

O OLHAR E A ESCUTA PARA O ACOLHIMENTO E O CUIDADO DE UNIVERSITÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO E DA PSICANÁLISE



Débora Maria Biesek
Giseli Monteiro Gagliotto

O OLHAR E A ESCUTA PARA O ACOLHIMENTO E O CUIDADO DE UNIVERSITÁRIOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO E DA PSICANÁLISE

Conselho Editorial

Profa. Dra. Andrea Domingues
Prof. Dr. Antônio Carlos Giuliani
Prof. Dr. Antonio Cesar Galhardi
Profa. Dra. Benedita Cássia Sant'anna
Prof. Dr. Carlos Bauer
Profa. Dra. Cristianne Famer Rocha
Prof. Dr. Cristóvão Domingos de Almeida
Prof. Dr. Eraldo Leme Batista
Prof. Dr. Fábio Régio Bento
Prof. Dr. Gustavo H. Cepolini Ferreira
Prof. Dr. Humberto Pereira da Silva
Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa

Prof. Dr. José Rubens Lima Jardimino
Prof. Dr. Juan Droggett
Profa. Dra. Ligia Vercelli
Prof. Dr. Luiz Fernando Gomes
Prof. Dr. Marco Morel
Profa. Dra. Milena Fernandes Oliveira
Prof. Dr. Narciso Laranjeira Telles da Silva
Prof. Dr. Ricardo André Ferreira Martins
Prof. Dr. Romualdo Dias
Profa. Dra. Rosemary Dore
Prof. Dr. Sérgio Nunes de Jesus
Profa. Dra. Thelma Lessa
Prof. Dr. Victor Hugo Veppo Burgardt

©2023 Débora Maria Biesek; Giseli Monteiro Gagliotto

Direitos desta edição adquiridos pela Paco Editorial. Nenhuma parte desta obra pode ser apropriada e estocada em sistema de banco de dados ou processo similar, em qualquer forma ou meio, seja eletrônico, de fotocópia, gravação, etc., sem a permissão da editora e/ou autor.

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

B589o

Biesek, Débora Maria

O olhar e a escuta para o acolhimento e o cuidado de universitários em sofrimento psíquico: contribuições da educação e da psicanálise / Débora Maria Biesek, Giseli Monteiro Gagliotto. – Jundiaí-SP: Paco Editorial, 2023.

Epub

ISBN: 978-85-462-2348-0

1. Psicanálise. 2. Ensino superior. 3. Universidade. I. Biesek, Débora Maria. II. Gagliotto, Giseli Monteiro. III. Título.

CDD: 150.195

Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Índice para catálogo sistemático

I. Psicanálise

PACO  EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658
Ed. Altos do Anhangabaú, 2º Andar, Sala 21
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100
11 4521-6315 | 2449-0740
contato@editorialpaco.com.br

Foi feito Depósito Legal

AGRADECIMENTOS

Chegar aqui foi um caminho árduo, e tenho muito a agradecer a tantas pessoas que me auxiliaram para a concretização deste trabalho e de um sonho.

Agradeço aos meus pais Marisete e Leôncio pelas orações, pelo incentivo, pelas palavras de conforto, e por me mostrarem uma força que eu já havia desistido de encontrar em mim. À minha irmã Denise, por me lembrar dos meus próprios objetivos e metas de vida. À minha nona Irma, pelas constantes orações e pelo seu exemplo de vida. Ao meu primo, Rafael, que me ajudou nos momentos de tensão com seu ânimo, com nossas conversas, e com os momentos de desabafo.

Preciso tanto agradecer a amigos adquiridos nessa trajetória: Andrews, Angelita e Fernanda. Tantas conversas de variados assuntos, que me auxiliaram na concentração no meu trabalho e a me encontrar nesse caminho que é sim de bastante sofrimento psíquico. Foi no apoio e na proximidade deles que encontrei forças para conseguir construir esse trabalho.

Agradeço às amigas que os estudos, o trabalho e a vida me apresentaram: Joice, Juliane e Giceli. Foram os braços que me auxiliaram e os ombros em que pude desabafar. Nos momentos de aflição elas me mostraram que é possível superar e, como consequência, adquirir amadurecimento emocional e aprendizado tanto no lado profissional quanto pessoal.

Agradeço às professoras dra. Sueli Ribeiro Comar e dra. Verônica Suzuki Kimmelmeier pelo tempo disposto para o estudo deste trabalho, que resultou em ricas contribuições.

Agradeço à minha orientadora, a professora dra. Giseli Monteiro Gagliotto. Obtive muito conhecimento teórico, acadêmico, profissional e pessoal nesse pequeno período de nossas vidas.

Também quero agradecer ao psicólogo Fabrício da Unioeste de Cascavel, à professora Lara Floriano da UEPG e à psicóloga Carla da UEL, pelas informações prestadas dos serviços de saúde mental.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a Deus, que proporcionou esses encontros em minha vida, com essas pessoas e com muitas outras. Obrigada por me iluminar, cuidar e proteger. Grata!

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
INTRODUÇÃO	11
1. A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PSIQUIATRIA E NA PSICANÁLISE	21
1.1 A história da loucura: a ideia de degenerados ao enfoque psiquiátrico	24
1.2 O sofrimento psíquico e a Psiquiatria Moderna	32
1.3 O sofrimento psíquico e a Psicanálise	46
2. DOS SINTOMAS, INIBIÇÕES E ANGÚSTIAS NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO	57
2.1 Estruturas e funcionamento do aparelho psíquico: ênfase na segunda tópica postulada por Freud	67
2.2 A compreensão da angústia para Freud e Lacan	81
2.3 A angústia e a manifestação do sofrimento psíquico em acadêmicos da Unioeste atendidos pelo Gapac	93
3. INTERVENÇÕES POSSÍVEIS NO ESPAÇO UNIVERSITÁRIO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ACADÊMICOS DA UNIOESTE: UM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL	105
3.1 Intervenções possíveis de acolhida e escuta do sofrimento psíquico de acadêmicos nas universidades públicas paranaenses	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS	131

PREFÁCIO

Estive na Unioeste de Francisco Beltrão, pela primeira vez, a convite do Programa de Pós-Graduação em Educação, por meio da Giseli Monteiro Gagliotto, em dezembro de 2019. Fui como banca externa da defesa de mestrado da acadêmica Joice Schultz. Na ocasião, fui muito bem acolhida pelos motoristas, pela secretaria, pela companheira de banca, Sueli Ribeiro Comar, pela Giseli e pela Joice, que fez a defesa da dissertação com a sala cheia de amigos/as da Unioeste. Nessa oportunidade, também conheci o espaço do projeto Gapac. Lembro-me de uma conversa boa e longa, com a Giseli e com a Débora, que, à época, era voluntária. Compartilhamos experiências, já que naquele momento, eu era responsável pelo serviço de Assistência Estudantil do campus de Irati, na Unicentro.

Quem diria que em 2021, em plena pandemia, poderíamos nos encontrar novamente, de forma virtual, para a banca de qualificação e também de defesa da então mestranda Débora Maria Biesek, com o necessário trabalho intitulado: “Psicanálise e Educação: o sofrimento psíquico dos acadêmicos da Unioeste de Francisco Beltrão-PR”. Neste texto, que agora se transforma em livro, Giseli e Débora se debruçam sob as experiências recolhidas durante o período em que trabalharam no serviço de escuta de acadêmicos/as.

A pesquisa, agora então transformada em livro, buscava saber quais eram as manifestações do sofrimento psíquico dos acadêmicos da Unioeste – campus de Francisco Beltrão – PR e quais eram, a partir da bibliografia e de atendimentos, as possibilidades de promoção da saúde mental para as universidades paranaenses. Tal mapeamento se faz importante como marco de pesquisa, já que nesses relatos, as dificuldades experienciadas nesses espaços universitários, as escolhas de vida, a tensão e o desprazer constante, acompanhados pelo sentimento de incapacidade e insegurança com a prática profissional, juntamente com a perda de momentos de prazer, incidem diretamente nesses sujeitos.

A partir da oferta do serviço psicológico no Gapac, houve a possibilidade de escuta desse sofrimento psíquico. Essa experiência, analisada na presente obra, provoca os atores envolvidos a intervir nessa realidade, a partir da reflexão de categorias: a necessária institucionalização de serviços de Assistência Estudantil; a formação de professores para além de conteúdos curriculares; as ações institucionais coordenadas, não só a partir do olhar da Psicologia; a atualização da infraestrutura das universidades e a oferta de espaços de arte e cultura, articulados como estratégia política, já que, como disse Ferreira Gullar, “a arte existe porque a vida não basta”.

INTRODUÇÃO

A presente obra, oriunda de uma pesquisa de mestrado, consiste em uma análise crítica e científica do sofrimento psíquico nos acadêmicos do ensino superior. Foi um longo percurso, no qual as motivações pessoais, profissionais e acadêmicas auxiliaram a prosseguir nessa jornada. Cursar Psicologia em um município bem diferente do local de minha origem me trouxe, inicialmente, várias dificuldades relacionadas às diferenças de costumes e às diversas culturas. Ainda, contratempos familiares fizeram com que eu tivesse que elaborar várias formas de luto. Todo esse conjunto resultou em sofrimento psíquico.

A formação em Psicologia tem como ponto principal trabalhar com o sofrimento psíquico das pessoas, de forma que elas possam viver sem terem interrompidas suas funções e suas relações sociais e grupais. Na atuação como psicóloga, observar que é possível desenvolver maneiras de evitar com que o sofrimento prejudique de forma acentuada a vida das pessoas me trouxe a motivação profissional para realizar essa pesquisa.

No ano de 2019, fiz parte do projeto de extensão Grupo de Apoio Psicológico aos Acadêmicos (Gapac), presente somente na Unioeste do campus de Francisco Beltrão-PR. Nesse projeto, o trabalho é dar suporte, auxiliar, orientar e apoiar acadêmicos que apresentam sofrimento psíquico.

O Gapac teve início no ano de 2017, através de uma parceria entre o Laboratório e Grupo de Pesquisa Educação e Sexualidade (Labgedus) e a Assessoria Pedagógica do referido campus, diante da preocupação com os altos índices de evasão universitária.

Os atendimentos no Gapac trouxeram contato com os acadêmicos em sofrimento por variados motivos e que sofriam consequências no âmbito da graduação. Esse contato, unido à vontade de exercer a Psicologia, que é considerada uma ciência e uma profissão, foram minhas motivações acadêmicas para realizar essa pesquisa.

Há documentos de instituições internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, que orientam e declaram a importância do cuidado da saúde fora dos hospitais psiquiátricos, pois estes trazem custos elevados aos países. Entretanto, notamos como a saúde mental está restrita à área da saúde, mesmo sabendo que problemas dessa ordem impactam diretamente na qualidade do ensino e na aprendizagem.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), promover a saúde não é exclusivo dessa área, de forma que, ao se promover um cuidado holístico, a educação também tem sua responsabilidade; nesse documento, a educação é um pré-requisito para a saúde. “A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam” (OMS, 1986). Assim, observamos como a universidade é um ambiente propiciador de saúde, ou, ao menos, deveria ser.

