, se reconheça através do outro, para que o eu se veja além de si mesmo. A constatação de que Frida é louca vem anunciada através da psicóloga e das reações que os outros participantes do grupo causavam nela. Ela destaca que *a psicóloga parou e me perguntou e eu não percebi o quanto o meu corpo tava reagindo e eu disparei a chorar*.

Analizamos, também, como esse processo de reconhecimento de si mesma, também é mediado afetivamente. Não podemos falar das relações dialógicas, ainda mais no contexto da saúde mental, sem considerar os processos afetivos que movem o excedente de visão. E, mais uma vez, apontamos que a loucura para Frida tem a força de uma hipergeneralização. Esse excedente de visão que é sentido no grupo terapêutico também pode ser compreendido pelo que Lyra (2011) aponta pela noção de narrativas problemáticas. A relação dialógica de Frida com o grupo provoca transformações cognitivas e afetivas. Diante desse processo, Frida elenca como tem tentado significar seu diagnóstico:

Quadro 19 - Frida e sua investigação pessoal sobre ser bipolar

Frida: eu tô com um olhar novo desde que eu tentei investigar esse processo, porque eu fico querendo achar um ciclo, né?! Eu fico querendo fazer um calendário, dizendo, poxa, “eu vou passar tanto tempo em cada ciclo”. Então, eu vou marcar com você daqui duas semanas, porque eu sei que lá eu vou estar feliz e hoje eu não tô. E não funciona assim, né?! E eu acho que faz parte de eu ter muito, recentemente, aceitado isso que eu te falei. Que a depressão me define muito e eu vou ter que lidar com isso por muito tempo e, aí, vou ter que desconstruir. E tô tentando entender de novo como é que eu consigo viver nesse processo. Eu tô realmente muito...eu não sei te dar essas respostas exatas, né?!

Fonte: O autor (2023)

Uma das características do transtorno bipolar é a inconstância, de acordo com Frida. Porém, ela demonstra querer encontrar uma constância na sua própria inconstância. Valsiner (2012) argumenta que as construções de significados se originam através da relação de opostos. Refletimos, assim, que Frida significa a si mesma, enquanto louca, através do que é paradoxal, ou seja, na busca por uma estabilidade entre a tristeza e a euforia.

Correia e Sougey (2017) comentam que a bipolaridade se caracteriza por uma morbidez de variações de humor. Frida sente-se ora com vontade e prazer de realizar algo e em um outro momento não sente a mesma disposição. Isso compromete suas relações sociais, tanto no âmbito afetivo-social, quanto laboral. Ver-se desta forma para a jovem gera um desgaste, porque a variação de humor não é relativa apenas a “quero ou não quero”; “consigo ou não consigo”.

Nesse sentido, Frida tece o seguinte comentário: *parece que eu tenho que gastar metade do meu tempo só para viver nesse corpo, qualquer unha que eu encravar, vai parecer que passou do limite. Parece que eu tô sempre no limite de lidar com o corpo.* A partir disso, destacamos o seguinte extrato de fala que destaca como Frida tem aceitado sua bipolaridade:

Quadro 20 – Frida e a aceitação do seu diagnóstico

Frida: eu já percebi que me sinto bem sozinha, ainda mais sendo anônima. Como o vínculo para mim é difícil, eu sinto que sou uma pessoa de poucos amigos, mas não falo isso de uma maneira negativa. Poucas pessoas que são, extremamente, próximas. A gente já falou sobre isso na outra sessão. Criar um vínculo para mim é muito difícil, a estabilidade de afeto para mim é muito difícil. E eu tenho percebido isso, voltando nesses para últimos meses, que eu tô tentando entender se esse diagnóstico me cabe, de fato. Faz sentido, né?! Porque eu me envolvo muito rápido e saio muito rápido. Eu agora marco uma coisa com você no final de semana e tô muito empolgada. E, quando chega no sábado, não consigo sair de casa. Então, viver esses pouquinhos parece mais fácil do que me estabelecer e aceitar. Parece que...agora que eu tô formulando isso, me faz sentido. Talvez essa vida nômade escondeu um pouco, o trabalhar junto com essa mudança.

Fonte: O autor (2023)

Diante destas questões apontadas por Frida, percebe-se que há a predominância de vozes que originam a posição do eu que analisamos como “eu louca”. Em nossa perspectiva essa posição dominante é formada por outras duas posições que se complementam, sendo a posição “eu instável” e “eu sozinha”. Assim, nota-se que Frida não resiste aos significados que constituem o seu diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, essa concordância com seu diagnóstico traz para a jovem afetos negativos direcionados para si mesma.

Como já discutido, os significados que circulam em torno da loucura são de conotação preconceituosa e excludente (Lucena; Bezerra, 2012; Pimentel, AMARANTE, 2020). Ao manter estes significados para si mesma, Frida abandona os significados coletivos que estão relacionados com a noção de juventudes. Diante do que já foi discutido no subtópico 4.2, existe um ideal de felicidade maníaco para jovens. Essa metáfora em alusão ao transtorno bipolar revela o quanto espera-se que jovens definam suas vidas a partir da estabilidade ao conquistar um bom emprego e ascender socialmente.

Isso, inclusive, relaciona-se com a lógica neoliberal em que vivemos atualmente. O ideal maníaco de felicidade, na verdade, é um projeto de produção. Acredita-se em um modelo de felicidade único a fim de que ele seja padrão para que os sujeitos não deem espaço para as suas singularidades. Logo, quando a posição do eu “eu louca” predomina, e Frida constrói seus significados sobre a bipolaridade a partir dela, o que se tem são significações sobre instabilidade e, principalmente, solidão. Quando Frida pontua que seu antigo namorado cansou dela devido às suas inconstâncias, ela rememora esse passado a partir do diagnóstico psiquiátrico e prospecta um futuro de difícil vivência. Desta maneira, apresentamos no quadro a seguir como

se dá as relações entre as posições “eu instável” e “eu sozinha”, que conferem a base para a posição dominante “eu louca”.

Quadro 21 – Frida e suas posições do eu

Posições do eu	Caracterização	Citações ilustrativas
Eu instável	Esta posição origina-se de diálogos internos e pode-se afirmar que ela é uma parte constituinte da posição “eu louca”	<i>eu vou marcar com você daqui duas semanas, porque eu sei que lá eu vou estar feliz e hoje eu não tô</i> ↓ <i>a estabilidade de afeto para mim é muito difícil</i>
Eu sozinha	Esta posição também mostra-se como uma parte da posição “eu louca”, também através de diálogos internos	<i>eu já percebi que me sinto bem sozinha, ainda mais sendo anônima</i> ↓ <i>eu sinto que sou uma pessoa de poucos amigos</i> ↓ <i>Criar um vínculo para mim é muito difícil</i>
Eu louca	Essa posição emerge de diálogos internos que Frida tem consigo mesma. Ela internaliza vozes de outros indiretas e constrói vozes que sustentam essa posição	<i>me assusta pensar e entender que é um processo</i> ↓ <i>isso não vai passar, vou ser louca para sempre</i> ↓ <i>Não é uma coisa que eu acho que hoje vou me curar</i>

Fonte: O autor (2023)

Um dos aspectos que dificultam a relação que Frida desenvolve consigo mesma, é de entender que sua condição de saúde mental, seja pelo diagnóstico ou não, é um processo. De acordo com o DSM (Apa, 2014), o profissional de saúde mental necessita de tempo para entender se o sujeito possui algum diagnóstico ou não, e, nesse sentido, a própria pessoa também precisa viver esse tempo, se relacionar com o profissional para que juntos eles possam cuidar da saúde mental, mesmo que haja um diagnóstico ou não. Por isso, falar em cura em

saúde mental é complexo. A cura, popularmente como é conhecida, é uma noção que advém de outras experiências com doenças diversas que não abarca o campo da saúde mental, necessariamente.

