

Serviço Social e Saúde Mental na(s) Adolescência(s) Frente a Questão do Suicídio

Social Service and Mental Health in Adolescence(s) Facing the Issue of Suicide

Fernanda Luma Guilherme Barboza* 

Lucia Cristina dos Santos Rosa** 

Sammia Fawsia de Deus Barros*** 

RESUMO

Este ensaio é baseado em revisão de literatura e experiência das autoras como pesquisadoras, gestoras e trabalhadoras da política de saúde mental. O trabalho aborda desafios postos ao Serviço Social sobre a saúde mental na(s) adolescência(s), particularizando a questão do suicídio. Alerta para a medicalização da vida como resposta neoliberal ao sofrimento e salienta contradições entre defesa e negação do direito à saúde mental de adolescentes, posto que este segmento não tem sido priorizado na atenção à crise em saúde mental, tal como preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente. Objetivou destacar a parca e tardia contribuição do Serviço Social na produção do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, que não endossem discursos conservadores e manicomiais, mas que levem em conta os determinantes sociais da saúde mental com a vida sob a égide do capital.

Palavras-Chave: Adolescência; Medicalização; Saúde Mental; Serviço Social; Suicídio.

ABSTRACT

This essay is based on a literature review and the authors' experience as researchers, managers and workers in mental health policy. The work addresses the challenges faced by Social Services regarding mental health in adolescence, particularly the issue of suicide. It warns of the medicalization of life as a neoliberal response to suffering and highlights contradictions between the defense and denial of the right to mental health for adolescents, since this segment has not been prioritized in the attention to the mental health crisis, as recommended by the Statute of the Child and Adolescent. It aimed to highlight the meager and late contribution of Social Services in the production of mental health care for children and adolescents, which does not endorse conservative and asylum-like discourses, but takes into account the social determinants of mental health with life under the aegis of capital.

Keywords: Adolescence; Medicalization; Mental health; Social Service; Suicide.

ARTIGO

<https://doi.org/10.12957/rep.2025.94193>

*Instituto de Pesquisa, Prevenção e Estudos em Suicídio (Ippes), Rio de Janeiro – RJ, Brasil.

E-mail: fernanda.lumaas@gmail.com.

**Universidade Federal do Piauí (Ufpi), Teresina - PI, Brasil,
E-mail: luciacrosa@ufpi.edu.br.

***Secretaria do Estado do Piauí (Sesapi), Teresina - PI, Brasil.
E-mail: sammiabarros@gmail.com.

Como citar: BARBOZA, F. L. G.; ROSA, L. C. S.; BARROS, S. F. D. Serviço Social e Saúde Mental na(s) Adolescência(s) Frente a Questão do Suicídio. Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, v. 23, n. 60, pp. 159-173, set./dez., 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2025.94193>.

Recebido em 09 de janeiro de 2025.

Aprovado para publicação em 22 de junho de 2025.

Responsável pela aprovação final: Silene de Moraes Freire



© 2025 A Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Introdução

“Se não vejo na criança, uma criança, é porque alguém a violentou antes, e o que vejo é o que sobrou de tudo que lhe foi tirado” (Herbert de Souza).

O Serviço Social é uma das muitas profissões que desenvolve, no trabalho coletivo, sua prática em diversas instituições, das mais diferentes políticas, por onde transitam as tantas adolescências. Por isso, tem à sua frente o desafio de agir em prol de prevenir, detectar, notificar e intervir sobre as situações que atentam contra o direito à saúde mental e, como tal, o direito à vida desta população.

A importância desta reflexão se mostra cada dia mais urgente pela crescente demanda de diversas instituições por respostas e intervenções quanto ao aumento dos casos de adoecimento mental e/ou sofrimento extremo entre adolescentes. Apesar de ser perceptível que muitas vezes a expectativa da solicitação de intervenção psicossocial por parte de algumas famílias e/ou instituições, guardar nas entrelinhas um desejo de “ajustamento” e/ou docilização do indivíduo, entendemos que as ações do Serviço Social devem estar apoiadas em fundamentos sólidos que ultrapassem o senso comum, sem endossar perspectivas higienistas e funcionais ao gerencialistas, que tendem a institucionalizar e simplificar manifestações da questão social, como o adoecimento psicossocial e/ou sofrimento extremo, que são complexas e exigem respostas orientadas pela determinação social do processo saúde-doença-cuidado, reconhecidas e incorporadas pelo Sistema Único de Saúde, desde a Constituição Federal de 1988.

Nesse contexto, a construção de uma *práxis* universalmente emancipatória se constitui um desafio, requisitando ações interprofissionais e intersetoriais na construção de respostas profissionais coletivamente negociadas e gestadas, com direção social crítica. Nesse horizonte, no cerne do Serviço Social, já se tem amadurecido e acumulado a orientação do Projeto Ético-Político profissional, cujos princípios, sobretudo de defesa intransigente de direitos humanos e posicionamento em favor da equidade e da justiça social, como expressos no Código de Ética da Profissão (Cress-RJ, 2005), fornecem parâmetros que orientam a tomada de decisão e os rumos da intervenção profissional da categoria.