Por outro lado, o que encontramos nos espaços educacionais e, em especial, no ambiente universitário, são acadêmicos em sofrimento psíquico que não dispõem de atenção e escuta qualificada. Isso significa que uma parcela da população não recebe atendimento e, em certa medida, veem a valorização do seu sofrimento quando se encontram em estados emocionais críticos, o que interfere no seu desempenho acadêmico-educacional.

Giglio (1976) ensina que a universidade deveria prover a ajuda e a superação das dificuldades dos acadêmicos, pois o desenvolvimento da personalidade desses estudantes é prejudicado por fatores internos e externos. O autor adverte que “a formação do estudante não deve se voltar primordialmente para os aspectos intelectuais, mas deve visar a personalidade como um todo” (Giglio, 1976, p. 1). O papel que a universidade desempenha na vida desses estudantes é importante, pois fornece estímulos e oportunidades para o amadurecimento da personalidade, o treinamento e o desenvolvimento de suas potencialidades (Giglio, 1976).

Uma pesquisa da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), realizada em 2019, mostrou o quanto a população universitária nas instituições federais de ensino superior é jovem. Quase 50% desta população tem

idade entre 20 e 24 anos. Esse dado pode ser um motivo do descompasso entre o amadurecimento biológico e o social, uma vez que esses jovens são pressionados, precocemente, a escolherem uma profissão, quando ainda não têm a sua própria identidade bem estruturada (Martins *et al.*, 2018).

Existem alguns estudos sobre saúde mental nas universidades voltados à área da saúde e seus determinantes. Pesquisas realizadas nas universidades brasileiras apontam que a promoção da saúde está no caminho contrário, como mostram Biesek *et al.* (2019) em sua análise de estudantes atendidos em uma universidade estadual do Paraná.

Cerchiari (2004) é uma das autoras que muito contribui com esse tema, pois disponibiliza a história dos serviços de saúde mental nas universidades de vários países da Europa e da América, apresentando o foco de preocupação das universidades desses países. A história dos serviços de saúde mental nas universidades é permeada com preocupações voltadas à Higiene Mental: aconselhar; impedir que estudantes intelectualmente capacitados interrompam a graduação por questões de sofrimento psíquico, evitando seu fracasso estudantil; auxiliar o amadurecimento da personalidade dessa população de maneira integrada; e estar alerta aos altos índices de suicídio (Inglaterra, em 1927). Além disso, a preocupação com o uso abusivo de drogas e com os elevadas taxas de distúrbios psíquicos entre os universitários foram elementares para a compreensão do momento presente, e isso auxilia na busca de estratégias para enfrentamento do sofrimento psíquico. Por um determinismo histórico, os serviços de saúde mental nas universidades brasileiras e as pesquisas sobre esse tema tiveram como cerne os estudantes das áreas de saúde, em especial os estudantes de Medicina.

Lima (2016) percebeu, em seus atendimentos a pacientes com transtornos mentais, que os relatos de sofrimento não estavam voltados às características patológicas, e que esses sintomas eram a segunda causa do sofrer. O que realmente faziam-lhes sofrer eram as situações sociais, o meio em que viviam e as implicações nas relações sociais. Dessa forma, supõe-se que o sofrimento psíquico pode

estar presente no ambiente universitário, acarretando dificuldades para o avanço da formação profissional.

Pelo fato de a cultura ser dinâmica, é possível que as pessoas nela inseridas a desafiem e reivindiquem transformações que lhe tragam significados. A cultura tem um processo dialético, e ao mesmo tempo em que proporciona e mantém certa ordem social, também é instrumento de desordem, conforme afirma Lima (2016, p. 44): “funciona como um lugar da criatividade e regulação normativa”. Com essas afirmações, quais são os processos culturais que podem favorecer, dentro das universidades, o sofrimento dos acadêmicos? Ou melhor, o que culturalmente desfavorece a saúde mental nesse ambiente e nesses cursos? Para Bauman, é possível dominar uma cultura, ou seja, “significa dominar uma matriz de permutações possíveis” (Bauman, 2012, p. 43).

Para falar sobre saúde mental na universidade, se faz necessário problematizar a loucura e a Reforma Psiquiátrica. Essa, além de ser uma reforma institucional, de fechamento dos manicômios e de inclusão dos ditos “loucos” na sociedade, defende o respeito à dignidade humana e respeito à pessoa com transtornos mentais, o que implica políticas que favoreçam sua inserção social e comunitária (Amarante, 2007). Ao falar sobre saúde mental na universidade, podemos considerar que algumas consequências da Reforma Psiquiátrica estão atuantes, pois possibilita um olhar holístico para o sujeito, com seus desejos, dificuldades, anseios e contribuições para a sociedade.

O processo brasileiro da Reforma Psiquiátrica iniciou-se a partir de 1970, embasado na experiência do psiquiatra Franco Basaglia, na Itália. Foi uma trajetória e uma luta que continuam na atualidade. Trata-se de uma batalha pelos direitos humanos das pessoas com transtornos psiquiátricos, ou em situações de sofrimento psíquico, que eram asiladas e internadas, desprovidas de sua subjetividade, desejos e vontades. A partir dessa reforma, concretizada pela Lei 10.216/2001, milhares de leitos psiquiátricos foram fechados em todo o país, em um movimento pela socialização dessas pessoas. Lima (2016, p. 51), a partir desses dados, afirma que “a cultura se torna meio e fim da transformação do lugar social da loucura”.

Dentro de uma instituição de nível superior, observamos a dissociação entre saúde e educação. Conforme Giglio (1976), os estudantes que sofrem estão em mal-estar emocional e já vieram com predisposições anteriores. No entanto, o ambiente é um facilitador para esse mal-estar se expandir, fato que prejudica a saúde e a educação desses estudantes. Para Accorsi (2015), a realidade acadêmica causa sofrimento e, dependendo de como ocorre a interação entre professores e estudantes, pode haver facilidades ou dificuldades no aprendizado e no bem-estar psicossocial.

O papel da universidade, atualmente, é fazer parte do processo de produção da hegemonia. Ela reproduz o sistema econômico vigente, é a grande responsável pela pesquisa científica, pela ciência e traz consequências profundas ao mundo produtivo, “advindas dos novos modos de acumulação do capital” (Yasui, 2006, p. 156). O ambiente universitário, ao mesmo tempo em que beneficia a produção de ciência, de saberes e de serviços à comunidade, também é um ambiente criticado, devido às amarras intelectuais que são forçadas a ter sobre a dinâmica da universidade:

É responsável, também, pela formação de indivíduos habilitados e capacitados para atender as necessidades e para enfrentar os desafios de uma sociedade de economia globalizada e em transformação, adaptando-se às novas imposições de maior competitividade, produtividade e eficiência. (Yasui, 2006, p. 156)

E continua, sobre a exigência de uma educação voltada ao trabalho,

para desenvolvimento de competências no julgamento, decisões eficientes e ágeis ante os fatos e eventos; não há tempo para reflexão. A universidade é solicitada a produzir conhecimentos e a formar indivíduos úteis e rentáveis à sociedade. (Yasui, 2006, p. 156)

Yasui (2006) nos interroga sobre quais demandas a universidade deve se ater: seria às das políticas públicas, facilitando aos socialmente excluídos o acesso aos serviços? Ou formar profissionais comprometidos com a ética e o conhecimento para contribuir com as transformações necessárias frente às organizações das classes sociais? Ou, ainda, a universidade precisa se submeter às necessidades e cobranças do mercado, fornecendo mão de obra qualificada que favoreça a acumulação de capital?

O autor critica que muitos estão nessa lógica de mercado, entrando nas universidades para a produção de um papel que comprove sua qualificação e que possibilite sua movimentação na lógica mercantil. Não há reflexões sobre a sociedade no sentido de propor transformações e ações para tal. Nesse sentido, quem não adere às regras do mercado está fora e/ou adoce (Yasui, 2006).

A educação é, dessa a forma,

tratada como um negócio, business e, sob essa perspectiva, as universidades mercantis investem onde percebem que há demanda e, portanto, podem obter lucro. Não têm alunos, mas consumidores, mais preocupados em obter um diploma que lhes dê, ainda que de maneira ilusória, um mínimo de habilidades e competências, para enfrentar a crescente exigência do mercado de trabalho por uma formação de nível superior. (Yasui, 2006, p. 157)

O autor demonstra consciência sobre as implementações das políticas sociais e deixa claro que essa visão da organização da universidade tem um caráter não hegemônico, pois está em um Estado que segue orientações de organismos internacionais, principalmente do Consenso de Washington, o qual vive um processo de reforma para adaptar-se “às exigências impostas pelas novas formas de acumulação do capital” (Yasui, 2006, p. 157).

De maneira geral, essas colocações de Yasui (2006) demonstram como a educação é criticada e como precisaria ser privatizada, principalmente as instituições de nível superior. Se elas trazem

gastos ao Estado e visam a produção de ciência para a acumulação do capital, a privatização seria a melhor opção. Desse modo, traria menores “gastos” ao Estado e se manteria no setor produtivo, talvez até mesmo alavancando-o. Enfim, o autor nos demonstra como o mercado está inserido nas instituições universitárias, nas quais essa lógica da produção em massa contribui para as dificuldades acadêmicas e para o sofrimento psíquico dos que ali estão inseridos, que iniciam o curso com uma expectativa que muitas vezes é frustrada.

Com essas considerações, chegamos ao problema a ser pesquisado: a manifestação do sofrimento psíquico dos acadêmicos da Unioeste, campus de Francisco Beltrão-PR, e as possibilidades de promoção da saúde mental nas universidades estaduais do Paraná.

Dessa forma, alguns questionamentos que apontaram o caminho de nossa pesquisa foram e são pertinentes: a assistência à saúde mental dos universitários pode contribuir com a melhora no desempenho acadêmico? Quais as características dos estudantes que buscam ajuda psicológica em uma universidade estadual do interior do Paraná? Como a restrita assistência à saúde mental tem contribuído para o desempenho acadêmico? E, enfim, chega-se ao problema e à questão da pesquisa: quais são as manifestações do sofrimento psíquico dos acadêmicos da Unioeste, campus de Francisco Beltrão-PR, e quais são, a partir da bibliografia e de atendimentos, as possibilidades de promoção da saúde mental para as universidades paranaenses?

Sabemos que a assistência psicológica acadêmica nas universidades estaduais do estado do Paraná não possui regulamentação ou qualquer outra normatização de atendimentos. A ausência dessa regulamentação faz com que muitas dessas universidades não tenham disponibilizado aos seus estudantes a assistência necessária à saúde mental. O que existe até o momento agrega, exclusivamente, às universidades federais.

O Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010 instituiu o Programa Nacional de Assistência Estudantil (Pnaes) no âmbito do Ministério da Educação. Todavia, as ações de assistência estudantil não abarcam a área de saúde mental. O que está escrito nesse De-

creto refere-se timidamente à área IV: atenção à saúde. No entanto, a redação do texto não faz referência à saúde mental.