Sobre seu processo de cuidado com sua saúde mental, Frida afirma o seguinte: *teve os últimos dois anos que foram confusos. Eu cheguei a ir em mais de uma psicóloga e mais de uma psiquiatra. A primeira levantou borderline, e me tratou para isso, e não fazia sentido para mim.* A partir deste fragmento, recordamos que Frida já passou por outra profissional da psiquiatria que tratou sua depressão, mas sem sucesso. Acompanhada por outra profissional, ela explica para a jovem que a depressão bipolar se trata de outra forma. Por isso, mais uma vez, reiteramos que o tempo em saúde mental é um processo que necessita ser levado em consideração. Os diagnósticos psiquiátricos são elementos íntimos da vida cotidiana.

Outra dinâmica que envolve o processo de cuidado em saúde mental é a das medicações. Cada transtorno, com sua dinâmica, é tratado com esquemas medicamentosos diferentes. Essa combinação precisa ser feita de forma responsável e cuidado, no entanto, Freitas e Amarante (2017) discutem que não é bem assim que ocorre a prescrição dos medicamentos. A medicação tem a sua importância no cuidado, mas os autores apontam que na prática o que ocorre é uma medicalização, as pessoas calam seus processos de afeto com remédio em demasia. Desta forma, Frida relembra sua experiência:

e todas as medicações que eu tomei na época (nos últimos dois anos), me destroçaram. Se não era corporalmente, era...eu não vou lembrar o nome da medicação, mas era um inibidor cognitivo, que eu me senti burra. Por meses, eu não conseguia pensar, eu não conseguia raciocinar. E eu sentia que era a medicação fazendo isso comigo. Ah, você só não vai ter pensamento suicida, se você não pensar em nada. Tem uns remédios que eu não entendo como funcionam. Você não vai sentir tristeza, se não sentir nada. Eu fiquei um zumbi por muito tempo. E não fazia sentido.

Em uma discussão sobre medicalização e consumo, Alvarenga e Dias (2021) apontam que a busca pela medicação não condiz necessariamente em uma busca pelo cuidado. O uso de medicações, atualmente, ocorre de forma desenfreada a partir de diversas áreas da vida. Os autores comentam que o uso de remédios psiquiátricos é significativo por parte de pessoas que desejam produzir mais, serem mais efetivas no trabalho, por exemplo. O silenciamento dos pensamentos e emoções consideradas negativas, desta forma, é uma condição essencial para que se atinja um nível produtivo desejado.

Os autores ainda discutem que tal processo ocorre, porque a medicina é um saber que tem o valor da verdade social. Desta maneira, eles afirmam que “trata-se de uma espécie de

ortopedia social relacionada diretamente ao modo que se exerce o poder sobre a população, sem que seja necessário atuar de forma coercitiva e repressiva” (Alvarenga; Dias; 2021, p. 3).

Quando se há uma busca pelo “não pensar” e “não raciocinar”, o que se quer de Frida é um apagamento de suas oscilações de humor que a tornam improdutiva. Nesse sentido, Frida aponta, no quadro 22, como ocorrem seus episódios.

Quadro 22 – Frida e seus episódios de mania

Entrevistador: como são seus episódios de mania?

Frida: essa é a minha maior investigação recente, assim...porque eu sinto que eu tenho uma hipomania. E eu sinto...bem, qual a minha ideia da bipolaridade?! Que a mania é uma euforia descontrolada, de você fazer muitas coisas e se arrepender, sair de si e eu nunca me senti nesse lugar. Na verdade, quando eu tô em mania, eu até me sinto mais equilibrada, mais eu assim. Eu percebo totalmente assim, descontrolo financeiro, drogas, sexo, rock...sabe, eu entro nesse personagem. Mas eu não sei se eu, sei lá, lidei com isso como um tabu na minha vida e nunca parei para me arrepender, sabe? Mas esse último ano, e aqui, principalmente, eu tenho tentado fazer essa rememoração, né?! Poxa, quando será que eu estava nesse período?! Que eu não percebi.

Fonte: O autor (2023)

A partir do fragmento de fala acima, nota-se que há a composição de duas posições: a “eu maníaca” e a “eu depressiva”. O resgate desta última posição ocorre através dos quadros 18 e 19 em análise com o quadro acima. Analisamos que estas duas posições formam uma tríade com a posição “eu louca”. As três posições relacionam-se complementando umas às outras. Nesse sentido, Frida constrói seus significados sobre a bipolaridade a partir destas três posições, que estão em sintonia.

A seguir apresentamos um quadro que exemplifica estas duas posições mencionadas:

Quadro 23 – Frida e as posições maníaca e depressiva

Posições do eu	Caracterização	Citações ilustrativas
Eu maníaca	Esta posição caracteriza também por uma relação interna consigo mesma	<i>eu até me sinto mais equilibrada</i> ↓ <i>Eu percebo totalmente assim, descontrolo financeiro, drogas, sexo, rock...sabe, eu entro nesse personagem</i>
Eu depressiva	Esta posição se constitui através de vozes outras indiretas em relação com uma voz própria, resultado de diálogo interno	<i>“mas porque você está depressiva? A sua vida é tão boa, você não tem grandes problemas”</i> ↓ <i>a depressão me define muito e eu vou ter que lidar com isso por muito tempo e, aí, vou ter que desconstruir</i>

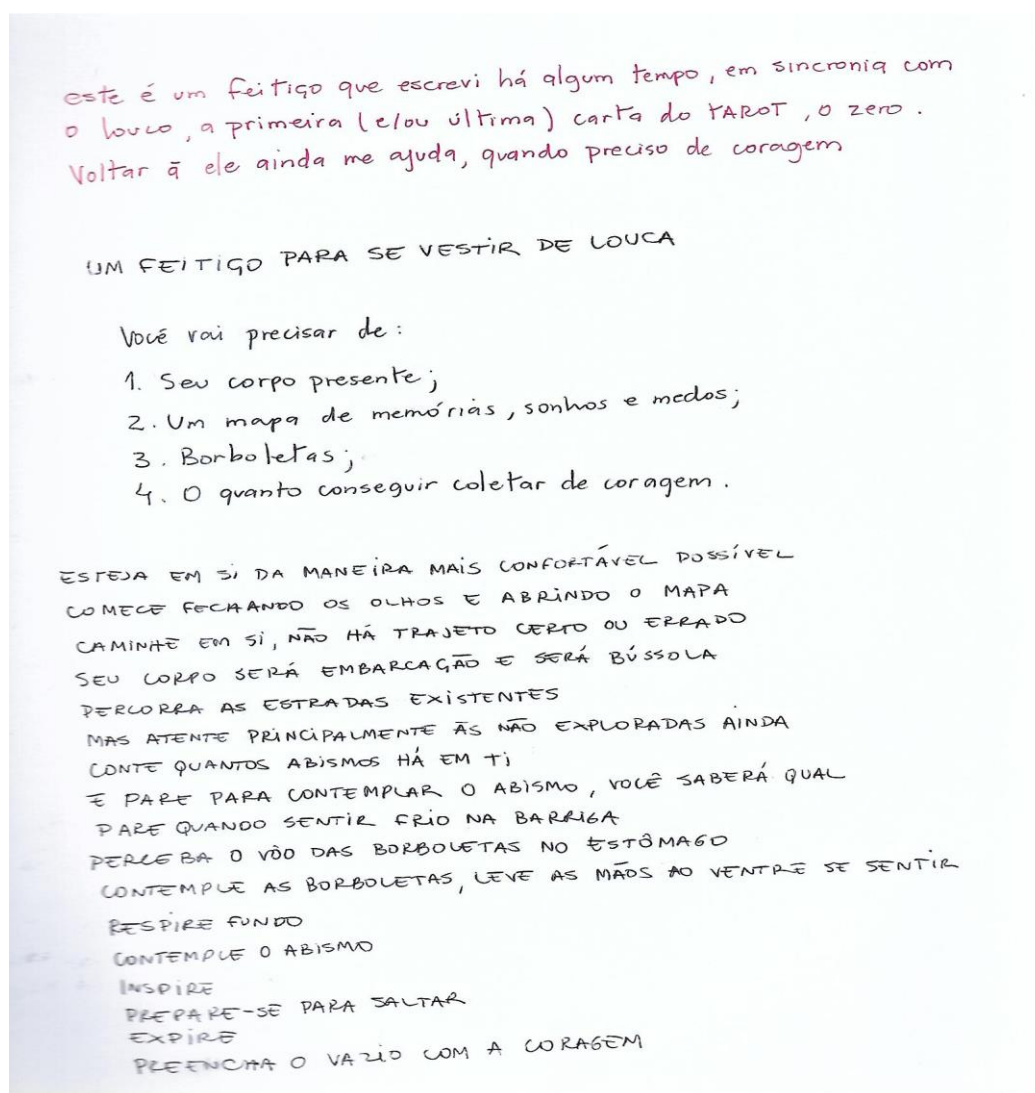
Fonte: O autor (2023)