Passadas mais de três décadas da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Eca) é mister refletir o paradoxo que vivenciamos entre a Doutrina da Proteção Integral de crianças e adolescentes, a qual considera tal segmento social como seres humanos em peculiar condição de desenvolvimento, e as práticas autoritárias, violentas, excludentes e normatizadoras, que ainda persistem. Observa-se que apesar dos avanços postos pelo Eca, cujo artigo 4º prevê ser dever de todos assegurar às crianças e adolescentes, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde e outros, ainda persiste, nas disputas de projetos políticos e assistenciais, um direcionamento de atendimento

a este público com tendências remanicomializantes e medicalizantes (Dias, 2023), o que acaba por desconstruir, no plano prático, a doutrina da proteção integral e a condição de sujeito de direitos atribuída a esse segmento social.

O artigo é fruto da experiência das autoras sobre a temática e subproduto das reflexões iniciais da pesquisa em andamento *Participação de assistentes sociais na atenção à crise em saúde mental*, cadastrado no Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, sob CAEE 66701822.8.0000.5214, bem como das reflexões fomentadas no Grupo de Trabalho Interinstitucional de Prevenção ao Suicídio da Secretaria de Saúde do Estado do Piauí (Sesapi). Tem como objetivo destacar a lacuna sobre saúde mental no Eca, bem como um certo atraso na incorporação pelo Serviço Social na discussão sobre sofrimento e transtorno mental, que, nas disputas ideopolíticas entre projetos societários antagônicos, ignoram a relação destes fenômenos com a vida sob a égide do capital.

O texto estrutura-se em três seções: manifestações do sofrimento psicossocial nas adolescências de um país de herança manicolonial¹; medicalização da vida como resposta neoliberal ao suicídio; e desafios ao Serviço Social: entre a defesa e a negação do direito à saúde mental de adolescentes.

Manifestações do sofrimento psicossocial nas adolescências de um país de herança manicolonial

Apesar de o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) definir que adolescência(s) envolve indivíduo/a(s) com idade entre 12 e 18 anos incompletos, entendemos a(s) adolescência(s), assim como todas as demais fases do desenvolvimento humano, como uma construção social plural.

A trajetória humana, em todas as sociedades e em diferentes tempos históricos, configurou-se através de ciclos construídos socialmente, inclusive submetidos a rituais que demarcavam mudanças significativas em determinado período. Na sociedade moderna, observa-se a intensificação de diferentes marcadores da vida, como diferenciação entre infância(s)/criança(s), adolescência(s) e juventude(s), que passam a ser construídos tendo por referencial a experiência dos segmentos dominantes da sociedade (Ariès, 1981), sobretudo com o desenho da família nuclear burguesa, concomitante à perda de tradições demarcadoras destas transições. Na contemporaneidade, essas fases da vida, no geral, estão associadas à escolarização, que configurou o primeiro direito social no mundo Ocidental.

A adolescência, como uma fase de desenvolvimento, consolida-se, no mundo ocidental, após a II Guerra Mundial, com o uso do termo “*teen-ager*”, em 1945, que se referia a uma certa faixa etária, associada a determinados comportamentos de consumo e cultura *pop* (Doherty, 2002). Essa percepção espalhou-se pelos países do Ocidente, tor-

1 Conceito que se refere às indissociáveis heranças do manicômio e do colonialismo (David; Vicentin, 2020).

nando-se parâmetro legislativo para a maioria dos países, homogeneizando e apagando distintas experiências e tradições.

No Brasil, histórica e juridicamente, a distinção etária esteve associada, principalmente à classe social e raça/etnia de origem do infante, posto que, com o surgimento do Código de Menores, em 1927, baseado no paradigma menorista e fundamentado na doutrina da situação irregular, limitou a perspectiva de proteção social aos segmentos pobres e negros imersos em situações de patologias sociais (abandono, carência, vitimização, infração penal) necessitando de “ajuste social”. Colocada de forma ambivalente como em perigo e ao mesmo tempo perigosa, o alvo era a infância pobre que, em uma sociedade constitutivamente desigual, estruturada sob o racismo que perpassa a formação social colonialista do país, visa o infante negro, apreendido como abandonado e/ou delinquente, “priorizando-se a reeducação ou a regeneração como fórmula socialmente legitimada para a meta de civilizar o Brasil” (Rizzini, 1997, p. 28), em uma evidente conotação higienista. O binômio proteção/perigo redundava em respostas estatais institucionalizantes, como as Fundações Estaduais para o Bem-Estar do Menor (Febem), com trajetória histórica de violação de direitos (Leite, 1998), e com negligência estatal e acadêmica sobre a saúde mental de crianças e adolescentes.