Diante do exposto, esse trabalho teve por objetivo geral analisar as manifestações do sofrimento psíquico dos acadêmicos da Unioeste, campus de Francisco Beltrão-PR, sob a ótica psicanalítica e verificar possibilidades de promoção da saúde mental no ambiente acadêmico. Para alcançar esse objetivo, descrevemos a história do sofrimento psíquico e as contribuições da Psicanálise sobre esse tema e analisamos as manifestações do sofrimento psíquico nos acadêmicos da Unioeste, campus de Francisco Beltrão-PR, a partir dos atendimentos realizados no Gapac sob o enfoque psicanalítico. Ainda, discutimos as possibilidades de transformação, além de propor alternativas para a promoção da saúde mental no meio acadêmico.

Realizamos uma revisão de literatura considerando produções científicas de base psicanalítica acerca da temática. Como instrumental, recorremos à análise dos prontuários referentes aos atendimentos psicológicos de 32 acadêmicos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), campus de Francisco Beltrão-PR, realizados, no projeto de extensão intitulado Grupo de Apoio Psicológico aos Acadêmicos (Gapac).

De maneira a atingirmos tais objetivos, esse trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, traçamos a trajetória histórica do sofrimento psíquico no período que antecedeu a Psiquiatria e a Psicanálise. A concepção da loucura e o termo para referir-se às pessoas em sofrimento psíquico passaram por alterações ao longo da história, de acordo com o contexto sociopolítico de cada época. Na Grécia Antiga, o delírio era visto como um privilégio. Sócrates e Platão entendiam que a loucura não era uma doença, pois acreditavam que, por meio do delírio, era possível acessar as verdades do divino.

No desenrolar das discussões filosóficas, passou-se a concebê-la como desrazão. Por Hipócrates, foi classificada como uma disfunção humoral, enquanto na Idade Média, foi compreendida como possessão demoníaca e loucura, sendo os considerados loucos, excluídos da convivência social. A partir do século XVIII, a loucura passou a ser

objeto de estudo da Ciência Médica, definida como doença mental que Pinel, o pai da psiquiatria moderna, chamou de alienação. Para ele, o alienado não seria, totalmente, excluído do ponto de vista afetivo e simbólico dos demais humanos. A proposta de Philippe Pinel (1745-1826) de um tratamento moral que permitisse a interação social com o louco marcou o início da psiquiatria contemporânea.

Neste traçado histórico, é possível constatar tanto os interesses sociais e políticos estreitamente envolvidos na saúde mental das pessoas, como também na organização dos serviços ofertados por variadas instituições. O objetivo dessas instituições estava, principalmente, em livrar a sociedade desses loucos que importunavam a paz e a ordem social.

Os autores que muito contribuíram com considerações e discussões para a construção desse capítulo foram Mota e Marinho (2012), Paulo Amarante (1996/2000), Franco Basaglia (1985), Christian Dunker (2015) Michel Foucault (1978) e Sigmund Freud (2016).

No segundo capítulo, apresentamos uma análise do sofrimento psíquico a partir do referencial teórico da Psicanálise em Freud e Lacan, especificamente voltado aos fenômenos da inibição, sintoma e angústia. A inibição é uma limitação funcional do Eu e afeta várias funções: a sexual, a nutritiva, a locomotora e a do trabalho funcional. O sintoma é uma substituição da satisfação instintual, resultante de uma luta defensiva contra o impulso desagradável proveniente do mundo externo. A angústia é um afeto de desprazer que pode alterar funções fisiológicas como a respiração e os batimentos cardíacos. Considera-se, a partir da segunda tópica formulada por Freud, os três constructos do aparelho psíquico (Id, Eu, Super-eu) como sendo elementos fundamentais para compreender as estruturas clínicas de personalidade e seus funcionamentos psíquicos.

No terceiro capítulo, apontamos cinco categorias de intervenção para a promoção da saúde mental acadêmica, como a institucionalização dos serviços de assistência estudantil, a formação de professores para além dos conteúdos curriculares, as ações institucionais, a infraestrutura e o uso das artes no ensino. Citamos tam-

bém o que existe em termos da saúde mental acadêmica nas universidades públicas paranaenses voltadas à assistência estudantil.

Ao final, há algumas considerações sobre o sofrimento psíquico. Da mesma forma que ele pode prejudicar os sujeitos, barrando conquistas e inibindo suas funções, algumas doses são necessárias para melhor desenvolvê-los, fortalecer suas defesas e promover um sentimento de conquistas, satisfação e bem-estar.

I. A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PSIQUIATRIA E NA PSICANÁLISE

A importância em descrever a trajetória do sofrimento psíquico, muitas vezes considerado como loucura, se dá devido às influências dos interesses sociais e políticos, que estão estreitamente envolvidos, tanto na saúde das pessoas, como também na organização dos serviços ofertados pelas variadas instituições, como a religiosa, a médica e a universitária.

Neste capítulo, foram levantados dados e discussões trazidas por alguns autores, tais como Amarante (1996/2000), Basaglia (1985), Dunker (2015), Foucault (1978) Freud (2016) e Mota e Marinho (2012). Esses autores contribuíram muito nas discussões sobre a organização das instituições e a posição em que o sistema coloca as pessoas. Denotam sobre o não respeitar a totalidade do ser humano, forçando a observá-lo de maneira fragmentada e, dessa maneira, por não os compreender como um ser complexo, não respeita nem a sua dor, nem os seus anseios.

Inicialmente, trataremos sobre como a Filosofia, a Medicina e outras Ciências viam e compreendiam o psiquismo das pessoas a partir do sofrimento. Entre 1874 e 1883, Wundt, o pai da psicologia científica, criou em Leipzig o laboratório de Psicologia Experimental ao comprovar e introduzir a psicologia como saberes da ciência. A Psiquiatria foi estabelecida no mundo entre 1811 e 1882, e as demais especialidades da saúde mental, como a Neurologia, foram instituídas por volta do século XX, entre 1882 e 1918. Junto às especialidades médicas, a Psicanálise também ganha campo. Até então, a Psiquiatria tinha como preocupação a busca em compreender as vinculações dos corpos com os variados tipos de patologias, isto é, os males do corpo que interferiam no comportamento e na mente dos indivíduos, e a vinculação entre soma e psique (corpo e mente) (Mota; Marinho, 2012).

Foi com Philippe Pinel que a loucura começou a ser preocupação médica na França, com o início do desenvolvimento da Psiquiatria Moderna sob forte influência da Revolução Francesa. Ligamos isso ao fato de que foi na França, principalmente nos anos de 1600, que muitas instituições de asilamento foram criadas sob a ordem do Rei e da Justiça, e eram administradas pelas instituições religiosas. O que antes eram os leprosários passou a ser as casas de internamento, que, muitas vezes, não tinham uma definição específica.

O campo de estudo da saúde mental foi, então, o alienismo, até que a Psiquiatria e a Psicologia tivessem teor científico. Essa área foi a responsável por olhar as pessoas em sofrimento psíquico sem considerá-las endemoniadas, deuses ou preguiçosos. O alienismo surgiu entre os séculos XVIII e XIX para tratar das doenças físico-morais, aquelas julgadas por Pinel como doenças das paixões, da imoralidade ou da “cabeça fraca”. Podemos considerar o alienismo como um avanço na área do cuidado ao ser humano, visto que antes disso, ninguém se aproximava dessas pessoas, que eram exiladas de suas cidades por estarem “possessas”. Porém, a partir do alienismo elas passaram a serem vistas como “despossuidoras” da razão, e recebiam um tratamento voltado à moral, às virtudes e ao trabalho, ajudando, de fato, essas pessoas alienadas de si mesmas.

Dessa maneira, o tratamento saiu do terreno das especulações religiosas e metafísicas para um tratamento mais moderno, voltado à razão (Teixeira; Ramos, 2012).

Foucault (1978) demonstrou como a loucura e o louco passaram por transformações no percurso histórico: o louco como um deus, dono da verdade transcendental e observador do mundo na sua verdade crua passou a ser aquele que deve ser isolado e evitado para não contaminar a sociedade com suas impurezas. A loucura, no seu histórico, deixa de ser uma característica religiosa e passa a ser um problema biomédico e físico, marcado pela lepra e pelas doenças venéreas. A partir do século XXI, a loucura passa a ser associada aos transtornos mentais. Durante muitos anos, entre os séculos XVII e

XVIII, aqueles que eram “internados” nos hospitais de loucos foram tratados e nomeados como prisioneiros, e não como pacientes.

As palavras “ordem, moralidade e política” ficaram em evidência durante o percurso dessa pesquisa, principalmente nessa primeira parte. Nota-se que vocábulos como “cuidado, saúde e acolhimento” não têm ponto central nesse percurso histórico, isto é, a história demonstra as contradições das organizações sociais e políticas quando estratégias de cuidado na integralidade do ser humano não são planejadas e executadas. A contradição também demonstra como, desde a Idade Média, a preocupação e a execução das políticas está em manter o poder hegemônico às mesmas classes sociais.

Analisamos que o sujeito que sofre foi, e muitas vezes ainda é, culpado pela sua situação.

Doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada se vê repentinamente, na segunda metade do século XVII, rejeitada para além de uma linha de divisão, e reclusa em asilos que se tornarão, em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura. Bruscamente, um espaço social se abre e se delimita: não é exatamente o da miséria, embora tenha nascido da grande inquietação com a pobreza, nem exatamente o da doença; no entanto será um dia por ela confiscado. Remete-nos, antes, a uma singular sensibilidade, própria da era clássica. Não se trata de um gesto negativo de “pôr de lado”, mas de todo um conjunto de operações que elaboram em surdina, durante um século e meio, o domínio da experiência onde a loucura irá reconhecer-se, antes de apossar-se dele. (Foucault, 1978, p. 116)

Com essa brilhante análise crítica, Foucault (1978) ensina que tudo o que saía dos ditames da moralidade era considerado insano: a homoafetividade, a pobreza, a devassidão e a liberdade sexual (predominantemente de mulheres). A loucura era condenatória, era

culpa de algo. Através da história da loucura apresentaremos desde a ideia de degenerados aos ditames do enfoque psiquiátrico.

1.1 A história da loucura: a ideia de degenerados ao enfoque psiquiátrico

Existem relatos da História Antiga de que, em algumas tribos, pessoas que hoje seriam consideradas loucas foram consideradas deuses ou oráculos do divino, ou seja, alguém com a verdade transcendental. Séculos depois, no período em que a Igreja ditava as regras e que possuía o poder de comandar o modo de vida das pessoas, essas eram consideradas possuídas ou endemoniadas. Verificamos, assim, como a condição de ser humano não pertencia a essas pessoas em sofrimento, mas aos portadores da hegemonia (Amarante, 1996). É interessante avaliar que, no momento no qual há uma instituição dona do discurso e que dita sobre as configurações da ordem social, as pessoas começam a sofrer psicicamente.

O entendimento do sofrimento psíquico está intimamente ligado às reflexões, aos questionamentos e à História, desde a Grécia Antiga. O filósofo Platão colocava a loucura como “objeto de reflexão da Filosofia como campo de saber sobre a natureza humana, a alma, as paixões, a ética e a moral” (Amarante, 1996, p. 38).

Outro filósofo que também discutiu sobre esse sofrimento foi Hipócrates (séculos IV-V a.C.), considerado o pai da Medicina. Amarante (1996, p. 47) aponta que, para ele, “a doença, tal como nos aparece, é essencialmente uma reação salutar do organismo contra a ação de causas que perturbam seu equilíbrio, e de que sua conclusão natural é a cura”. É possível correlacionar essa citação ao psiquismo humano.