Nota-se que as três posições estão em sintonia, e, nesse sentido, Frida significa a bipolaridade a partir delas. Analisamos que a loucura, enquanto signo hipergeneralizado, acompanha Frida em suas trajetórias. Desta forma, ela o internaliza e constitui-se por meio das três posições destacadas. Ela não resiste ao diagnóstico psiquiátrico, mas essa aceitação de sua parte provoca afetos negativos direcionados a si mesma.

É no que paira sobre o imaginário social sobre a loucura, que Frida busca construir suas trajetórias. Notamos, durante as entrevistas, que nos relacionamos com uma jovem ainda em sofrimento, sem muita perspectiva futura. O curso de doutorado era a única bússola que ainda a direcionava para um determinado lugar: ser professora. Quanto às prospecções de futuro, ela alegou diversas vezes que não saberia como nos fornecer dados sobre ele. Refletimos, assim, que um passado traumático compromete as prospecções de futuro, que são imaginadas através de tensões e ambivalências.

Nesse processo de aceitar-se louca, Frida nos trouxe em seu scrapbook um feitiço que criou para si. Ele é um símbolo de coragem para ela, visto que através dele ela tenta se conectar a sua singular loucura. Na imagem a seguir, compartilhamos o feitiço de sua autoria.

Figura 12 – Frida e o feitiço da louca



Fonte: O autor (2023)

De acordo com Beloni (2021), a carta do louco, tendo como referência o Tarot de Marselha, é um arcano que não possui uma numeração. Ele pode tanto ser o início quanto o fim do baralho. Isso se relaciona com o que a autora citada discute sobre o louco ser um andarilho. Ela afirma que “o andarilho representa um impulso que vem de sua alma e segue por um caminho sem saber onde esse caminho vai dar, apenas sente que deve ir” (Beloni, 2021, p. 23).

Frida, em nossos encontros, com constância afirmava que não sabia para onde ir, mesmo já tendo alçado uma excelente trajetória acadêmica e seu trabalho a levado para lugares além de Recife. O sentimento de se sentir sem direção estava sempre ali, à espreita. Gonçalves e Reily (2010) ao discutirem os aspectos iconográficos da carta do louco, destacam que nos diferentes baralhos o louco indicava uma concepção social do que era entendido sobre a loucura. Nesse sentido, elas apontam cinco cartas de diferentes baralhos:

Figura 13 - a carta do louco nos Tarô de Jacquemin Gringonneur c.1392, Visconti-Sforza c.1450, Mantegna c.1465, Mitelli c.1665 e Noblet 1650 (da esquerda para a direita)



Fonte: Gonçalves; Reily (2010)

A quinta carta, da esquerda para a direita, é sobre a qual Beloni (2021) discute, a que originou o Tarot de Marselha. Mas, o que vemos em comum em todas elas, é de que o louco demonstra ir em direção para algum lugar. Tanto que a quarta e quinta carta apresentam uma noção de movimento evidente. Essa ideia de movimento reflete muito bem o feitiço de Frida. Ela convida, a quem se interessar, que ande por dentro de si mesmo ou si mesma.

“Para se vestir de louca” é reconhecer a própria loucura como um lugar de força, mesmo que não se tenha um lugar para a louca, o que ela pede é o caminhar. Se trata mais sobre seguir do que ficar, ter uma fixidez. Nesse sentido, quando Frida aborda que seu doutorado é em outro estado, fora de Pernambuco, ela conclui: *eu gosto da ideia de morar no X por seis meses, depois quem sabe para onde eu vou. Eu gosto muito de viajar sozinha. Botar uma mochila e ser meio nômade*”.

Tanto na carta, quanto na afirmação mencionada e no feitiço, notamos que a loucura é uma experiência sentida na solidão, em alguma medida. Os abismos que Frida convida para encarar, só podem ser vistos pela própria pessoa que os detém. Mas, para que isso aconteça, compreendemos que Frida precisa se acessar através de outros. A loucura, assim, tem uma parcela de singularidade. Porém, ela só é sentida por meio das relações eu-outro (Pinheiro; Leitão, 2010).

8.2.3 Os significados pessoais de Frida e os significados coletivos em relação ao diagnóstico psiquiátrico

Neste subtópico contemplamos nosso último objetivo específico que tem o intuito de identificar as relações estabelecidas entre os significados coletivos e individuais. Diante disso, necessitaremos fazer alusões aos significados discutidos no subtópico anterior. No que concerne aos significados coletivos, compreendemos que, a partir dos nossos conteúdos, será possível tecer discussões em torno do trabalho e do amor.

Frida é uma jovem que já tem experiência profissional, além de acadêmica. Seu percurso profissional ocorreu enquanto morava junto ao antigo namorado. Ela relata que, além do seu estado de saúde mental, a fibromialgia também foi uma questão que influenciou sua vida laborativa. A jovem informou-nos que trabalhou em uma empresa, aonde desempenhava funções em um escritório. Seu trabalho exigia que ela trabalhasse, basicamente, de frente para um computador, respondendo a uma chefe.

Antes de sentir sua saúde mental fragilizada novamente com mais intensidade, Frida foi diagnosticada com fibromialgia enquanto estava neste emprego. Por vezes, ela indicou que sua chefe demonstrava compreensão, mas, por outro lado, dava indícios de que estava próxima do limite de entender o que acontecia com sua subordinada, já que devido as suas dores corporais, ela não conseguia produzir como era esperado.

O diagnóstico psiquiátrico, nesse sentido, figurou como uma soma a esta questão da fibromialgia. Antes dela receber seu diagnóstico, Frida foi demitida e retornou para o lar de seus pais, além de que a sua relação amorosa chegou ao fim. Sobre esse contexto, Frida comenta o seguinte:

esse desandar profissional, por mais que eu não acredite nisso, tem uma pressão da coisa, do caminho, de ganhar dinheiro, de ter um emprego estável, de casar, de ter filhos, de ter casa. E eu não tô checando nada dessa lista. Essa pressão me dá uma consumida.

Durante a juventude, o trabalho é um fenômeno que comumente adquire importância. Ravasco, Maia e Mancebo (2010) argumentam que o trabalho é um processo que faz parte da noção de projeto de vida para as juventudes. Os autores destacam que o conceito de projeto de vida deriva justamente da noção de que existe um tempo futuro e de como o sujeito pode se projetar em direção a ele. Desta forma, discute-se que “o projeto carrega consigo a necessidade colocada na sociedade ocidental de que é preciso definir e descobrir o que o indivíduo quer e pretende” (Ravasco; Mais; Mancebo, 2010, p. 382).