Com a “consolidação” democrática, marcada pela Constituição Federal de 1988, o termo adolescente passa a ser associado a qualquer pessoa de 12 a 18 anos incompletos. Com o reconhecimento da diversidade da população brasileira, o conceito é pluralizado para “adolescências”, visto que essa fase é vivida de maneira desigual e relacional, determinada por classe social, localização geográfica, bem como marcadores étnico-raciais, de gênero e de sexualidade, heranças de um passado ainda presente na história brasileira.

Apesar das mudanças paradigmáticas, legislativas, avanços nas políticas sociais e conquistas dos movimentos sociais, vemo-nos ainda atravessados por determinantes estruturais e pela persistência de práticas autoritárias e racistas, que tendem a tornar a(s) adolescência(s) um período de vida complexo. Conflitos familiares, sofrimento extremo e/ou adoecimento mental, pressão social no mercado de trabalho e entre grupos de amigos, bem como comportamento de risco tendem a ser mais comuns do que em outras fases da vida (Papalia; Feldman, 2013). O conflito familiar ou entre pares, mesmo quando não frequente, tende a ter um impacto expressivo sobre o sofrimento e a percepção de suporte social, visto que nesta fase ainda há um processo de construção de identidade, de cérebro e de tantas outras facetas que determinarão o ser social que se tornará. Netto e Braz (2012, p. 59) apontam que:

No seu processo de amadurecimento, e conforme as condições sociais que lhe são oferecidas, cada homem vai se apropriando das objetivações existentes na sua sociedade; nessa apropriação reside o processo de construção da sua subje-

tividade. A subjetividade de cada homem não se elabora nem a partir do nada, nem num quadro de isolamento: elabora-se a partir das objetivações existentes e no conjunto de interações em que o ser singular se insere. A riqueza subjetiva de cada homem resulta da riqueza das objetivações de que ele pode se apropriar. É a modalidade peculiar pela qual cada homem se apropria das objetivações sociais que responde pela configuração da sua personalidade.

Logo, a subjetividade é construída nas e a partir das relações sociais, em cada formação social, conformada a partir dos referenciais da sociedade capitalista. Nesse diapasão, Marx e Engels (2001, p. 83) afirmam que as “ideias dominantes de uma época nunca passaram das ideias das classes dominantes”, espalhando-se da esfera econômica, para o plano das ideias, sendo incorporadas (e aceitas, não sem resistência) por todos os segmentos sociais.

Nesse sentido, apesar de o Brasil ser signatário da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1959, apenas a partir do pós processo histórico-político de redemocratização brasileira, as crianças e os adolescentes são reconhecidos como sujeitos de direitos, reforçado pelo Eca (1990), que responsabiliza tanto o poder público quanto a sociedade e a família pela garantia e defesa da efetivação dos seus direitos fundamentais, o que significou uma conquista social.

No entanto, a narrativa de garantia legal não assegura sua concretização, tanto é que, apesar de no Título II da Constituição Federal de 1988, referente aos direitos fundamentais, constar que “o adolescente tem direito à vida e à saúde, mediante políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso”, o Eca se concentra na saúde física e social – e no pouco que contempla a “saúde mental” aponta ora para o binômio mãe-bebê (no caso de gestantes e puérperas), ora para o encaminhamento para tratamento ao uso de substâncias (sem contemplar a estratégia de cuidados da redução de danos), assim desconsiderando a possibilidade de que crianças e adolescentes pensem/tentem suicídio, já que o termo sequer é mencionado no documento.

Ressaltamos que o destaque para o consumo de substâncias psicoativas converge e recai de maneira desigual sobre adolescentes e jovens pobres, periféricos e negros, visto a associação racista das políticas sobre drogas baseadas no proibicionismo, largamente evidenciada na literatura e nas estatísticas do encarceramento de jovens negros (Brasil, 2014).

Na atualidade, temos presenciado a negação de direitos em diversas formas, por vezes sutis, ou de difícil compreensão na sua relação com a saúde mental, como: ausência de regulamentação legal e exposição excessiva a telas (defendida como inclusão digital) com todos os potenciais perigos que ela carrega, como dependência de internet e/ou jogos, *cyberbullying*, impactos no sono e ansiedade (Haidt, 2024); recrudescimento do classismo, racismo, machismo e homofobia, que muitas vezes se apresentam mascarados como