Em seu tratado (*Da natureza do homem*), Hipócrates afirma que os humores são considerados partes do corpo, incrustados nos órgãos e relacionados com os quatro elementos (terra, ar, fogo, água). Portanto seriam quatro os humores corporais (sangue, fleuma, bile

branca e bile negra) (Mota; Marinho, 2012). A homeostase desses elementos determinaria a saúde, e o oposto também seria verdadeiro.

Na argumentação de Hipócrates, podemos observar que o binômio mente e corpo deixa de ficar em evidência. Assim, podemos concluir que ele passa a considerar as questões emocionais como pertencentes ao corpo fisiológico (está nos órgãos). Os sentimentos e o psiquismo seriam reações biológicas.

Algumas obras de Galeno tem a questão psíquica bastante implícita. Utilizando a lógica e o estudo dos humores de Hipócrates, ele desenvolve sua tipologia do temperamento. Conforme elencaram Mota e Marinho (2012), seriam também quatro os tipos de temperamento: o do tipo sanguíneo (seu humor corporal se dava pelo sangue), o tipo colérico (a bile amarela que interferia no humor), o tipo melancólico (excesso de bile negra) e o tipo fleumático (seriam pessoas com excesso de fleuma).

O temperamento foi caracterizado como um fenômeno psicológico por Immanuel Kant, em sua obra *Antropologia*. Segundo Kant, o temperamento estaria associado à facilidade ou dificuldade da coagulação sanguínea e à temperatura. Muito semelhante a Galeno, Kant também assinalou quatro tipos de temperamento “considerando a composição sanguínea e usando critérios de energia de vida, que oscila, da excitabilidade à sonolência, além de características do comportamento dominante como emoção versus ação” (Mota; Marinho, 2012, p. 75).

Sobre a loucura propriamente dita, as primeiras grandes contribuições foram realizadas por Michel Foucault (1978). Em sua obra *História da loucura na idade clássica*, o autor desenvolveu a linha do tempo das instituições hospitalares (hospitium), onde inicialmente se mantinha pessoas isoladas para o tratamento da lepra.

É importante mencionar que a palavra “hospitium”, que no Brasil originou a palavra hospício, somente nesse país está ligada ao termo pejorativo da instituição (Amarante, 2000). Países da Europa, como Inglaterra, França e Espanha têm na tradução da palavra vieses de hospitalidade, acolhimento e cuidado. Contudo, no Brasil o termo remete, principalmente no senso comum, a um lugar para loucos e

degenerados, ou seja, uma ideia de que é um espaço para limpar a sociedade desses indivíduos que importunam a paz e a ordem social.

Depois da lepra, Foucault (1978) mostrou o quanto as doenças venéreas foram isolando as pessoas, institucionalizando-as. Os leprosários quase não eram mais usados, e as construções permaneciam de pé. Com a disseminação das doenças venéreas, as quais também tinham um peso moral, por ordem do rei, das polícias e sob a influência religiosa, as pessoas que adoeciam deveriam ficar nos hospícios e asilos.

Sobre a sucessão das doenças venéreas, após a lepra, Foucault (1978, p. 12) afirma:

É sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é a que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demora para se apropriar.

Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantinho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite com ela reações de divisão, de exclusão e de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença.

Um dos pontos marcantes na obra de Foucault (1978) é a *Nau dos Loucos*, que consiste em um barco estranho que carregava as pessoas em sofrimento psíquico, os loucos, pelos mares e oceanos ainda sem conhecimento, ou seja, com todos os perigos de nunca mais voltar à terra. Conforme trouxe o autor, a justificativa da época, muito influenciada pela Igreja, é de que a água é símbolo da purificação.

Foucault (1978) associa muito a loucura e o louco com as artes, tanto no teatro como nas danças e pinturas. Ele afirma que a loucura é aquela que tira a visão das pessoas e omite a razão, enquanto o louco é aquele que força a visão para aquilo que não se quer olhar. O louco faz a paródia da crítica social e religiosa de maneira espontânea. É possível que justamente a espontaneidade seja o fator que o coloca à margem daquilo que é aceito como “normal”.

Fantasmagorias e ameaças, puras aparências do sonho e destino secreto do homem — a loucura tem, nesses elementos, uma força primitiva de revelação: revelação de que o onírico é real, de que a delgada superfície da ilusão se abre sobre uma profundidade irrecusável, e que o brilho instantâneo da imagem deixa o mundo às voltas com figuras inquietantes que se eternizam em suas noites; e revelação inversa, mas igualmente dolorosa, de que toda a realidade do mundo será reabsorvida um dia na Imagem fantástica. É nesta imagem logo abolida que se vem perder a verdade do mundo. Toda esta trama do visível e do secreto, da imagem imediata e do enigma reservado desenvolve-se, na pintura do século XV, como sendo a trágica loucura do mundo. (Foucault, 1978, p. 33)

Em vários trechos da obra *História da Loucura na idade clássica* (Foucault, 1978), a arte esteve bastante envolvida: na representação, na descrição, na romantização ou na problematização, trazer à sociedade a problematização da loucura, inserir na cultura para ser lembrada e vista. Isso condiz com Foucault (1978, p. 33): “a loucura está no universo do discurso. Nasce no coração dos homens, organiza e desorganiza”. Como exemplo, se analisarmos os romances de Shakespeare, a loucura estará associada à morte e ao assassinato; em Cervantes, percebemos como a loucura está no imaginário. Em Josh Malerman (filme *Bird Box*), a loucura está na visão do que não pode ser visto. Em Pink Floyd (música *The Wall*), a loucura está em escancarar a visão dos alunos sobre a forma de ensino que lhes é imposta. E a loucura na Universidade é julgada nos acadêmicos e

acadêmicas que choram, têm crises de ansiedade, aqueles e aquelas que não conseguem apresentar seminários para a sala, os/as que atentam contra a própria vida.

Por volta do século XVI, a loucura foi considerada um abandono do mundo, uma renúncia deste à vontade de Deus. Analisamos um discurso bastante contraditório, pois no mesmo período em que o louco era aquele endemoniado, à mercê da graça divina, a loucura era a razão de Deus, em seu movimento essencial. Loucura era se libertar do mundo permanecendo à providência divina: “tudo é loucura!” (Foucault, 1978, p. 38).

Conforme novos períodos históricos se edificaram, o discurso religioso foi perdendo força, a *Nau dos Loucos* deixa de ser usada, mas é necessário algum lugar para colocar esses loucos. Dessa maneira, os hospitais são utilizados, agora como “Hospital dos Loucos”: “nele, cada cabeça vazia, obstinada e ordenada, segundo a verdadeira razão dos homens, fala, por exemplo, com a linguagem da contradição e da ironia, a linguagem desdobrada da sabedoria” (Foucault, 1978, p. 49).

Esses hospitais para loucos tiraram a identidade das pessoas que ali eram jogadas. Utilizamos dessa palavra, “jogadas”, pois não havia humanidade ao levá-las para estes locais. Fossem os indivíduos pobres, desempregados ou insanos; qualquer pessoa que colocasse em risco a boa imagem de uma cidade limpa era levada para esses hospitais. Os que faziam esse serviço eram honrados, por terem “libertado” a cidade da “sujeira da insanidade”. É, portanto, a partir do século XVII que a loucura começou a ser associada aos hospitais asilares/internamentos (Foucault, 1978).

A desumanização era tão grande que as pessoas internadas nos “hospitais dos loucos”, consideradas animais, foram utilizadas em um espetáculo para arrecadar fundos, no hospital Bicêtre, na França: os burgueses pagavam a entrada e se divertiam vendo os insanos aprisionados, levando chicotadas e fazendo o que lhes pediam; uma enorme humilhação e uma violação total dos direitos humanos. Foucault (1978, p. 56) descreveu:

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais.

A mesma Europa, que iniciou esse processo de “limpeza” e “libertação” colocando os pobres, os desempregados e os insanos nos hospitais, se escandalizou com a manutenção dessas atitudes desumanas. Iniciou-se assim o desaparecimento desses hospitais asilares da cultura europeia. Em 27 de abril de 1656, em Paris, é fundado o Hospital Geral, e as reformas contra a desumanização são no âmbito administrativo. Até então, não existia uma especialidade médica para administrar e comandar os hospitais, que ficavam sob responsabilidade da igreja e da força militar (Foucault, 1978).

O objetivo desses hospitais divergia de tratar as pessoas e cuidar de sua saúde mental, e se focavam em impedir a mendicância e a ociosidade, fontes principais da desordem pública. Os governantes acreditavam que, asilando os desempregados e retirando os mendigos das ruas, o termo “desemprego” deixaria de existir (Foucault, 1978).

Nesses manicômios não havia divisão: todos que apresentavam sinais de distúrbios mentais eram abandonados nessas instituições, sem receber qualquer forma de tratamento. Mota e Marinho (2012) apontam que foi no decorrer do século XVIII, na Europa, que se iniciaram formas diferentes de asilamento, utilizando-se de classificações de variados transtornos a partir do desenvolvimento científico dos diagnósticos da época.

Posteriormente, com a chegada da crise na Europa, os hospitais passam a ter sua função voltada essencialmente à ordem política e moral. Quem estava preso nesses hospitais era colocado para traba-

lhar como mão de obra barata, e eram obrigados a trabalharem servindo à “prosperidade de todos”. Em períodos de alta no desemprego, essas pessoas já estavam trancafiadas atrás dos muros para não causarem desordem, agitações e revoltas. O trabalho das pessoas presas nos hospitais causou descontentamento dos empresários e donos do capital da época, porque havia muito do produto com um valor muito abaixo do que esses empresários poderiam fazer (Foucault, 1978).

Para não ocorrer maiores problemas com os donos do capital, passou-se a utilizar as pessoas internadas com serviços banais. Já eram tratadas como animais em zoológicos, e passaram também a trabalharem como “burros de carga”. Foucault (1978) descreve que em 1781 utilizavam-se pessoas em lugar de cavalos para trazer água. Eram organizadas equipes que ficavam puxando água durante todo o dia, das 5 horas da manhã até às 8 horas da noite.

A loucura e a pobreza eram quase sinônimas, assim como a incapacidade de trabalhar ou de integrar-se a um grupo. A loucura foi considerada o fator da desordem e dos problemas morais e estéticos das cidades. Dessa forma, se justificava os internamentos e a obrigação ao trabalho, semelhante a animais (Foucault, 1978).

O hospital não era mais um lugar de tratamento, refúgio ou cuidado, conforme a epistemologia da palavra, passando a ser, conforme diz Foucault (1978), um ateliê de trabalho forçado. É o local de corrigir e punir falhas morais. As pessoas ali prisioneiras não mereciam o tribunal dos homens, pois sua penitência do tribunal, mesmo que severa, não conseguiria corrigir sua moralidade.

Até a loucura ser uma questão médica, a política e a religião tinham o domínio, pois estas ditavam as regras. Com o passar dos anos, o discurso foi modificado para manter-se forte, conforme a época. De acordo com a afirmação de Foucault (1978, p. 67), “doravante, a miséria não é mais considerada numa dialética da humilhação e da glória, mas numa certa relação entre a desordem e a ordem que a encerra numa culpabilidade”.