Por outro lado, isto não é simples quando se considera as questões de trabalho. A sociedade neoliberal em que vivemos, cada vez mais, precariza as relações de trabalho (Lima, 2019). O mercado neoliberal deseja aquele sujeito que se doa integralmente para a cadeia produtiva, com a menor probabilidade de geração de prejuízos (Safatle, 2021). Nesse sentido, mesmo que Frida aceite sua condição diagnóstica, o futuro é impactado pelas tensões neste processo. Isso compromete toda a sua imaginação frente a como pode desenvolver sua carreira.

A partir disso, Frida nos mostra como seus sentidos em direção ao futuro estão em constante ambivalência. Ela afirma que *eu tô tão desmotivada, que eu não consigo ver para frente. Eu não tenho a força de ter um objetivo para seguir*. Logo, esta é a primeira relação que identificamos entre a esfera pessoal e o significado coletivo sobre o trabalho.

Outro ponto de destaque nas trajetórias de Frida é o amor romântico. Ela destaca como experiência mais marcante o seu relacionamento de, aproximadamente, seis anos com seu ex-namorado com quem morou. Algo que marcou esta relação, segundo Frida, é o cansaço dele por ela, mas também a falta de entendimento com suas questões de saúde mental. Deste modo, ela comenta o seguinte:

Quadro 24 – Frida sobre como explicar sua condição de saúde mental

Entrevistador: uma coisa muito difícil, na saúde mental, é porque estamos falando de algo que não tem corpo, ao mesmo tempo, que é algo que se manifesta no corpo. Imagino que os psiquiatras que você já foi, dificilmente, passaram algum exame. Não tem como a gente dizer “é essa célula, o problema tá aqui”.

Frida: é isso, não tem um espirro! Não tem uma matéria. Então, é muito doido eu acordar sem conseguir me mexer de dor. E aí, como eu digo isso?! Como é que soa de uma forma que não pareça vitimismo ou frescura?! Olha, hoje não posso fazer nada, porque meu corpo está incapacitado, não quer funcionar. É uma dor absurda! Dar nome para isso me aliviou, dar nome...

Fonte: O autor (2023)

Barthes (2018, p. 89) afirma que “ao perceber repentinamente o episódio amoroso como um nó de razões inexplicáveis e de soluções bloqueadas, o sujeito exclama: quero compreender!”. Frida relatou nas entrevistas que tanto no trabalho, quanto com o namorado e até com os amigos tentava explicar-se para eles. Na primeira explicação, costumavam entender; na segunda, entendiam, mas com pesar; na terceira em diante, já encontrava resistências quanto ao que era dito.

No caso do amor, é necessário pontuar que, inevitavelmente, ele é uma experiência relacional, seja consigo ou com outros (Suy, 2022). Suy (2022) comenta que o amor é um exercício contínuo de perceber que estamos sozinhos, mas de que, ao mesmo tempo, é também um exercício em que se compartilha a solidão. No campo da saúde mental, é difícil explicar uma causa para os diagnósticos psiquiátricos, justamente por ele ser resultado de uma experiência múltipla que envolve o corpo em relação com seu ambiente através de processos culturais.

Nesse sentido, torna-se complicado para o parceiro amoroso entender o que se passa com sua amada ou amado, até porque em momentos de crise ou falta de ânimo, a parceira – neste caso, Frida – se ausenta da relação, dos acontecimentos da vida cotidiana. O compartilhar fica comprometido no contexto da experiência amorosa.

Resgatando o quadro 19, Frida comenta que tenta encontrar um ciclo para as suas oscilações de humor a fim de se precaver. Nesse sentido, ela afirma que *eu vou marcar com você daqui duas semanas, porque eu sei que lá eu vou estar feliz e hoje eu não tô. E não funciona assim, né?!.* Suy (2022, p. 27) comenta que:

“encontrar a infelicidade no amor é muito mais fácil do que encontrar a felicidade, assim, seguimos encantados e extremamente interessados pela experiência amorosa, mas muito desengonçados ao vivê-la”.

É por isso, com base na autora acima, que Frida insiste em tentar encontrar um ciclo. A experiência amorosa é múltipla e não se realiza apenas com um namorado, mas ama-se também os pais e os amigos, por exemplo. Ao não conseguir compartilhar a sua solidão Frida fica impossibilitada de viver plenamente a experiência amorosa.

Barthes (2018, p. 137) destaca que a experiência amorosa é um discurso e nele “existem figuras que se agitam segundo uma ordem imprevisível”. Pensamos, assim, que pela experiência já ser incapaz de previsibilidade, no caso de Frida, ela se torna ainda mais complexa, porque o autor referido ainda comenta que a figura amorosa tenta retornar ao arrebatamento inicial que gerou as figuras que se agitam. Amar é um fenômeno movido pelo atrito, aquilo que Suy (2022) chama de paixão. Manter uma relação constante torna-se, assim, uma tarefa difícil. Nesse contexto, Frida expressa suas vivências amoras no *scrapbook* e destacamos, assim, a seguinte figura:

Figura 14 – recorte do scrapbook de Frida



Fonte: O autor (2023)

A partir deste fragmento do *scrapbook*, nota-se como Frida é pressionada pelos significados coletivos que estão indicados pelos olhos, que estão dispostos em direções diferentes. Analisamos que internalizar os significados, no contexto dos diagnósticos psiquiátricos, mesmo que eles não sejam confrontados, gera sofrimento. Além disso, as

rememorações, com vistas ao futuro, impactam os processos imaginativos que direcionam o sujeito ao processo de mobilidade psíquica (Cangiá; Zittoun, 2020).

O amor para Frida, nesse sentido, é um constante “tentar de novo”, visto que ela escreve que “falhou de novo”. A sombra que paira sobre ela pode ser entendida como a posição do eu “eu deprimida” discutida no subtópico anterior. Nesse processo de construir-se, em relação ao amor, Frida afirma o seguinte:

eu sou alguém que vive cada um desses pedaços com a intensidade exaustiva de quem nada contra a maré, perseguindo uma ilha onde todas que sou possam ser um e eu seja finalmente alguém que pode descansar: apenas ser. Ser o que for, ser aberta ao mistério, a mim, ao outro.

Mesmo que Frida nomeie sua experiência diagnóstica como um ciclo, refletimos que suas vivências, na verdade, não fazem parte de um ciclo, visto que a jovem não é mais a mesma a cada situação que vive (Vigotski, 2007). As relações com outros, mesmo que sejam uma condição prévia para a nossa existência, não se repetem, transformam-se.

Frida conclui seu scrapbook com uma frase que mostra que o seu futuro, mesmo reprimido, ainda assim, é o caminho para a transformação desta sombra. Dessa maneira, ela afirma que *eu sou uma fantasia e sou uma expectativa*. Portanto, esta é a relação que os significados pessoais de Frida estabelecem com o amor.

9 CONSIDERAÇÕES, CONTRIBUIÇÕES E DIREÇÕES FUTURAS

Este estudo visou investigar as construções de significados sobre o diagnóstico psiquiátrico com dois jovens usuários de um hospital-dia, entendendo que os significados são construídos a partir de uma dinâmica relacional com outros e que, desta forma, eles orientam a formulação das trajetórias de vida. Compreendemos que o diagnóstico nomeia experiências de sofrimento que são vividas no decorrer do curso da vida. Assim, essa nomeação ocorre de forma complexa e resulta do conflito existente dentro do campo da saúde mental, visto que há dois paradigmas opostos que coexistem e sustentam o campo atualmente.

Deste modo, o diagnóstico psiquiátrico além de uma nomeação, é uma orientação que o profissional da saúde mental usa para si, na medida em que pauta sua atuação através do paradigma manicomial ou paradigma psicossocial. A concepção manicomial visa aniquilar o sujeito através de um processo que é conhecido como “mortificação do eu” (Goffmann, 1961; Lucena, 2020). Por outro lado, a perspectiva antimanicomial compreende que o indivíduo deve ser cuidado em liberdade, tendo a dinâmica dialógica como princípio.