“*bullying*”, e/ou são minorados como “brincadeira”; insegurança alimentar, que não se limita apenas de não saber se terá o que comer no dia seguinte, mas envolve principalmente a incerteza quanto à qualidade dos alimentos consumidos, considerando a aprovação constante e massiva de agrotóxicos no Brasil, aumento e barateamento dos alimentos ultraprocessados, cujos impactos na saúde e saúde mental têm sido amplamente discutidos; ausência de serviços especializados em atendimentos de saúde mental a esta faixa etária na maioria das cidades brasileiras, resultando na insuficiência, sobrecarga e estrangulamento dos poucos serviços existentes e respostas (re)manicomializadoras; a crescente, preocupante e perversa aprovação de prescrição de drogas psiquiátricas com risco de dependência e efeitos colaterais, agravadas para uma faixa etária cujo corpo e mente ainda estão em construção, sendo, portanto, desconhecidos todos os efeitos de longo prazo do uso; o *déficit* de produção de cuidado no ambiente familiar, sobretudo no espaço urbano, expresso no aumento de famílias monoparentais, em sua maioria de mães solas; a frequente inserção deste público, sobretudo meninos, no narcotráfico; aumento das chamadas mortes por desespero (aqui incluídas overdoses e suicídios).

E tantas outras formas de negação do direito à saúde mental, pela imposição de produtos, tecnologias, alimentos e modos de vida exploradoras e degradantes, que dificultam a classe trabalhadora (e seus filhos) fazerem escolhas saudáveis, sustentáveis e acessíveis, minando o direito à qualidade (e sentido) de vida de toda uma geração.

Isso se expressa nos dados trazidos por Freudenberg (2022), que aponta que os diagnósticos de depressão grave nos Estados Unidos aumentaram 33% desde 2013, com crescimento mais acentuado entre os chamados *millennials* (aqueles nascidos entre 1980 e 2000) e adolescentes. No Brasil, o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), intitulado *On my mind* (2021), revelou que 17% da população brasileira (cerca de 5,6 milhões de pessoas) entre 10 e 19 anos vive com algum diagnóstico de transtorno mental, sendo os principais a ansiedade e a depressão – ambos considerados fatores de risco para o suicídio. Trataremos disso a seguir.

A medicalização da vida como resposta neoliberal ao suicídio

O suicídio tem se destacado como uma complexa questão de saúde pública e social, atingindo níveis cada vez mais preocupantes em populações cada vez mais jovens. Atualmente, é uma das principais causas de morte de adolescentes e jovens em muitos países, dentre os quais o Brasil (WHO, 2014). O boletim epidemiológico mais recente do Ministério da Saúde aponta o suicídio como terceira maior causa de mortes nessa faixa etária.

O número total de óbitos por suicídio registrados na população de adolescentes no período de 2016 a 2021 foi de 6.588. (...) Observa-se que o suicídio foi mais frequente em adolescentes entre 15 e 19 anos (84,4%), do sexo mascu-

lino (67,9%) e em pretos/pardos (56,1%). O meio de agressão utilizado com maior frequência foi o enforcamento (76,1%) e verifica-se o domicílio como local de maior ocorrência de óbitos (63,4%) (Brasil, 2022, p. 18).

Enquanto as estimativas mundiais assinalaram uma diminuição do suicídio, as estatísticas brasileiras seguiram na contramão, demonstrando uma tendência de aumento dos suicídios de adolescentes nos últimos 20 anos (Brasil, 2022). Sobre os fatores de risco associados a esse aumento destacam-se: transtornos de humor, abuso de substâncias psicoativas, ausência ou insuficiência de apoio familiar, histórico familiar de doenças psiquiátricas e/ou suicídio, doença física grave e/ou crônica, eventos estressores ligados a conflitos sobre a orientação sexual, maus tratos sofridos na infância ou adolescência, dificuldades de relacionamento e de comunicação, sofrimento intenso – o que não deve ser considerado sinônimo de um transtorno depressivo, visto que o sofrimento é um sentimento humano (Barboza, 2023).

Ademais, estudos sobre suicídio e estrutura social demonstram que vulnerabilidades e desigualdade social são determinantes que influenciam sobremaneira na ocorrência desse agravo (Brasil, 2022). O fato de mais da metade dos suicídios entre adolescentes ocorrerem entre pretos e pardos é um dado significativo da importância de discutir a interseccionalidade atravessando as questões de sofrimento e/ou adoecimento psicossocial. Tal estatística denuncia as opressões, sofrimento e adoecimento a que adolescentes e jovens negros são submetidos, em uma sociedade cada vez mais excludente.

Quanto à quantidade e diversidade de fatores da vida cotidiana que podem se tornar fatores de risco, cabem duas ressalvas: a) a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) adverte que, isoladamente, nenhum destes deve ser considerado preditivo de um suicídio (WHO, 2014); b) é importante não perder de vista que a adolescência é, mais que um evento biológico; é uma construção social. Logo, é necessário cuidado em não massificar os entendimentos e atendimentos a estes casos, evitando tanto a naturalização de comportamentos destrutivos nesta fase da vida quanto a massificação de diagnósticos (que por vezes trazem consigo estigmas) e medicalização do sofrimento e da vida.