No início desse trabalho foi dito que o louco foi considerado, em algumas tribos, alguém dono de uma verdade transcendental que pos-

suía um poder místico. No entanto, na era clássica medieval o louco é o pobre, o vagabundo, o mendigo, perdendo, dessa forma, seu sentido místico. Quanto a essa afirmação, Foucault (1978, p. 71) complementa:

Existe o hábito de dizer que o louco da Idade Média era considerado como uma personagem sagrada, porque possuía. Nada mais falso. Se era sagrado é porque, para a caridade medieval, ele participava dos obscuros poderes da miséria. Mais que qualquer outro, ele a exaltava.

Se o prisioneiro, cansado de sua situação, busca uma saída através do suicídio, mas de alguma maneira não conseguisse executar efetivamente, era punido com uma jaula de vime e um armário, na justificativa de utilizar estes instrumentos como terapêutica (Foucault, 1978). Esta terapêutica tinha muito embasamento religioso, que vê no suicídio uma condenação de sua própria alma. Podemos verificar que, ao se tratar do sofrimento psíquico, a igreja esteve muito envolvida em muitas contradições: é ela que inicia uma instituição para acolher aqueles que sofrem, mas, no interior dessas instituições, causa novos sofrimentos.

Relacionamos o sofrimento psíquico às suas influências religiosas e educacionais. Ambas institucionalizam o sujeito interno, ambas possuem um discurso de humanizar e de educar. Contudo, excluem, estigmatizam e causam dor e sofrimento.

É o que podemos observar a partir dos atendimentos no Gapac, em que os jovens foram “jogados” dentro dessa instituição para saírem como profissionais em quatro ou cinco anos, com um currículo extenso em pouco tempo, mas sem diversas experiências que a idade proporciona a serem vividas. A ordem é a formação para o mercado, competência, inovação e mérito. Mas a parte humana está à deriva: verificamos a falta de suporte e auxílio para os acadêmicos vivenciarem essa fase de vida e conseguirem dar conta de tanta demanda.

No final do século XVII e início do século XVIII, a Medicina passa a tomar posse desses cuidados manicomialis. Dessa forma, esses hospitais ficaram associados ao médico psiquiatra de tal ma-

neira e o asilo passou a ser o corpo, “estendido a tal ponto que seu poder vai se estender como se cada parte do asilo fosse uma parte de seu próprio corpo, comandada por seus próprios nervos” (Mota; Marinho, 2012, p. 32).

Com a ascensão da Medicina no campo da loucura, Foucault (1978, p. 228) afirma:

As doenças dos nervos autorizam as cumplicidades da cura. Todo um mundo de símbolos e imagens está nascendo, no qual o médico vai inaugurar, com seu doente, um primeiro diálogo. A partir de então, ao longo do século XVIII, desenvolve-se uma medicina na qual o conjunto médico-doente se vai tornando o elemento constituinte. É esse par, com as figuras imaginárias através das quais se comunica que organiza, segundo os novos modos, o mundo da loucura.

Dessa forma, Foucault (1978) nos mostra que a história da loucura está marcada pela ligação entre doença e cura, médico e doente. Ao afastar os cuidados e a justificativa religiosa, a Medicina ganhou espaço e se estabeleceu, colocando a sua visão, justificando e buscando comprovar suas teorias. Inicia-se, então, a queda da importância dada aos discursos e ações religiosas, e o alienismo entra em ascensão.

1.2 O sofrimento psíquico e a Psiquiatria Moderna

Na Idade Moderna, há a transição de loucura para alienado. O mérito disso cabe aos trabalhos de Philippe Pinel, que originaram a Psiquiatria Moderna. Pinel nasceu em 1745 e, 44 anos depois, inspirado nos ideais da Revolução Francesa ocorrida em 1789, ele iniciou o processo de libertação dos loucos das correntes no ano de 1793, em Bicêtre, e em 1795 no famoso Salpêtrière, considerado o primeiro hospital com clínica psiquiátrica (Amarante, 2012). Seu mérito em ser pai da psiquiatria se deve à produção dos primeiros escritos nos quais ele procurava compreender, em uma visão médica, a loucura e esse mal-estar. A preocupação com o restabelecimen-

to da razão das pessoas alienadas é herança da Revolução Francesa: o homem político é o apto ao bom uso da razão (Dunker, 2015).

Amarante (1996) afirma que Pinel organizou um espaço para os então alienados. Nesse espaço, desenvolveu um tratamento específico conhecido por tratamento moral, influenciado pelos ingleses. Para Pinel, os tratamentos físicos não traziam a cura para os sofrimentos mentais. Seu método se aproximava de Hipócrates, pois valorizava suas observações, mas não aderiu ao uso dos conceitos de Galeno (Mota; Marinho, 2012). Pinel foi um dos primeiros a observar, descrever, classificar e dar importância aos sinais e sintomas do sofrimento psíquico, e com isso aproximou-se da pessoa que sofre e, de certa forma, fundou a tradição da Clínica.

Com suas observações e classificações, Pinel comparou aquilo que é estranho ao socialmente aceito, ao padrão moral. Tudo passou a ser registrado e comparado. As classificações de Pinel e seu tratamento moral davam passagem do indivíduo louco para um ser alienado. Alguns autores discutem sobre a especialidade de Pinel e afirmam que ele foi um dos primeiros psiquiatras; outros, porém, discordam afirmando que Pinel foi um alienista (Amarante, 1996).

Na teoria de Pinel, eram atribuídas causas distintas para a loucura, mas todas seriam de ordem moral, o que justificava o formato de seu tratamento. Em coerência com Amarante (1996), Mota e Marinho (2012) relatam que a preferência pelo termo alienado é por ser um termo mais atraente ao campo médico. Nas observações de Pinel, constata-se que eram indivíduos mal situados socialmente, estranhos aos outros e a si mesmos.

Na Medicina da época anterior a Pinel, a hegemonia do saber médico considerava doença somente se houvesse algum tipo de lesão. Foi Pinel que percebeu e mudou a forma do tratamento das pessoas com transtornos mentais e com sofrimento psíquico. Mesmo sem uma lesão aparente, um órgão danificado ou um machucado, há um ser em sofrimento que necessita de auxílio. Portanto, “é o tratamento moral, e não os tratamentos físicos, que produz resultados para a cura dos alienados” (Amarante, 1996, p. 52).

Enquanto Pinel esteve vivo, a reclusão era uma forma de tratamento por isolamento. Assim, era dada grande importância às separações dos tipos de alienados no Bicêtre: os furiosos e agressivos eram separados dos mais pacíficos, melancólicos e tristes. Pessoas com lesões anatômicas eram isoladas das pessoas moralmente incapazes (Dunker, 2015).

“Em 1801, Pinel vai caracterizar de maneira mais global quatro alterações: melancolia, demência, mania, idiotismo” (Mota; Marinho, 2012, p. 30). Essas caracterizações não necessariamente seriam os diagnósticos diferenciais como existem atualmente, mas o foco desses diagnósticos caracterizava um indivíduo louco ou não.

A partir de determinado momento o que caracteriza a loucura passa a ser a irrupção de certa força, uma força não dominada e talvez não dominável que assumiria quatro formas principais: a força pura do indivíduo tradicionalmente “furioso”; a força dos instintos e paixões nos quadros considerados como “mania sem delírio”; a loucura própria das ideias, que as torna incoerentes, nos quadros chamados de “mania”; e a força da loucura aplicada a uma ideia particular obstinadamente reforçada, na então chamada “monomania” ou “melancolia”. (Mota; Marinho, 2012, p. 31)

Mota e Marinho (2012) afirmam que, nos trabalhos de Pinel, o tratamento para os alienados seria a dominação deles, subjuguando-os. Por serem considerados aqueles que não tinham razão, subjugá-los seria o tratamento correto.

Amarante (1996) discutiu utilizando a denominação “loucura”, e não “alienação”, pois o autor trouxe sua contribuição sobre o período da transição do olhar, do cuidado e do conhecimento desse sofrimento:

História Natural, conhecer é classificar, separar e agrupar os diferentes fenômenos em ordens aproximativas. Dessa forma, se a loucura é considerada um rompimento com a racionalidade, rompimento este que se expressa por meio de determinados sinais precisos e constantes, pode ser

então classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e espécies, enfim, numa nosografia. (Amarante, 1996, p. 40)

Com isso, houve o avanço entre as ciências. Até então, existia a loucura como objeto de discussão da Filosofia, uma questão relacionada à alma do indivíduo, sua moralidade e suas paixões. Com Pinel, isso mudou e a loucura e o alienismo passaram a ser do campo médico, considerados agora como doença (Amarante, 1996).

A partir da revolução nos tratamentos voltados à saúde mental, como o tratamento moral difundido por Pinel, observamos na história várias inovações e descobertas psicológicas. Esquirol, um dos alunos de Pinel, afirmou em 1805 que as paixões possuíam mão dupla na razão e na saúde do ser humano, e cunhou o termo “alucinação”, separando o que era doença mental (demências), da deficiência mental (amências). Seguindo a linha de Pinel, Jean Itard foi o médico que se dedicou em educar o “menino lobo”, fazendo disso um experimento vivo (Dunker, 2015).

Dunker (2015, p. 239) questiona esse experimento do menino lobo com uma dúvida diagnóstica: “teria sido ele abandonado por ser pouco inteligente ou teria sua inteligência se embotado pela ausência de linguagem, uma vez que lhe faltava a convivência com outros humanos?”. Esse questionamento pode nos auxiliar a refletir sobre o sofrimento psíquico dentro do ambiente universitário: esse sofrimento se daria por uma questão puramente particular dos acadêmicos, ou seria ele uma influência da dinâmica do ensino na instituição de nível superior?

Durante o século XIX, as particularidades subjetivas e noções de *self* começaram a ganhar força. Aquinas nomeou “personalidade” como o modo aparente das pessoas, a condição delas e o formato de suas ações (Mota; Marinho, 2012). Dunker (2015), por sua vez, dividiu a história da patologia mental em dois momentos: o primeiro seria a ascensão do tratamento e o alienismo como responsabilidades da especialidade médica; enquanto o segundo momento

seria o da integração do método clínico com os herdeiros de Pinel, tanto na França quanto na Inglaterra.

Ao analisar as técnicas psiquiátricas dos primeiros sessenta anos do século XIX, é possível notar que três eram utilizadas para poder embasar o diagnóstico de sim/não: o interrogatório, no qual o psiquiatra buscava verificar os sintomas a partir de uma confissão do paciente; a droga (haxixe), na intenção de “produzir os sintomas da loucura no doente” (Mota; Marinho, 2012, p. 33); e a hipnose, considerada naquela época uma “ortopedia intelectual”, afinal, o psiquiatra hipnotizador tinha o domínio do corpo do doente, desde suas contrações musculares até suas alterações da sensibilidade. Os debates e reflexões na área da saúde mental se mostram, dessa forma, inseridas numa dialética.