O hospital-dia é um instrumento institucional que orienta uma visão de cuidado antimanicomial. Um dos jovens deste estudo teve experiências de atenção pelos dois paradigmas ao passar por uma comunidade terapêutica e ser admitido no hospital-dia. As diferenças práticas de atenção ao jovem explicitam as divergências conceituais entre as visões de saúde mental.

Desta maneira, pensa-se como direcionamento futuro um estudo com profissionais de saúde mental a fim de compreender como eles e elas se posicionam dentro desse conflito e baseiam sua prática profissional, pois esse é um limite desta pesquisa. Não houve uma dedicação para um estudo com profissionais do contexto da saúde mental. Assim, este direcionamento futuro pode ser importante, porque o encontro do paciente com o profissional é envolvido por processos histórico-culturais complexos.

Comunicar o diagnóstico psiquiátrico para um sujeito compreende uma rede de fenômenos. Isso engloba tanto a forma como o conhecimento *psi* vem sendo estruturado, quanto como os sujeitos necessitados de cuidado significam e respondem a esta gramática de forma cognitiva e afetiva. O estudo em questão, desta maneira, analisou a responsividade dos jovens frente a essa rede complexa de atenção, o que faz dos jovens protagonistas deste contexto. Mesmo que seja uma pesquisa dedicada ao estudo de caso, a singularidade é um processo importante para entender as especificidades das juventudes, que são complexas e mutáveis diante dos movimentos sociais e históricos da nossa sociedade.

Independente de como a prática profissional é estruturada, o diagnóstico psiquiátrico relaciona-se com aspectos da vida cotidiana. Nesse sentido, neste estudo, ele foi analisado a partir da perspectiva das trajetórias de vida e da dialogia, tendo como orientação os significados que são construídos nesse processo. Foi discutido que o diagnóstico é um elemento que figura através de experiências traumáticas que impactam a (re)construção do passado rememorado e do futuro imaginado. Nomear o que foi vivido e, também, o que não foi vivido redimensiona vivências traumáticas do passado, entretanto o futuro, visto como um campo infinito de possibilidades, no sujeito sofredor é impactado pelas compreensões diagnósticas e os processos que as sustentam.

Cada jovem participante desta pesquisa significou seu diagnóstico através de posições do eu diferentes. Um deles resistiu ao diagnóstico e o significa como um processo exterior a ele. O diagnóstico é significado a partir daquilo que ele não quer ser. Este jovem, inclusive, desenvolve significados pessoais conflitantes com os significados coletivos.

A segunda jovem não resiste aos significados em relação ao seu diagnóstico, ela o incorpora a sua unidade de eu. Porém, ela também significa que, ao aceitar seu processo de saúde mental, ela será uma jovem que viverá na solidão, porque ela compreende que se relacionar com alguém diagnosticado é uma tarefa difícil, para os dois polos desta relação – tanto ela, quando o outro.

Por fim, o futuro que é prospecto por tensões e ambivalências no contexto dos jovens com seu diagnóstico, condiz com aspectos da vida em sociedade que são importantes para uma enorme gama de sujeitos: o trabalho, o amor e a estabilidade na adultez. Ambos os jovens, mesmo tendo uma profissão e conquistado um ensino superior completo, ainda se veem sem uma perspectiva profissional devido às suas condições de saúde mental. Uma das jovens ainda destacou que seus momentos de fragilidade impactavam na sua produção profissional, o que a fazia ter que se explicar para sua chefe, que ora demonstrava entender e, em outro momento, nem tanto.

Quanto ao amor, os dois jovens desejam viver uma relação com parceiros que os compreendam. Eles já passaram por términos de relação amorosa e apontaram como é difícil encerrar o compromisso e perceber que sua saúde mental é um fator que foi considerado para o fim acontecer. Desta forma, eles veem como estão distanciados da estabilidade imaginária que a adultez proporciona em diversos sentidos.

Por fim, pensa-se em mais um direcionamento futuro: uma pesquisa que contemple a relação do trabalho com a saúde mental de jovens. Uma identidade profissional, frente a essas

demandas de saúde mental, torna-se fragilizada, ainda mais quando eles percebem que não conseguem responder a dinâmica de trabalho que, normalmente, é exigida de um trabalhador.

Deste modo, portanto, essa pesquisa não se encerra nela mesma, outros desdobramentos são possíveis. Nesse sentido, este estudo compõe apenas um aspecto parcial do processo de significar o diagnóstico psiquiátrico, frente a um sujeito que se relaciona com signos e o outro. O sujeito semiótico-dialógico, defendido por nós, representa uma arena de profundos estudos que podemos continuar investigando.

REFERÊNCIAS

- ABBEY, E.; ZITTOUN, T. The Dynamics of Social Science Research: Between Poetry and the Conveyer Belt. **Qualitative Studies**, v. 1, n. 1, 2010, p. 2-17.
- AGUIAR, M. B. “**Marcas (in)visíveis**”: a dinâmica rememorativa-imaginativa na (re)construção do self dialógico dos adolescentes que praticaram autolesão. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Cognitiva) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2019.
- ALARCÓN, R. D.; FREEMAN A. M. Rutas ontológicas de la nosología psiquiátrica: ¿Cómo se llegó al DSM-5?. **Rev Neuropsiquiatr**, [s. l.], v. 78, n. 1, p. 35-45, fev. 2015.
- ALBUQUERQUE, V. M. G. L. S. **Entre os “bicos” e as “bocas”**: a rememoração na construção de significados de si com participantes do programa “centro de justiça terapêutica TJPE”. Dissertação (Mestrado em Psicologia Cognitiva) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2021.
- ALVARENGA, R.; DIAS, M. K. Epidemia das drogas psiquiátricas: tipologias de uso na sociedade do cansaço. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 33, p. 1-15, 2021.
- ALVES, E. S.; FRANCISCO, A.L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- ARIEVITCH, I. M.; STETSENKO, A. The “magic of signs”: Developmental trajectory of cultural mediation. In: YASNITSKY, R.; FERRARI, M. (eds.). **The Cambridge handbook of cultural-historical psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. p. 217-244.
- ARNETT, J. J. New horizons in research on emerging and young adulthood. In: BOOTH, A.; BROWN, S. L.; LANDALE, N. S.; MANNING, W. D; MCHALE, S. M. (Orgs). **Early adulthood in a family context. National Symposium on Family Issues**, 2012.
- ARNETT, J. J. The Evidence for Generation We and Against Generation Me. **Emerging Adulthood**, [s. l.], v. 1, p. 05-10, 2013.
- ARNETT, J. J. The Psychology of emerging adulthood: whats is known, and what remains to be known?. In: ARNETT, J. J.; TANNER, J. L. (org). **Emerging adults in America**: coming of age in the 21st century. 1. ed. Washington: APA, 2006.

ARRUDA, M. de S. *et al.* Endometriose profunda: aspectos ecográficos. **Femina**, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 367-372, jul. 2010.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AVELING, E.; GILLESPIE, A.; CORNISH, F. A qualitative method for analysing multivoicedness. **Qualitative Research**. v.15. n. 6, p. 670-687, 2015.

BANZATO, C. E. M.; PEREIRA, M. E. C. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. *In*: ZORZANELLI, R.; JUNIOR, B. B; COSTA, J. F. (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 35-54.

BARROS, A. C. F.; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 60-74, 2017.

BARTHES, R. **Fragments de um discurso amoroso**. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

BARTLETT, F. C. **Remembering**: a study in experimental and social psychology. New York: Cambridge Univ. Press, 1932.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BELONI, L. **A estética das ilustrações do tarot de marseille**: uma nova plasticidade poética. 2021. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Artes Visuais) – Faculdade de Artes e Comunicação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2021.

BERRIOS, G. E. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. **Rev. Psiq. Clín**, v. 35, n. 3, p. 113-127, abr. 2008.