Becker (2008), ao tratar sobre o peso dos rótulos ditos desviantes, afirma que uma vez publicizado e rotulado como tal, o adolescente tende a aceitar e introjetar a nova identidade, adequando-se a ela. Isso produziria o que o autor chama de “profecia autorrealizadora”.

O paradoxo da medicalização é a percepção de que o aumento de usuários e prescrições de antidepressivos decorre de um aumento do número de portadores de transtornos mentais. Em função deste suposto aumento, o poder público se obriga a aumentar a oferta de tratamento medicamentoso, gerando maior número de dependentes, ocorrendo a piora de dados epidemiológicos sobre número de usuários e quantidade de psicotrópicos dispensados, o que consolida a percepção de epidemia de transtornos mentais. A ideia de ‘epi-

demia' (...) reforça a necessidade artificial de ampliação de práticas médicas, enfraquece ações de caráter multidisciplinar, pautadas na necessidade de intervenções comunitárias e particularizadas em mudança de condições de vulnerabilidade social (Dias, 2023, p. 23).

A medicalização não equivale nem se limita à prescrição e ao uso de medicamentos². Trata-se de um “processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Dalgallarrondo, 2019, p. 17). Sob essa perspectiva, diversas profissões têm se tornado medicalizantes, inclusive o Serviço Social, tendendo a encaminhar ao campo psi (psiquiatria e psicologia).

Whitaker (2017, p. 380) traz estudos que mostram que, sob o efeito de drogas psiquiátricas como a Ritalina, crianças tendem a demonstrar um aumento relevante de brincadeiras solitárias e uma redução proporcional de iniciativa para interação social, pouco indício de melhora no desempenho acadêmico. Não raramente, essas crianças tornam-se “passivas, submissas e socialmente retraídas”. Isso evidencia o quão funcional é a cultura da medicalização, como manutenção do sistema capitalista.

Vale ressaltar que prescrever medicamentos psiquiátricos para crianças e adolescentes é um fenômeno recente, datando de aproximadamente 1980 (Whitaker, 2017). Aqui cabe uma reflexão quanto ao papel de ações como a socioeducação³ do Serviço Social quanto a acolher e alertar pais ou responsáveis que chegam tantas vezes aos serviços precisando tomar uma decisão de medicar ou não um filho (em idades cada vez mais tenras), em meio a um considerável vazio científico e uma ausência de consenso sobre diagnósticos, eficácia e sustentabilidade de tratamentos farmacológicos.

É preciso questionar: será que tantas crianças e adolescentes realmente padecem de um desequilíbrio químico? Se sim, por quê? De onde vem? Quando começa? Ou será que elas apenas refletem a crise social, emocional, econômica, ambiental e tantas outras produzidas e retroalimentadas pelo capital? Além disso, se uma criança ou adolescente (cujo cérebro encontra-se ainda em desenvolvimento) for tratada com um coquetel de drogas psiquiátricas, como frequentemente ocorre, de que modo isso afetará sua saúde física, emocional e social? Quais são as chances de uma criança, assim diagnosticada e tratada, tornar-se um adolescente saudável, um adulto saudável e/ou um idoso saudável? Essas são questões que já estão anunciando suas demandas e problemáticas no horizonte de diversas políticas públicas e para as quais ainda não temos respostas.

É fundamental que os profissionais não se baseiem meramente em perguntar “o que há de errado?” (mirando o cérebro). Devemos começar a perguntar “o que aconteceu?”

2 Como adverte Lefèvre (1991), na sociedade capitalista a medicação configura-se uma mercadoria simbólica.

3 “Orientações reflexivas e socialização de informações realizadas por meio de abordagens individuais, grupos ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática” (Cfess, 2014, p. 52).

(mirando a totalidade da vida dessa pessoa). Essas questões embora parecem sinônimos, partem de premissas distintas. A segunda abordagem derruba o mito de que não há nada de errado acontecendo na vida da pessoa que entrou em adoecimento ou sofrimento extremo, direcionando-nos a rastrear e intervir em um conjunto de acontecimentos e determinantes que contextualizam a chamada crise de saúde mental. A partir dessa perspectiva, emergem novos encaminhamentos, que não se limitam às “áreas psi’s” (Psiquiatria e Psicologia), como se estas fossem as únicas detentoras de conhecimento e estratégias a dispor nessa temática. Isso também tende a nos fazer sair do lugar que tenta silenciar e docilizar pelo uso da medicalização, levando-nos a trazer outros questionamentos, manejos e respostas.