As relações de normalidade, portanto, são influenciadas pelo passar do tempo, pelos locais e pela cultura. Fortemente articulada pela sociedade, esta dá o poder à Psiquiatria para as intervenções por meio dos conceitos sobre o que está dentro do padrão normal/anormal, e pelas suas práticas, cuja expectativa é por resultados favoráveis ao que, socialmente, é aceitável (Mota; Marinho, 2012).

O hospício como lugar de isolamento passou a ser também um lugar de observação, para se conhecer os sintomas e, ao mesmo tempo, tornou-se um desafio maior para a Ciência. Surgiram os estudos de casos clínicos e de observações como “momentos intensos ou traços repetitivos da insânia, depois o enfermo passou a ter uma história individualizada, que se confundia com a história de sua doença” (Dunker, 2015, p. 239). O autor considera esse período da Clínica clássica como uma fase de ouro, e ainda trouxe mais considerações:

Nele vigora o ideal de observação rigorosa, de ligação entre ordem dos sintomas e classes de doenças, por meio da qual a semiologia das doenças mentais poderia ser descrita como um tipo específico de transtorno cerebral, quer ao modo das síndromes neurológicas ou demências, quer seguindo o modelo etiológico das catatonias sifilíticas ou das epilepsias. (Dunker, 2015, p. 239)

Os asilos para os loucos, além de lugares para o tratamento moral, também eram locais de controle social e político. Loucos controlados atrás de paredes é algo que barrava o mal e evitava o contágio para o restante da sociedade. Amarante (1996, p. 56) traz a crítica:

Desde então o termo degenerado, rico em significados éticos e morais – abastardamento, perda moral, degradação –, torna-se sinônimo de alienação mental, seja na linguagem alienista, seja na laica. “Alienado degenerado” é uma combinação entre termos que não representa uma redundância, mas uma potencialização de valores negativos.

Cerca de 40 anos após as teorias de Esquirol, discípulo de Pinel, o Asilo Saint-Anne modificou-se, transformando-se de um depósito de doentes, para um local no qual em proporcionados cuidados com o meio de vida. Com essa transformação, cada pavilhão tinha sua autonomia nas necessidades assistenciais (Mota; Marinho, 2012).

No desenvolvimento dos saberes psiquiátrico e neurológico, que inicialmente foram considerados sinônimos, existiam dois grandes grupos de doenças. Um desses grupos era considerado como o das verdadeiras doenças, ou seja, as orgânicas (Mota; Marinho, 2012), uma classificação que até hoje ainda é válida para muitos. Isso demonstra o preconceito com o outro grupo, o das doenças mentais.

Durante o século XX, áreas de estudo e reflexão, como a Antropologia, a Filosofia, a Psicanálise e outras da área de Humanas, cresceram na tentativa de responder questões relativas ao corpo, suas particularidades, à cognição, às percepções e, principalmente, pelo temor da perda do controle. Aumentaram as discussões sobre o corpo, a psique, a alma, as somatizações e até sobre o corpo da sociedade (Mota; Marinho, 2012), mostrando na sua gênese a grande influência da sociedade geral na saúde particular.

Até então, os estudos sobre o psiquismo humano estiveram estreitamente ligados aos órgãos, ao corpo e à busca por respostas para o sofrimento e para a “desrazão”. Somente se os órgãos fossem a causa desse sofrimento, a pessoa poderia ser considerada como alguém doente ou em sofrimento. As variáveis sociais e culturais estavam ausentes da observação e pesquisa.

A partir da década de 1920, são criadas uma série de terapias, as conhecidas “terapias de choque”, também chamadas “terapias biológicas”. Eram técnicas utilizadas pelos psiquiatras para provocar e determinar certas alterações fisiológicas nos doentes sob a justificativa de desencadear mudanças comportamentais (Mota; Marinho, 2012). Os autores Mota e Marinho (2012) trazem grandes contribuições com detalhes do que foi esse período das terapias de choque. Acreditamos ser importante citá-las para promover empatia, no meio da saúde e no meio educacional, por todas as pessoas que sofrem.

Os doentes passavam por procedimentos invasivos, tais como injeções de medicamentos, seguidas por choques elétricos. As terapias utilizadas tinham nomes como “Piretoterapias”, “Malarioterapia”, “Insulinoterapia” e “Convulsivoterapia”, sendo que esta utilizava Cardizol para provocar ataques convulsivos nos doentes (Mota; Marinho, 2012).

Por muitos anos esse foi o procedimento adotado pelos psiquiatras. Com os ataques convulsivos, os doentes ficavam menos agitados, provavelmente pelo fato de estarem desmaiados, apagados ou com medo dessa forma de terapia. Entre os anos 1920 e 1950, a Eletroconvulsoterapia foi o método mais utilizado e o mais famoso da área de saúde mental (Mota; Marinho, 2012), sendo bastante representado, principalmente, em filmes de terror.

As terapias biológicas e de choque empíricamente demonstravam alguns resultados esperados no meio médico e no meio social. Alguns doentes diminuía sua agressividade, porque estavam desenvolvendo o que hoje conhecemos como Estresse Pós-Traumático. Porém, na época, o nome dado a esse fenômeno era “aura cardiazólica” (Mota; Marinho, 2012). Nessas condições, os doentes faziam tentativas de fuga, sentiam muito desconforto e vivenciavam internamente o medo. Mota e Marinho (2012) mencionam os sentimentos de angústia, ansiedade e até mesmo sensações ainda não nomeadas. Esses tratamentos eram tão desagradáveis que o pânico e a sensação de morte iminente estimulavam as tentativas de fuga.

Entretanto, os médicos observavam somente a reação comportamental, e afirmavam que o medo dessa terapia era muito benéfico, pois não consideravam todo o trauma pelos quais essas

pessoas passavam para tratar algo que, por si só, já trazia muito sofrimento (Mota; Marinho, 2012). Era sofrimento em cima de sofrimento. O Cardiazol foi muito utilizado, principalmente na década de 1940, para o tratamento de esquizofrenia.

Observa-se a visão voltada aos benefícios de ordem econômica e social acima do bem-estar dos pacientes. No hospital, utilizavam a técnica de Cerletti, que provocava perda de memória, e assim os pacientes não se lembravam dos choques elétricos (Mota; Marinho, 2012). A vantagem de cunho econômico se dava por ser um tratamento de baixo custo financeiro, e a vantagem social é que isso evitava fugas e desconfortos aos profissionais que realizavam essa forma terapêutica.

Essa forma de tratamento na qual a questão econômico-financeira era priorizada em detrimento do bem-estar das pessoas, é criticada e analisada por Basaglia (1985, p. 315):

No momento em que se percebe que todas as instituições são funcionais para nosso sistema econômico, chega-se a uma tomada de consciência que poderia ser definida como o momento da racionalização política. De fato, na medida em que são úteis ao sistema, as instituições revelam-se diretamente ligadas aos valores da classe dominante que as cria e determina, demonstrando como sua função consiste essencialmente na manutenção desses valores e na garantia da eficácia da manipulação de uma sociedade inteira.

Mesmo com a defesa desse método por psiquiatras por conta dos resultados obtidos, as estatísticas mostravam o contrário: 53% e 59% dos pacientes que foram submetidos ao Cardizol não tinham alterações nos seus sintomas e continuavam os mesmos, mas com maior sofrimento. Algumas melhoras apresentadas foram no aspecto físico. Conforme Mota e Marinho (2012), o aspecto mental também se manteve praticamente inalterado, apresentando taxas de melhora baixas, entre 12 e 20%.

É revoltante observar que, mesmo com os dados estatísticos que demonstram a ineficácia dessas formas de tratamento e de terapêu-

tica, os médicos as continuavam executando, também realizando novas experiências com esses mesmos métodos.

Basaglia (1985) colocou o quanto o hospital psiquiátrico recebia exigências para funcionar com o máximo de desempenho, e os seus psiquiatras tinham critérios de eficiência. Não só a instituição e os profissionais: os doentes recebiam exigências para reintegram-se em uma categoria de trabalho para a produtividade, ou que produzissem no hospital. Sobre esse aspecto, o autor demonstrou a importância do trabalho e das análises da Sociologia voltadas às experiências de humanização.

No final da década de 1960, houve uma grande revolução no ambiente psiquiátrico, mais especificamente nos manicômios. Passou-se a olhar o paciente como uma pessoa que tem uma doença e que está em constante sofrimento psíquico. Franco Basaglia, diretor do hospital de Gorizia, na Itália, procurou humanizar o serviço utilizando-se de suas experiências pessoais, de quando havia sido preso. Sua revolução obteve repercussão internacional (Amarante, 1996). A desinstitucionalização buscava modificar as experiências do sofrer, pois muito do sofrimento e da experiência da loucura nas pessoas ali internadas derivava dos efeitos da institucionalização e precária rotina diária (Amarante, 1996).

Amarante (1996) discute que as ações de Basaglia demonstraram à população internacional que era sim possível conceber novas perspectivas de vida para aquelas pessoas. A preocupação deixou de ser em nome das evoluções clínicas, dos diagnósticos e dos prognósticos para a relação com essas pessoas e seu convívio social, tratando-as como sujeitos, e não mais como objetos de experiência psiquiátrica.

A discussão envolveu muitos aspectos e foi uma revolução de ordem econômica, política, de saúde, de educação e sociocultural. Até então, o doente mental era um excluído da sociedade, conforme discorre Basaglia (1985, p. 314):

Condição desumana a que foi reduzido, exigindo, de nossa parte, uma ação antiinstitucional que tendia essencialmente para derrubar o negativo do mundo manicomial, substi-

tuindo-o pelo positivo de uma instituição psiquiátrica em que o doente mental fosse considerado um homem que tem o direito de ser curado.

O objetivo do trabalho de Basaglia era melhorar as condições de vida das pessoas ali internadas (Amarante, 1996). Analisamos, nos trabalhos sobre essa temática, que poucas vezes a pessoa internada foi considerada um sujeito e não um diagnóstico, um louco ou um doente. Basaglia (1985) compreendia ser necessário superar a dicotomia entre alma e corpo e os binômios entre saúde e doença. O que favorecia essa sua forma de pensar era sua formação humanística e filosófica no campo da fenomenologia e do existencialismo.

Basaglia (1985) procurou trabalhar a partir de três formas de intervenção: em discussões com os técnicos do hospital, as quais são transcritas em sua obra nomeada *A Instituição Negada*; intervenção, com promoção do contato com os familiares; e as influências na sociedade. Amarante (1996) defende que não existe neutralidade entre os profissionais do manicômio e a própria instituição.

Como resultado do trabalho de Basaglia com os demais médicos psiquiatras de Gorizia, a importância e o estabelecimento de comunidades terapêuticas ganharam destaque. As comunidades terapêuticas permitiam um tratamento sem institucionalizar as pessoas, mantendo a individualidade de cada um, pois defendiam que os pacientes podiam assumir algumas responsabilidades e construir confiança, principalmente para que pudessem conviver socialmente e ter alguns tipos de ocupação. Também, essas organizações utilizavam todo recurso humano disponível, desde os técnicos até os pacientes (Basaglia, 1985).

A importância do método de trabalho do psiquiatra italiano, conforme discorre Amarante (1996), se dá pela devolução da responsabilidade pelas pessoas em sofrimento à sociedade, responsabilidade esta que havia sido jogada às instituições asilares e no médico psiquiatra.