BOCK, A. A Psicologia como Profissão: entrevista com Ana Bock. **Psicologia Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 30, n. especial, p. 247-258, 2010.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, I Seminário de Educação em Campinas, Conferência, n. 19, p. 20-28, jan./fev./mar./abr. 2002.

BORGE, S.; MONTEIRO, R. O sofrimento psíquico de crianças e jovens nos dias atuais (Entrevista com Edson Saggese). **Desidades** – revista eletrônica de divulgação científica da infância e juventude, n. 22, ano 7, 2019.

BRASIL. **Atlas da violência**. Brasília: Ministério da Economia, [2021]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. **Estatuto da Juventude:** atos internacionais e normas correlatas. Brasília: Senado Federal – Coordenação de Edições Técnicas, [2013]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm . Acesso em: 28 de dezembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Palácio do Planalto, [2001]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de internações de longa permanência. Brasília: Palácio do Planalto, [2003]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde –Diário Oficial da União, [2017]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 de dezembro de 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Palácio do Planalto, [2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 04 abr. 2022.

BRINKMANN, S. ‘Mad or normal? Paradoxes of contemporary diagnostic cultures’ i. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, [s. l.], n. 26, p. 169-183, 2017.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, dez. 2012.

CASTRO, M. A. El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico: el dolor de la locura. **Revista Perspectivas**, [s.l.] n. 35, p. 51-74, abr, 2020.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, dez. 2005.

CLARK, G.; NASCIMENTO, S. P.; CORRÊA, L. A. Estado regulador: uma (re)definição do modelo brasileiro de políticas públicas econômicas. In: ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA O CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI, 17, 2008, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2008. p. 4180-4196.

COELHO, M. T. A. D.; FILHO, N. A. Normal-patológico, Saúde-Doença: revisitando Canguilhem. **PHYSIS Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; – Brasília DF: CFP, 2018.

CORREIA, M. F. B.; MEIRA, L. R. L. Explorações acerca da construção de significados na brincadeira infantil. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 356-364, 2008.

CORREIA, D. T.; SOUGEY, E. B. Transtornos de humor. In: CANTILINO, A.; MONTEIRO, D. C. (Orgs). **Psiquiatria Clínica** – um guia para médicos e profissionais de saúde mental. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2017.

CORNISH, F. Towards a dialogical methodology for single case studies. **Culture & Psychology**, v. 26, n 3, p. 139 – 152, 2020.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

COSTA, E. V.; LYRA, M. C. D. P. Como a mente se torna social para Bárbara Rogoff? A questão da centralidade do sujeito. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 3, 2002, p. 637-647.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DINIZ, D. Ética na pesquisa em ciências humanas – novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 417-426, 2008.

DUNKER, C. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia e diagnóstica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R.; JUNIOR, B. B; COSTA, J. F. (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 69-106.

DUNKER, C. Epílogo – Crítica da razão diagnóstica: por uma psicopatologia não-toda. In: SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S; DUNKER, C. **Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 317-351.

DUNKER, C.; KYRRILOS NETO, F. A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM. **Vínculo**, São Paulo, v. 8, p. 1-15, 2011.

FAY, S. O novo DSM está chegando e essa não é uma boa notícia. In: **Mad in Brasil**. [S. l.], 03 fev. 2022. Disponível em: <https://madinbrasil.org/2022/02/o-novo-dsm-esta-chegando-e-essa-nao-e-uma-boa-noticia/>. Acesso em: 28 de dezembro de 2022.

FELLOWES, S. Scientific Perspectivism and psychiatric diagnoses: respecting history and constraining relativism. **European Journal for Philosophy of Science**, [s. l.], v. 11, n. 8, p. 01-24, 2020.

FERREIRA-NOVAES, N. M.; LYRA, M.; AGUIAR, M. B.; OLIVEIRA, C. F. S.; SOUZA, J. N. Imagined future in the life course of a heart transplant patient: Anhangá, the dog protector. In: VALÉRIO, T.; BASTOS, A. C.; TATEO, L. **From Dream to Action: Imagination and (Im)Possible Futures**. 1ed: Information Age Publishing, 2020, p. 59-77.

FIGUEIREDO, A. C., MARQUES, E. L. L. Mulheres Que Amam Demais: Uma Breve Compreensão Acerca do Jeito De Ser Da Mulher Com Transtorno De Personalidade Borderline. **Psicologia.pt**, ISSN 1646-6977, 2017.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FREIRE, S. F. C. D.; BRANCO, A. U. O self dialógico em desenvolvimento: um estudo sobre as concepções dinâmicas de si em crianças. **Psicologia USP**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 168-177.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

GAUDENZI, P. A tensão naturalismo/normativismo no campo da definição da doença. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 911-924, dez. 2014.

GAUDENZI, P. Normal e patológico no naturalismo e no normativismo em saúde: a controvérsia entre Boorse e Nordenfelt. **PHYSIS Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 747-767, 2016.

GILLESPIE, A.; CORNISH, F.; AVELING, E.; ZITTOUN, T. Conflicting community commitments: a dialogical analysis of a british woman's world war II diaries. **Journal of Community Psychology**. v. 36, n. 1, p. 35-52, 2007

GILLESPIE, A.; CORNISH, F. Intersubjectivity: towards a dialogical analysis. **Journal for the theory of social behaviour**, v. 40 n.1. p. 19-46, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GONÇALVES, M. A. **Psicologia favelada: ensaios sobre a construção de uma perspectiva popular em psicologia**. [S. l.]: Mórula editorial, 2020. *E-book*.

GONÇALVES, T. F. C.; RILEY, L. H. Elementos iconográficos da carta do louco no tarô: Jacquemin, Gringonneur, Visconti Sforza, Mantegna, Mitelli, Noblet. **Visualidades**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 59-73, 2010.

GROPPO, L. A. Teorias críticas da juventude: geração, moratória social e subculturas juvenis. **Em tese**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 04-33, jul. 2015.

HERMANS, H. The dialogical self: Towards a theory of personal and cultural positioning. **Culture & Psychology**, v. 7, p. 243-282, 2001.

HERMANS, H. The construction and reconstruction of a dialogical self. **Journal of Constructivist Psychology**, p. 89-130, 2003. DOI: 10.1080/10720530390117902

HEYMANN, R. E. *et al.* Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. **Revista brasileira de reumatologia**, [s. l.], v. 57, n. 2, p. 467-476, 2017.

IACONELLI, V. **Mal-estar na maternidade: do infanticídio à função materna**. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

IBARA, D. O neoliberalismo na América Latina. **Revista de Economia Política**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 238-248, 2011.

JUNIOR, N. E. C.; FIGUEIREDO, L. C. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. **Interações**, v. 9, n. 17, p. 9-28, 2004.

JUNIOR, B. B. A psiquiatria contemporânea e seus desafios. *In*: ZORZANELLI, R.; JUNIOR, B. B.; COSTA, J. F. (org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 09-34.

JUNIOR, L. S. M. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007.

JUNIOR, J. M. P. *et al.* Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto Contexto Enferm**, [s. l.], v. 3, n. 25, 2016.

JUNIOR, M. H.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012.

KERCKHOVE, D. E-motividade: o impacto social da internet como um sistema límbico. **Matrizes**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 53-65, 2015.

KILOMBA, G. (2019). **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LANNA, P. A. A.; SILVA, M. H.; CALAIS, L. B. “Foguete ou tiro?”: a produção de subjetividade de juventudes a partir do território. **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João Del Rei, v. 16, n. 1, p. 1-17, 2021.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da classificação internacional de doenças. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 407-417, 1991.

LEHMANN, O.; HANSEN, M.; HURME, H. This is the real “death-line” AND I am still alive: A collaborative reflexivity about life trajectories. **Culture and Psychology**, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 819-836, 2020.

LEITE, L. H. A.; RAMALHO, B. Jovens-adolescentes egressos de uma educação integral: a construção de atitudes e valores. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 31, n. 4, p. 63-80, 2015.