A Organização Pan Americana de Saúde (Opas, 2016), em seu Plano de Ação em Saúde Mental 2015-2020, já apontava que diante do prejuízo de padrões de sociabilidade devido ao sofrimento psíquico, torna-se necessário não só prevenir o ato suicida, como também ofertar condições de manutenção e promoção da saúde mental. Tentaremos explicar a seguir as contribuições do Serviço Social nessa seara.

Desafios ao Serviço Social: entre a defesa e a negação do direito à saúde mental de adolescentes

Há muito a avançar na direção de um novo olhar para a saúde mental e na construção de novas estratégias e ações na produção do cuidado à saúde mental desses sujeitos. Essa tarefa não se restringe ao Serviço Social, embora se perceba que essa categoria profissional apresenta certo atraso na definição de suas contribuições nesse debate, como sinalizado por Rosa, Barboza e Guimarães (2023).

Há *déficit* de profissionais capacitados, o que não é uma exclusividade do Serviço Social, mas que escancara a ausência ou baixa presença de discussão/disciplinas em Saúde Mental nos cursos de graduação. Os hiatos e deficiências são evidentes, inclusive pela pouca presença dos Centros de Atenção Psicossocial infantojuvenis (Capsi) ou serviços multiprofissionais especializados e de referência no atendimento à saúde mental dessa faixa etária. Sobre esta realidade:

Ainda é insuficiente o número de CAPSi implantados (...); são escassas as estratégias de formação para os trabalhadores da rede (...); há enorme fragilidade nos vínculos de trabalho dos profissionais, com forte tendência à terceirização das contratações, baixos salários (...); ainda é incipiente o entendimento de gestores da área da saúde e saúde mental sobre as atribuições do CAPSi no território e na montagem de redes locais (...). Somados a esses desafios, há indicativos de baixa institucionalidade das redes de atenção em certas localidades do país, com poucos serviços em funcionamento ou atuando de forma desarticulada, e, ainda, enorme carência de estratégias de avaliação e monitoramento

sintonizadas com o mandato psicossocial que possam auxiliar a sistematização do conhecimento produzido, indicar pontos a serem melhor desenvolvidos e contribuir para efetiva inscrição da atenção psicossocial como modo de cuidado (Couto; Delgado, 2015, p. 36).

É importante registrar que muitos Caps, até pela crescente precarização da Rede de Atenção Psicossocial e das condições de trabalho no país, seguem um modelo de cuidado que tende à normalização dos sujeitos e normatização dos corpos, viabilizando práticas que anulam as diferenças e massificam comportamentos.

Ressaltamos que, assim como as raízes do adoecimento psicossocial e/ou sofrimento extremos são multideterminados, o cuidado em saúde mental também deveria ser interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, requerendo da Rede de Atenção Psicossocial (mas não só) articulação e qualificação para a prevenção de adoecimento e/ou agravos em saúde mental, bem como a promoção de saúde mental e a integralidade⁴ do atendimento, preferencialmente no território.

Partimos do entendimento de que a prevenção em saúde/saúde mental demanda uma “ação antecipada, baseada no conhecimento da história (...) a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Leavell; Clarck, 1976, p. 15) e que a promoção da saúde se refere a ações que se dirigem em potencializar saúde e bem-estar de maneira ampla. Nota-se que há uma potência subestimada e subutilizada nesta última, visto que ela robustece a possibilidade de alterações nas condições de vida que estão atrelados a inúmeros problemas de saúde produzidos e/ou retroalimentados pela sociedade capitalista. Ora, o Serviço Social por se fundamentar hegemonicamente em uma teoria crítica tem uma contribuição a oferecer a partir da sua leitura relacionada aos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado ligados à sociedade do capital, entendendo o sofrimento psicossocial advindo da exploração capitalista sobre o trabalho, portanto, desnudando a questão da saúde mental no âmbito de um processo social, e não no âmbito biomédico de um diagnóstico clínico.

Em se tratando da atuação do Serviço Social na saúde (mas não só), Vasconcelos (2002) chama a atenção para uma tendência de inserção em plantões sociais, uma atividade em que, ao se organizarem isoladamente, os/as assistentes sociais tendem a permanecer numa postura subalterna, de mera recepção passiva das demandas (de outros profissionais, da rotina, da instituição e dos próprios usuários/familiares), reduzindo o fazer profissional a um atendimento burocrático, que pouco ou nada contribui para a participação dos usuários.

4 Quando se trata da(s) adolescência(s), a integralidade deve ser pensada como proteção integral, como apregoa o Eca, pois não há como efetivar direito à vida e à saúde desses sujeitos sem a necessária rede de proteção social.

Não se pode perder de vista as condições que circunscrevem o trabalho do/a assistente social, tendente à crescente precarização, expressão da dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. A profissão está envolvida em determinações sócio-históricas, sofrendo impactos do neoconservadorismo, quer pela criminalização das expressões da “questão social”; por sua patologização⁵ e/ou individualização, com crescente tendência à culpabilização, extensiva à família, uma perspectiva que Regina Miotto (2010) denomina como “familista”. Por essa razão, urge ter clareza sobre os limites do trabalho, sob os auspícios do capital e do neoliberalismo, compreendendo os obstáculos e desafios no espaço sócio-ocupacional da saúde mental.