O tratamento é voltado às dificuldades de individualização não mais nos manicômios, mas dentro da vida familiar, dos relacionamentos amorosos, profissionais e educacionais (Dunker, 2015). Situações de sofrimento como o sentimento de perda de identidade

e a dificuldade em ter o conhecimento de si próprio continuavam como a maior ambição na clínica, e são demandas bastante recorrentes principalmente entre acadêmicos.

Um dos pontos que nos chamou muito a atenção, presente em praticamente todas as bibliografias consultadas (Amarante, Dunker, Basaglia, Mota e Marinho) é o fato de que o desejo das pessoas em sofrimento, ainda no período da construção da Psiquiatria, é o da cura para esse adoecimento limitador da existência, que deteriora suas almas e faz com que suas próprias identidades sejam perdidas, drenando energia vital.

Dunker (2015) remete ao ano de 1923, quando houve a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, no Rio de Janeiro. O discurso da época era de modernizar a assistência prestada aos doentes mentais a partir de ideais alemães, franceses e norte-americanos. O objetivo era padronizar a população, inibindo e até mesmo coagindo com a força policial os deficientes mentais e outras pessoas em sofrimento psíquico. A Liga Brasileira de Higiene Mental defendia também a esterilização sexual dos doentes, visando o ideário liberal vigente.

Muito antes da preocupação pelo olhar humano e a autenticidade dos indivíduos as pessoas eram julgadas pelo que eram e depois pelo que faziam, para assim serem internadas ou encarceradas nos hospitais ou prisões. Um exemplo bem brasileiro é a história de Febrônio, “o filho da luz”. Febrônio viveu entre 1898-1984 e foi considerado o primeiro caso inimputável judicialmente (Casoy, 2014).

Dunker (2015) considera que o caso de Febrônio mostrou como os desvios éticos e o que o sujeito era tinham maior valor, e somente depois deveria ser analisado o que o indivíduo fazia. O *ser* era julgado antes da *ação*. Febrônio era de origem indígena e cometeu vários homicídios contra meninos e rapazes, mas o que o fez ser realmente preso no hospital foi o ataque a uma moça rica (Casoy, 2014). Observamos a corrupção da polícia, o preconceito com os mais pobres e o machismo escancarado, pois Febrônio cometeu vários outros homicídios antes, mas até então, se era preso, logo era libertado.

Como a negação de nossa origem cultural miscigenada re-torna como barbárie. Febrônio e sua errância de origens

não era caso até que ele violasse a lei. Violação do pacto social que proíbe matar, mas também violação da regra social que proíbe, mais ainda, matar alguém de uma classe social diferente da sua. (Dunker, 2015, p. 127)

A loucura é perigosa aos olhos da sociedade e da dinâmica da mesma, pois não há coerência em suas ações e o erro (Amarante, 1996). A sociedade vive um constante processo de erros e, conforme a teoria do materialismo histórico-dialético, a consciência é um constructo social. Logo, a subjetividade é resultado do que é vivido socialmente.

Amarante (1996, p. 48) coloca que “as causas da alienação mental estão presentes no meio social: é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio o qual as mesmas não podem mais prejudicá-lo”. Entretanto, questiona-se: realmente o isolamento evita transtornos que o meio social coloca como riscos? Verificamos o aumento dos índices de sofrimento psíquico no ano de 2020 devido ao isolamento social em massa como forma de prevenção da covid-19. Acreditamos que vivemos a contrarregra da ideologia dominante da época dos hospícios.

Basaglia (1985, p. 54) afirma que os psiquiatras e demais profissionais nos hospitais, assim como toda a sociedade que mantinha essa forma de tratamento, consideravam “antes coisas do que homens” os pacientes que ali estavam. Eram coisas, porque não lhes era permitido o seu desejo, ou seja, não eram ouvidos.

Um dos dados importantes constatados por Basaglia (1985) e que fundamentou a Reforma Psiquiátrica na Itália foi a ausência de agressividade dos pacientes, enquanto eles eram respeitados como sujeitos. Na sua obra *A Instituição Negada*, Basaglia (1985) apresentou citações de falas de pacientes e uma dessas falas ilustra a situação: “É a sensação de liberdade. Porque quando uma pessoa fica presa dá o nervoso, mesmo que a pessoa não seja nervosa: ficar preso, ver que não pode fazer isso e aquilo, e ter de fazer o que mandam [...]” (Basaglia, 1985, p. 21).

E quando questionamos a metodologia de ensino utilizada com os acadêmicos atualmente, podemos relacionar a fala de outro paciente:

Entre as pessoas que conheci aqui dentro muitas têm traumas de guerra, muitas ficaram inválidas, como eu fiquei. Eu perdi a razão depois de um incidente na estrada. Outros já nasceram assim, mas são poucos. Eu acho que é o mal-estar que impera na sociedade que faz com que as pessoas adoçam e venham se tratar nestes hospitais. Porque é claro que aquele que está bem não vai cair na bebida nem ficar fazendo maluquices, é muito raro; a culpada de tudo isso é a miséria [...]. (Basaglia, 1985, p. 39)

Assim, o autor de certa maneira obriga a Psiquiatria da época a olhar para o lado social, ambiental e para as ações das comunidades. E é dessa maneira que trazemos para reflexão a formação na universidade. O que disse Basaglia (1985) sobre as instituições psiquiátricas também é coerente com as instituições de Ensino Superior, principalmente quando é citada a divisão de trabalho: “o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o tem” (Basaglia, 1985, p. 105).

Quando se fala em mudanças e transformações, a política é o meio pelo qual isso pode ocorrer. Basaglia (1985, p. 105) também trouxe contribuições a respeito disso:

A possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental se revela, assim, intimamente ligada e dependente do sistema, donde toda a relação está rigidamente determinada por leis econômicas. Ou seja: não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema socioeconômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos.

Os avanços na saúde mental no Brasil, mais especificamente a Reforma Psiquiátrica, foram uma luta política, com parte também dos profissionais de saúde como médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros. Fazer a lei, proibir a instalação de novos hospitais manicomiais e aprovar projetos de “desmanicomialização”, como os hospitais-dia, Caps e Naps, foram provenientes de discussão política. A saúde men-

tal tem muita influência nesse setor, assim como a educação, as políticas educacionais e os programas de governo de cunho econômico acabam interferindo na área. Há uma linha tênue entre saúde e educação, principalmente quando voltamos o olhar para as universidades.

Os interesses políticos se sobrepõem em toda área que envolve as pessoas, seja a educação, seja a saúde. A Reforma Psiquiátrica e a reforma do Ensino Superior têm uma característica em comum, pois quando criado, o Instituto de Psiquiatria (IPq) trouxe em seu planejamento consequências das transformações no cenário político nacional. E o Ensino Superior brasileiro foi estruturado a partir das necessidades sociais e políticas de limpeza da sociedade, uma sociedade sem loucos, de degenerados pelas calçadas das cidades, ou seja: necessidades geridas pelo sistema capitalista (Mota; Marinho, 2012).

Foi assim que, em 1931, o primeiro-ministro da Educação, Francisco Campos, instituiu o Estatuto das universidades Brasileiras pelo Decreto nº 19.851 (11/04/1931), considerado por Mota e Marinho (2012, p. 179) como o “marco estrutural do ensino superior no Brasil”. Os autores complementam sobre as ações do ministro: “Fica claro, pelos despachos por parte do Estado, que este não tinha como prioridade ações que visassem melhorias do ensino” (Mota; Marinho, 2012, p. 183).

A trajetória do sofrimento psíquico pela psiquiatria esteve marcada por grandes descobertas nesse campo do saber, mas também por muita exclusão humana. É o que Amarante (2000) critica fortemente, pois ao excluir o ser humano do meio social nega-se sua totalidade, reduzindo-o a pequenos pedaços biológicos, invisíveis a olho nu. O autor chega a apontar a falta de responsabilidade de autoridades da política, que influenciam diretamente a área da saúde ao insinuarem que as pesquisas históricas eram irrelevantes, porque não indicavam (diretamente) curas e tratamentos novos. A história é uma memória, uma construção social, um processo epistemológico dos saberes e das práticas.

O motivo de colocar a Psiquiatria em uma pesquisa da educação é a reflexão do reducionismo. Se uma ciência como essa reduziu o ser humano em alguns pedaços da biologia, o que faz uma instituição educacional como a instituição do ensino superior? Como

avaliado em atendimentos a acadêmicos, eles estão se sentindo reduzidos a binômios: os que conseguem passar na matéria e os que não conseguem; os que evadem ou os que se formam dentro do prazo; os que conseguem boas notas ou aqueles que estão mal conseguindo a média. Também há a visão dos acadêmicos das instituições públicas, que são generalizados como baderneiros. Dessa maneira, como a Psiquiatria reduziu (se ainda não reduz) o ser humano, a educação também pode estar reduzindo os sujeitos, acadêmicos do ensino superior, o que causa sofrimento psíquico.

Estamos envoltos por muitas variáveis, mas isso não justifica uma redução e uma divisão na compreensão dos sujeitos. Se uma dessas variáveis que nos compõem não está consistente, todo o sujeito adoce e sofre, e ocorre a alienação das pessoas a esse sistema.

Contemporaneamente, observamos diversos discursos de humanização aos trabalhos de saúde mental. Quanto mais humanizado o serviço, melhor as pessoas são tratadas, pois elas passam a ser consideradas humanas em sua totalidade. Nesse ponto, a universidade estaria desenvolvendo um ensino humanitário?

Para auxiliar nas reflexões sobre o sofrimento psíquico e no desenvolvimento de intervenções utilizamos a Psicanálise, que possui um corpo teórico bastante abrangente e um olhar ao ser humano em sua totalidade. Ela vai além do biológico e considera o psíquico, investigando a forma com que os sujeitos recebem as informações do mundo externo e do mundo interno e como essas afetam sua personalidade, suas ações e seus sentimentos.

1.3 O sofrimento psíquico e a Psicanálise

O ser do homem não apenas não pode ser compreendido sem a loucura, como não seria o ser do homem se não trouxesse em si a loucura como *limite* de sua liberdade. (Dunker, 2015, p. 339, grifo do autor)

Nesse item do trabalho, discorreremos acerca da história da Psicanálise e de sua chegada no Brasil. É salutar recorrermos ao corpo teó-

rico-clínico da área para reconhecermos o quanto ela contribuiu para o conhecimento do ser humano em sua totalidade. Mesmo quando os seus primeiros métodos ainda não apresentavam grande eficácia por analisar o psiquismo de maneira fragmentária (Freud, 2016b).

Sigmund Freud, pai da Psicanálise, nasceu em 6 de maio de 1856, na Áustria. Filho primogênito de um pai que já tinha outros dois filhos de um casamento anterior, veio de uma família judaica. Seus pais, principalmente sua mãe, colocavam altas expectativas sobre ele que, por isso, sentia que devia ter seu nome associado a uma grande descoberta para a história da humanidade. Dessa forma, seus pais investiram o que podiam para propiciar a melhor educação para ele (Kupfer, 2005).