LIMA, M. P. G. **Precarização da atividade profissional de domésticas mensalistas em Natal (RN)**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Recife, 2019.

LOUREIRO, L. M. Os arquivos globais de vídeos na internet: entre o efêmero e as novas perenidades – o caso Youtube. **Comunicação e Sociedade**, [s. l.], v. 12, p. 163-172, 2007.

LUCENA, M. A. S.; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2447 - 2456, 2012.

LUCENA, M. A. S. **Construindo-se:** entre os efeitos da institucionalização e as repercussões da desinstitucionalização. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2020.

LUCENA, V. G.; HOLANDA, I. F. S.; BELMINO, M. C. B. A dor que corta a pele e rasga a alma: O significado da autolesão em estudantes do ensino médio. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba: v. 6, n. 7, p.49595-49616, jul. 2020.

LUNA, J. V. Transtornos de personalidade. In: CANTILINO, A.; MONTEIRO, D. C. (Orgs). **Psiquiatria Clínica** – um guia para médicos e profissionais de saúde mental. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2017.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; JUNIOR, A. P. A proposta de reabilitação psicossocial de saraceno: um modelo de auto-organização? **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

LUSSI, I. A. O.; MORATO, G. G. O significado do trabalho para usuários de serviço de saúde mental inseridos em projetos de geração de renda vinculados ou não ao movimento da economia solidária. **Cad. Ter. Ocup. UFSCa**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 369-380, 2012.

LYRA, M. C. D. P.; BERTAU, M. Dialogical practices as basis for self. **Studia Psychologica**, v. 8, p. 173-193, 2008.

LYRA, M. C. D. P.; SCORSI, L. Constituição e desenvolvimento do self dialógico e da relação triádica. **Psicologia USP**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 234-245, 2016.

LYRA, M. C. D. P.; VALÉRIO, T. A. M.; WAGONER, B. Pathways to life course changes: Introducing the concept of Avenues of Directive Meaning. **Culture & Psychology**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 443-459, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/1354067X18779060>. Acesso em: 28 de dezembro de 2022.

MACEDO, B. B. D. *et al.* Consequências da personalidade borderline na adesão ao tratamento de dores Crônicas. **Rev. Humanidades**, Fortaleza, v. 32, n. 2, p. 193-203, jul./dez. 2017.

MALFITANO, A. P. S.; ADORNO, R. C. F.; LOPES, R. E. Um relato de vida, um caminho institucional: juventude, medicalização e sofrimentos sociais. **Revista Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, set. 2011.

MARCUSCHI, L. A. Coerência e cognição contingenciada. In: MARCUSCHI, L. A **Cognição, linguagem e práticas interacionais**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007, p. 13-30.

MARIA HOMEM: JOVENS À DERIVA [S. l.: s. n.], 2018. 1 vídeo (6 min). Publicado pelo canal Maria Homem. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dDN6EWV7Ty8>. Acesso em: 27 jan. 2021.

MARKOVÁ, I. Constitution of the self: intersubjectivity and dialogicality. **Culture and Psychology**, v. 9, n. 3, p. 249–259, 2003.

MARKOVÁ, I. **Mente Dialógica**: sendo comum e ética. Curitiba: PUCPRESS, 2017.

MARTINHAGO, F. **Contágio social de transtornos mentais**: análise das estratégias biopolíticas de medicalização da infância. 2017. Tese (Doutorado em Ciências Humanas/ Doutorado em Antropología y Comunicación) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas/ Escuela de Doctorado, Universidade Federal de Santa Catarina/ Universitat Rovira i Virgili, Florianópolis/Tarragona, 2017.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 74-91, 2019.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 01-19, 2019.

MARTINS, R. W. A.; SILVEIRA, L. Juventude pobre e negra na mira: bio-necropolítica em saúde mental. **Ayvu Revista de Psicologia**, [s. l.], v. 8, p. 01-19, 2021.

MATOS, J. P. A.; FERREIRA, T. A. S. A cultura do diagnóstico e a emergência de subjetividades psicopatológicas. **Acta Comportamentalia**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 509-523, 2016.

MATTOS, E. A mediação semiótica da “responsabilidade”: um estudo sobre a construção de valores na transição para a vida adulta. **Psicologia USP**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 178-188, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20160002>.

MATTOS, E. **Desenvolvimento do self na transição para a vida adulta**: um estudo longitudinal com jovens baianos. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

MATTOS, A. R.; CASTRO, L. R. Jovens e a liberdade: reflexões sobre autonomia, responsabilidade e independência. **Psicologia e Sociedade**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 65-73, 2016.

MEDRADO, B.; LYRA, J. Entrevistas e outros textos: compartilhando estratégias de análise qualitativa. In: Charles Elias Lang; Jefferson de Souza Bernardes; Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro; Susane Vasconcelos Zanotti. (Orgs.). **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas**. 1ed. Maceió: EDUFAL, 2015, p. 85-118.

MELO, T. M. A. G. **Memórias sobre a política de saúde mental em recife**: entre passos, descompassos e controvérsias. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MÉLLO, R.; MOURA, M.; GALINDO, D. Atendimento terapêutico ou modelos que confinam? Comunidades Terapêuticas em xeque. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 149-166, 2018.

MENEZES, J. A.; COLAÇO, V. F. R.; ADRIÃO, K. G. Implicações políticas na pesquisa-intervenção com jovens. **Revista de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 8-17, 2018.

MICHEL, M.; ANDACHT, F. Passos para uma convergência de duas teorias dialógicas do self. **Psicologia USP**, v. 27, n. 2, p. 246-254, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20160007>

MOREIRA, J.; DIAS, D. A. S. As vicissitudes do conceito de normal e patológico: relendo Canguilhem. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v.3, n. 1, p. 77-85, 2011.

"Não tenha medo dos relógios, eles são o nosso tempo, o tempo tem sido tão generoso conosco... Somos produto do tempo, por isso devolvemos o crédito onde é devido: o tempo. Estamos sincronizados, agora para sempre. Eu te amo." carta de Felix para Ross em 1988 [S. l.], 27 jun. 2022. Twitter: @universbts_. Disponível em: https://twitter.com/UniversBTS_/status/1541331663925514240. Acesso em: 28 de dezembro de 2022.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 128-141, 2004.

OLIVEIRA, C. F. S. **A intensidade do presente no Cais José Estelita**: passado rememorado e futuro prospectado. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia Cognitiva) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

OLIVEIRA, E. C. B. **Os aspectos psicopatológicos e fenomenológicos do transtorno de escuriação**. 2018. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Departamento de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

OLIVEIRA, M. C. L.; GUIMARÃES, D. S. Dossiê: Psicologia dialógica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 165-167, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20162702>. Acesso em: 28 de dezembro de 2022.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Transtornos mentais em adolescents, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Robeirão Preto, Pelotas e São Luiz). **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2020.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

PANIAGUA, F. A. ICD-10 versus DSM-5 on cultural issues. **SAGE Open**, [s. l.], p 01-14, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244018756165>. Acesso em: 28 de dezembro de 2022.

PAPALIA, D.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PIMENTEL, A. P.; AMARANTE, P. Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. **Bakhtiniana**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 8-33, 2020. D.O.I: <http://dx.doi.org/10.1590/2176-457344151>.

PINHEIRO, M.; LEITÃO, S. Bakhtin e a vida dos outros. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 87-110, 2010.

PINHO, M. A. B. **Construção de significados na trajetória de vida de empreendedores sob a perspectiva da psicologia cultural semiótica**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Cognitiva) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil, 2017.

PINHO, J. A. G. Sociedade da informação, capitalismo e sociedade civil: reflexões sobre política, internet e democracia na realidade brasileira. **Rae**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 98-106, 2011.