Faz-se necessário um esforço sistemático para qualificar o exercício profissional, suspender o cotidiano de trabalho. Por isso, destacamos o importante lugar da interseccionalidade para analisar a realidade. Como enfatiza Passos (2018), é fundamental desnaturalizar desigualdades e violências, sobretudo baseadas no racismo estrutural. Também urge fortalecer a luta coletiva, a única capaz de impedir que o Serviço Social se transforme no que Iasi (2019) chamou de “instrumentos de legitimação da barbárie”, docilizando, naturalizando ou deslegitimando o sofrimento da classe trabalhadora.

Ao contrário da narrativa hegemônica em voga na saúde mental, acreditamos que o social tem um papel relevante e subestimado na determinação do processo saúde-doença-cuidado. Partindo da concepção de saúde do Sistema Único de Saúde, da Reforma Psiquiátrica e do Projeto Ético-Político como horizontes, entendemos que não existe uma abordagem única para o cuidado em saúde mental. Mas, é necessária uma abordagem integral de saúde, que contemple aspectos sociais, tecnológicos, políticos, entre outros, e que aconteça conectada ao território, o que englobaria diferentes atores e saberes.

Dentre as atividades que cabem ao Serviço Social estão a orientação e articulação com equipes de outros serviços, como escola, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, conselho tutelar, promotoria e/ou vara da infância e juventude; também estudos de caso, atendimento (individual e em grupo) aos familiares, visita domiciliar e outros. Ressaltamos que, em todos eles, a socioeducação tem um importante papel, pautando-se na análise das condições concretas de vida dos sujeitos, identificando os determinantes sociais do processo de saúde-doença-cuidado, de modo a socializar informações que reforcem uma prática emancipatória. O que requer desmontar ideologias subalternizantes, compreendendo que a Educação em Saúde é atravessada por visões de mundo diferentes, exigindo que

5 “Forma discursiva geradora de regras sociais e normas de conduta que são utilizadas para classificar, etiquetar e às vezes punir. Regras determinam como os sujeitos devem proceder a partir de parâmetros que, na maioria das vezes, não levam em conta a particularidade da dinâmica do sujeito em questão” (Ceccarelli, 2010, p. 125).

a crítica do conhecimento, representações e práticas não se queira apenas biologicista, excluindo a totalidade da vida social.

Outra das muitas ações possíveis ao Serviço Social na condução do trabalho com as adolescências, é o trabalho com a rede de suporte social, como parte do modelo primário de construção social do adolescente. Os próprios conceitos de “articulação” e “cuidado em rede” consideram todas os atores e serviços que podem colaborar com o cuidado. Identificar sinais iniciais de adoecimento mental e/ou de sofrimento extremo pode impedir um momento de crise, agindo preventivamente, protetivamente e potencializando os cuidados necessários.

Alguns profissionais seguem alimentando ora uma ideia fatalista (de que o Serviço Social nada tem a contribuir em casos como os de suicídio), ora uma ideia messiânica (de que apenas o conhecimento acadêmico pode ajudar, desconsiderando ou deslegitimando o potencial dos cuidados ancestrais e comunitários do adolescente). Na contra-mão dessa ideia, temos a clínica ampliada, uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH):

Ela busca promover a articulação dos saberes envolvidos, considerando todos os aspectos que envolvem o ser humano: os biológicos, os individuais, a integralidade e a determinação social dos fenômenos da saúde e doença, ou seja, engloba o todo. Nesse caminho, propõe um cuidado alinhado entre a comunidade, os cuidadores e o ser humano que está sendo cuidado, garantindo seu papel ativo na construção e direcionamento do seu próprio tratamento (Reis; Matiassi; Freire, 2023, p. 47).

Outros lugares e pessoas têm potencial de observação e acompanhamento do desenvolvimento do/a adolescente, bem como de acompanhamento de sinalizações sobre a saúde destes. Contribuir na qualificação (através das trocas de saberes) e ampliação das alternativas de cuidado é colocar em prática o princípio ético central do Serviço Social: a liberdade, que corresponde à existência de alternativas, à possibilidade de escolhas (Barroco; Terra, 2012). É essencial que usuário e familiares conheçam quais as suas possibilidades de escolha diante desses quadros de saúde mental, que não se resumem apenas à medicalização. Só assim será possível proporcionar também as demandas inerentes à liberdade: autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais.

Ressaltamos ainda que a escuta não é uma atribuição privativa de uma área do saber. A escuta é competência a ser desenvolvida por todas as profissões que atuam com seres humanos. Afinal, como traçar estratégias de cuidado com um “objeto/sujeito” tão dinâmico e complexo, sem escutá-lo? O que se delineará após a escuta é que entrará nos campos de atribuições privativas, de acordo com o conhecimento (e limites) de cada área.

Considerações finais

O modelo de sociedade do capital é incompatível com o Projeto Ético Político defendido pelo Serviço Social e com uma reforma em saúde mental que seja antimanicomial. Todavia, há muito o que fazer para construir essa nova ordem societária cotidianamente. Por isso, a atual conjuntura exige reflexão e capacidade ético-política orientada para a crítica radical da ordem do capital, mas também de apreensão de mediações, sobretudo dadas pelo paradigma da interseccionalidade que fortaleçam a luta pelo direito à saúde mental e as práticas de resistência à padronização/massificação, medicalização do adoecimento psicossocial e do comportamento suicida.

Para tanto, é vital que o Serviço Social nunca perca sua bússola: um projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária, levando em conta pertencimento e lugar ocupados por diferentes corpos na divisão social, sexual, etária e racial na sociedade. Isso inclui uma abordagem integral e investigativa sobre as demandas dos sujeitos, especialmente adolescentes em sofrimento extremo, levando em conta suas condições sociais, território, redes de apoio. Por fim, destacamos que a luta tem que ser pelo direito à vida, para além do aspecto jurídico-formal, o que envolve uma postura crítica contra o modelo civilizatório – este sim em crise.

Contribuições dos/as autores/as: não se aplica

Agradecimentos: Agradecemos a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que tanto nos ensinaram e continuam a ensinar todos os dias!

Agência financiadora: não se aplica

Aprovação por Comitê de Ética: 66701822.8.0000.5214

Conflito de interesses: sem conflitos de interesse

Referências

- ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- BARBOZA, F. L. G. *Suicídio: o que sabemos e o que há para além do discurso hegemônico*. São Paulo: Editora Dialética, 2023.
- BARROCO, M. L. S.; TERRA, S. H. Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (Org.). *Código de ética do assistente social comentado*. São Paulo: Cortez, 2012.
- BECKER, H. S. *Outsiders*. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, Brasília, DF: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Pessoa Privada de Liberdade*. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Suicídios em adolescentes no Brasil*: 2016-2021. Boletim Epidemiológico. Brasília, Vol. 53, n. 37, set. 2022.

CFESS. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde*. Reimpressão Brasília: CFESS, 2014.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psic. Clin.*, Rio de Janeiro, vol. 27, n.1, p. 17-40, 2015.

CRESS-RJ - Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro. *Assistente social: ética e direitos*. Coletânea de leis e resoluções. 4ª ed. Rio de Janeiro: CRESS-7ª R-RJ, 2005.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

DAVID E. C.; VICENTIN M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Debate*, 44(3), p. 264- 277, 2020.

DIAS, M. K. (Org). *Medicalização e políticas públicas de saúde mental no país*. Curitiba: CRV, 2023.

DOHERTY, T. *Teenagers and teenpics: the juvenilization of American Movies in the 1950s*. Philadelphia: Temple University, 2002.

FREUDENBERG, N. *A que custo? O capitalismo (moderno) e o futuro da saúde*. São Paulo: Elefante, 2022.

HAIDT, J. *A geração ansiosa: como a infância hiperconectada está causando uma epidemia de transtornos mentais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2024.

IASI, M. Cinco Teses sobre a formação social brasileira. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 136, p. 417-438, set./dez. 2019.

LEAVELL, H. R.; CLARCK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEFÉVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.

LEITE, L. C. *Meninos de rua: o rompimento da ordem 1554/1994*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/IPUB, 1998.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MIOTO, R. C. T. A família como referência nas Políticas Públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L. A. B. (Org.) *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. *Economia política: Uma Introdução Crítica*, São Paulo: Cortez Editora, 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais de saúde em atenção primária*. Genebra, 2000.

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. *Prevención de la conducta suicida*. Washington, DC: OPAS, 2016.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASSOS, R. G. Holocausto ou navio negreiro?: inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

REIS, A. H.; MATIASSI, A. C. T.; FREIRE, S. S. A. *Cuidados psicossociais nas adolescências e juventudes*. Campo Grande, MS: FIOCRUZ Pantanal, 2023.

RIZZINI, I. Infância e identidade Nacional. *Em Pauta*, Rio de Janeiro, nº11, p. 71-97, 1997.

ROSA; L. C. S.; BARBOZA, F. L. G.; GUIMARÃES, T. A. A. Trends in the intervention of social workers in mental health crisis care. *Scientific journal of applied social and clinical science*. V. 3, n. 33, 2023.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. *The state of the world's children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. New York, 2021.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e práticas democráticas. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). *Política social e democracia*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WHO. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.