PINTO, A. C. O que é que a psicologia científica tem que a psicologia popular e o senso comum não têm? **Psicologia, Educação e Cultura**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 157-176, 1999.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.12, p. 4579-4589, 2011.

PIZARRO, M. **Psicodiagnóstico para psicólogos**. Curso on-line ministrado pela médica psiquiatra Mariana Pizarro, 2020.

RAVASCO, A. A.; MAIA, M.; MANCEBO, D. Juventude, trabalho e projetos de vida: ninguém pode ficar parado. **Psicologia: ciência e profissão**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 376-389, 2010.

REBESCHINI, C. Trauma na infância e transtornos da personalidade na vida adulta: relações e diagnósticos. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 5, n. 2, p. 00-00, jun. 2017.

RESENDE, J. W. R.; ESPÍNDULA, D. H. P. Juventude em foco: representações sociais da juventude na Folha de São Paulo. **Psicologia Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 40, p. 01-15, 2020.

RESSUREIÇÃO, S. B.; SAMPAIO, S. M. R. Transições e reconfigurações do self de jovens indígenas na experiência universitária. **Psicologia Escolar e Educacional**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 495-504, 2017.

Rita em 5 Minutos: Consciência de Classe [S. l.: s. n.], 2018, 1 vídeo (5 min.). Publicado pelo canal Tempero Drag. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lmT7H09jR18>. Acesso em: 28 jun. 2022.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência Saúde Coletiva**, [s. l.], v.19, n. 2, p. 343-352, 2014.

RONDEL, L. D. S. Las perspectivas nomotética e ideográfica em el trato a la realidad estudiada por las ciencias sociales. **Orientación y Consulta**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 01-11, 2003.

ROMMETVEIT, R. On the architecture of intersubjectivity. In: L. H. Strickland et al. (Orgs.). **Social Psychology in Transition**. Plenum Press, New York, 1976.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, V.; JUNIOR, N. S; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 17-46.

SALGADO, C.; CUNHA, C.; BENTO, T. Positioning Microanalysis: Studying the Self Through the Exploration of Dialogical Processes. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, v. 47, p. 325-353, September 2013.

SANTOS, E. S.; FRANCISCO, A.L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009.

SATO, T.; VALSINER, J. Time in life and life in time: between experience and accounting. **Ritsumeikan Journal of Human Sciences**, v. 20, pp. 79-92, 2010.

SATO, T.; HIDAKA, T.; FUKUDA, M. Depicting the dynamics of living the life: the trajectory equifinality model. In: J. Valsiner et al. (eds.), **Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences**. Springer Science+Business Media LLC, 2009. DOI 10.1007/978-0-387-95922-1_10

SATO, T.; TANIMURA, H. The trajectory equifinality model (TEM) as a general tool for understanding human life course within irreversible time. In: SATO, T.; MORI, N.; VALSINER, J. **Making of the future: the trajectory equifinality approach in cultural psychology**. Charlotte: IAP, 2016, p. 21-42.

SERAPIONE, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, out./dez. 2019, p. 1169-1187, 2019.

SEVERO, A. K. S.; DIMENSTEIN, M.. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de Psicologia**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 59-67, 2009.

SILVA, R.S.; BRANDALISE, F. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 123-129, dez. 2008.

SILVA, J. R. R. T.; LYRA, C. D. P. Rememoração: contribuições para a compreensão do processo de aprendizagem de conceitos científicos. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 21, n. 1, p. 33-40, 2017.

SILVA, J. R. R. T.; LYRA, M. C. D. P.; WAGONER, B. The microgenetic analysis of remembering and imagining in the process of learning scientific concepts. In: LYRA, M. C. D. P.; WAGONER, B.; BARREIRO, A. **Imagining the past, constructing the future**. Switzerland: Springer, 2021, p. 47-68.

SILVA, J. L.; VALENTIM, A. F.; LYRA, J L.C. Loucura em território: experimentando produção de saúde com beneficiários do programa “De volta para casa”. **Psicologia Política**, [s. l.], v. 20, n. 47, p. 51-64, 2020.

SIMÃO, L. M. **Ensaaios dialógicos: compartilhamento e diferença nas relações eu-outro**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SIMÃO, L. M.; RIOS, H. S. Aspectos da dialogia do mito Madre Ñame na cultura indígena wounaan-nonam. **Psicologia USP**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 219-228, 2016.

SPINK, M. J. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, p. 7-22, Porto Alegre, 2000.

SUY, A. **A gente mira no amor e acerta na solidão**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2022.

TATEO, L. Face masks as layers of meaning in times of COVID-19. **Culture and Psychology**. [s.l.], v. 27, n. 1, p. 131-151, 2020

TORRES, J. I. S. L.; ARAÚJO, J. L.; VIEIRA, J. A.; SOUZA, C. D. S.; PASSOS, I. N. G.; ROCHA, L. M. Endometriose, dificuldades no diagnóstico precoce e a infertilidade feminina: uma revisão. **Research, Society and Development**, [s. l.] v.10, n. 6, p. 1-8, 2021.

TRANCOSO, A. E. R.; OLIVEIRA, A. A. S. Juventudes: desafios contemporâneos conceituais. **ECOS**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 262-273, 2014.

VALÉRIO, T. A. M.; LYRA, C. D. P. A construção cultural de significados sobre adoção: um processo semiótico. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.]. v. 26, n. 3, p. 716-725, 2014.

VALÉRIO, T. A. M.; LYRA, C. D. P. Significados ambivalentes no processo de adoção: um estudo de caso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 2, p. 337-348, abr/jun 2016.

VALÉRIO, T. A. M. **“O filho adotivo não vem de fora, vem de dentro”**: um estudo sobre trajetórias de vida e a construção de significados sobre a decisão de adotar na perspectiva da psicologia cultural semiótica. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

VALSINER, J. Constructing the vanishing presente between the future and the past. **Infancia y Aprendizaje**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 141-150, 2011.

_____. **Fundamentos da psicologia cultural: mundos da mente, mundos da vida**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012.

_____. **An invitation to cultural psychology**. London: Sage, 2014.

VAN LOO, H. M.; ROMEIJN, J. Psychiatric comorbidity: fact or artifact? **Theor Med Bioeth**, v. 36, pp. 41-60. DOI 10.1007/s11017-015-9321-0

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

VORST, H. R.; ROJAS, J. C. El diagnóstico em psiquiatria: una discusión teórica y práctica para el abordaje clínico. **Acta méd costarric**, v. 59, n. 4, p. 134-137, 2017.

WAGONER, B.; GILLESPIE, A. Sociocultural mediators of remembering: na extension of Bartlett's method of repeat reproduction. **British Journal of Social Psychology**. Online. ISSN: 0144-6665 (In Press), 2013.

YUDIARDO, A.; GUNAWAN, H. Facial Emotion Expression during Trajectory Equifinality Approach Interview in Participant with Depression Symptoms. **International Journal of Arts and Social Science**, [s. l.], v. 4, n. 6, 357-363, nov/dez, 2021.

ZITTOUN, T. Life-Course: a sócio-cultural perspective. In: Valsiner, J. (Org.). **The Oxford Handbook of Culture and Psychology** New York: Oxford University Press, p. 513-535, 2012.

_____. Imagining one's life: imagination, transitions and developmental trajectories. In: GONDIM, S. M. G.; BICHARA, I. D. (Orgs). **A psicologia e os desafios do mundo contemporâneo**. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 127-153.

_____. Thinking with the Rain: The Trajectory of a Metaphor in Vygotsky's Theoretical Development. **Integrative Psychological and Behavioral Science**, [s. l.], n. 55, p. 749-768, 2021.

ZITTOUN, T.; VALSINER, J. Imagining the past and remembering the future: how the unreal defines the real. In: SATO, T.; MORI, N.; VALSINER, J. **Making of the future: the trajectory equifinality approach in cultural psychology**. Charlotte: IAP, 2016, p. 03-19.