Assim, Freud teve acesso a muita leitura, seja literária, de línguas (sabia alemão, grego, inglês, francês, entre outras), mitológicas e filosóficas. No período do ginásio, recebeu homenagens por sua dedicação nos estudos. No período em que nasceu, na Europa dava-se muita importância ao conhecimento científico, que estava em ascensão, e às obras de expressão da cultura (Gagliotto, 2014).

Desde cedo, ele foi bastante curioso com a forma de vida humana. Na universidade, ao estudar Medicina, suas preferências eram na área de pesquisa, e não na clínica. Gostava de mexer nos corpos para tentar curar as doenças, mesmo sem saber ao certo suas causas. Porém, por questões financeiras ele precisou trabalhar no hospital geral de Viena (Kupfer, 2005).

No hospital, ao fazer sua residência médica, Freud demonstrava maior interesse pelas moléstias da neuropatologia. Foi aluno de Meynert (1833-1892), com quem teve desavenças científicas logo após voltar da França, onde havia participado de aulas com Charcot (1825-1893), que era pesquisador da hipnose e trabalhava com a técnica em hísticas. Acreditava-se, na época, que a histeria era uma doença exclusiva de mulheres, pois, etimologicamente, a palavra vem do grego e significa útero. Assim, a histeria era a energia do útero que estava vazando por dentro das mulheres, causando cegueiras, paralisias, afasias, anestésias e outras manifestações fisiológicas. No entanto, esses sintomas não tinham origem em patologias de nenhum órgão (Kupfer, 2005).

Um caso bastante famoso de histeria que foi atendido por Breuer (1842-1925), um médico com o qual Freud teve proximidade e que contribuiu grandemente para o início da Psicanálise, foi o caso de Anna O. Conforme o relato de Breuer (1842-1925), Anna O. adoeceu aos 21 anos de idade. Antes de seu adoecimento, ela sempre tinha sido saudável, sem nenhuma ocorrência de moléstias ou doenças nervosas. Era bastante inteligente e, segundo os relatos do médico, seu intelecto por várias vezes foi elogiado e ela possuía muitos talentos. Após seu pai adoecer e falecer, os sintomas histéricos apareceram: paralisias musculares, transtornos visuais como estrabismo e distúrbios na linguagem, manifestada nos erros na escolha de palavras. Todos esses sintomas a fizeram ficar acamada (Freud, 2016).

Muitos outros sintomas foram surgindo: novas perturbações na visão, paralisias em um lado do corpo, contraturas musculares, dores na parte de trás da cabeça e alucinações. Houve um período do acompanhamento com Breuer (1842-1925) no qual a jovem, que era alemã, passou a desconhecer sua língua materna, comunicando-se somente em inglês. Quando lhe entregavam textos em francês ou italiano, lia com facilidade na língua inglesa (Freud, 2016).

Seu tratamento com Breuer (1842-1925) se deu com o uso da hipnose, através da técnica da catarse, ou seja, da cura pela fala, numa espécie de limpeza de chaminé. Ela era colocada em um estado hipnótico, em uma determinada lembrança, e lhe era solicitado que falasse para que ela se esvaziasse da carga psíquica que a atormentava. Com um longo período de tratamento, os sintomas diminuíram e foram justificados como acúmulo de excessiva energia psíquica, pois em sua vida monótona, ela não a utilizava. Assim, a energia ficava vagando e descarregava-se na fantasia, dissociando sua personalidade. Seus devaneios costumeiros haviam ganhado força e se colocaram em seu corpo (Freud, 2016).

Um outro caso de histeria bastante famoso, tratado por Freud, foi de uma garota de 18 anos chamada Dora. Era proveniente de uma família com um pai ambicioso, uma mãe “inculta” (nos próprios dizeres de Freud) e um irmão mais velho com quem Dora se identificava e era bastante próxima, mas que, com o passar dos anos, afastou-se dela afetivamente (Freud, 2016b).

Os sintomas que fizeram chegar a ser paciente de Freud foram dispneia crônica, dores de cabeça semelhantes à enxaqueca, ataques de tosse nervosa, afonia, ânimo deprimido, insociabilidade e ideia suicida (Freud, 2016b).

Na investigação desse quadro clínico, foi relatado a Freud algumas situações e vivências dela e de sua família com um casal de amigos do seu pai, o sr. K e a sra. K. No caso de Dora, Freud pôde perceber bastantes fantasias e inibições, principalmente dos impulsos sexuais que Dora projetava no sr. K (Freud, 2016b). Essa repressão da libido, sem um local apropriado para a satisfação, culminou em uma resposta do seu corpo, impondo os sintomas e o sofrimento.

Esses dois casos clínicos relatados, visualizados a partir do sofrimento psíquico, auxiliaram no início das investigações para a criação da Psicanálise. O desenvolvimento da Teoria Psicanalítica trouxe diversos avanços humanitários para a saúde mental, especialmente os termos e os conceitos de mecanismos de defesa do Eu, a energia psíquica, a libido, as inibições, a repressão e os instintos. Mota e Marinho (2012) afirmam que os distúrbios mentais passaram a serem vistos como interferências da energia psíquica (libido), concluindo que a Psicologia das pessoas possui base energética e tem ligação biológica “dada pelo metabolismo do instinto sexual” (Mota; Marinho, 2012, p. 88).

A Psicanálise é considerada teoria e método, isto é, procura estudar as causas, classificá-las naturalmente, prever o prognóstico e sugerir um tratamento a partir disso (Mota; Marinho, 2012). Com Freud (2016), o sofrimento psíquico é reconhecido como um “fenômeno patológico”. Ele leva os sentimentos e as emoções das pessoas em consideração e expande da área da cognição e da biologia. Conforme diz Freud (2016, p. 23), “recordar sem afeto é quase sempre ineficaz”. Ainda, em relação ao afeto e aos sintomas histéricos, o pai da Psicanálise afirma que trata-se do “efeito produzido pelos traumas psíquicos mediante a retenção do afeto e a concepção de sintomas histéricos como resultados de uma excitação transposta do âmbito psíquico para o físico” (Freud, 2016b, p. 332). Conforme ilustrado nos casos clínicos citados, quando há inibição do afeto, a excitação precisa ser satisfeita em algum ponto, senão será direcionada ao corpo.

O método com o qual se iniciou a Psicanálise, mencionado anteriormente, que foi bastante utilizado por Charcot (1825-1893), mas depois abolido por Freud, foi a hipnose. Era um tratamento inicial que permitia ao sujeito o uso da palavra, porque, até então, a Psiquiatria buscava afetar o corpo, esconder os sintomas e realizar experimentos com fármacos, ou seja, a pessoa que sofria era um pedaço de carne, e não era tratada como um sujeito. A formação médica desse período dava ênfase na fisiologia, na cura das doenças com causas orgânicas visíveis e passíveis de comprovação. O sintoma que incomodava, portanto, devia ser extinguido. Os aspectos psico-emocionais não eram observados pois eram considerados pseudo-doenças. Kupfer (2005) relata que, nesse período, a Medicina não dava importância ao sofrimento proveniente dos aspectos psíquicos e tratava as pessoas em qualquer espaço nos hospitais. Esses eram organizados por salas, como a sala da oftalmologia, da fisiologia e da otorrinolaringologia, sem haver, por exemplo, sala própria para as mulheres que sofriam de histeria. Estas acabavam sendo mulheres malvistas, acusadas por alguns médicos de fingimento.

Charcot (1825-1893) contribuiu inicialmente com os estudos das neuroses, tirando-as do poderio psiquiátrico, que ainda buscava descobrir as causas dos transtornos e do sofrimento em algum órgão, principalmente no cérebro. Com Sigmund Freud, a neurose e, mais especificamente, a histeria foram visualizadas e reconhecidas, validando-as como algo que traz sofrimento e que altera a funcionalidade e o modo de vida das pessoas.

O interessante em olhar para a história é que, até então, tudo o que desencadeasse ações nas pessoas sem uma causa aparente, era considerado loucura ou alienação. As neuroses eram diferenciadas, mais difíceis para os médicos, na justificativa de que eram distúrbios “fugidios, proteiformes, excepcionais, difíceis de analisar e de compreender; são banidos da observação, são afastados como se afastam da memória lembranças incômodas” (Mota; Marinho, 2012, p. 34).

Conforme seguiam os avanços clínicos, buscou-se separar a patologia histórica do distúrbio de personalidade histórica. A fragilidade em configurar as diferenças nesses quadros clínicos trouxe equívocos e preconceitos (Mota; Marinho, 2012), muitos dos quais ainda são

vivenciados nos dias de hoje, especialmente com qualquer pessoa que esteja em sofrimento psíquico pela desvalorização, pois o sofrimento é mais validado pelos demais quando a gênese é física, orgânica.

O método propriamente psicoterapêutico desenvolvido por Freud (2016) foi o procedimento catártico, que auxiliou no desenvolvimento de novas técnicas, conforme diz o pai da Psicanálise: “tinha como objetivo a eliminação dos sintomas, e o alcançava fazendo o paciente retornar ao estado psíquico em que o sintoma surgira primeiramente” (Freud, 2016b, p. 322).

Um exemplo do resultado da técnica da catarse nos atendimentos do Gapac foi de uma acadêmica de Nutrição que precisou sair da casa de seus pais e residir no mesmo município da universidade. Ela sempre foi muito próxima à família e essa separação necessária para cursar o ensino superior lhe causou muito sofrimento. Começou a descontar seu sofrimento no ato de comer e, consciente disso, preocupava-se com sua aparência, já que, para ela, uma nutricionista precisa ser magra. Morar longe dos pais e descontar seus medos na comida a fez pensar em desistir do curso. Houve perdas significativas na sua família, o que lhe trouxe mais dificuldades para voltar após o recesso universitário. Buscou-se ouvi-la sobre as expectativas relacionadas à família e, ao relatar livremente, ela percebeu algumas ligações do que sentia com a forma que agia. Falar causava-lhe grande alívio, o que foi visualizado a partir do segundo atendimento. Nas sessões seguintes, ela chegava ansiosa para começar a relatar sobre sua semana. A partir desse procedimento, a Psicanálise pode compreender sobre a totalidade dos indivíduos e ir além de um trauma que desencadeava os sintomas, o mal-estar e o sofrimento, para visualizar um compilado de situações e de eventos psíquicos que permaneciam reprimidos no inconsciente, sem a descarga necessária do afeto (Freud, 2016b).

A hipnose e o procedimento catártico favoreceram a descoberta de outra técnica, denominada associação livre, que permitia que os afetos e a simbologia reprimidos no inconsciente fossem analisados pelo profissional no consciente. O analista solicita que o paciente diga tudo o que vier à cabeça, mesmo que pareça sem sentido, sem passar por

censura própria: a ordem é que seja falado, conforme solicitado. Com isso, Freud (2016b) pôde perceber as várias lacunas nas recordações e os pensamentos espontâneos, que dão maior acesso ao inconsciente.

A associação livre traz à tona muito conteúdo do psiquismo, com bastante simbologia. No entanto, trazer conteúdos ao consciente é insuficiente para a diminuição do sofrimento. Assim, Freud (2016) desenvolveu a arte da interpretação. Buscava conhecer o inconsciente, os atos não intencionais, os lapsos e as confusões, e isso favorecia a diminuição das resistências do conteúdo psíquico. Ao melhor interpretá-las e ao estar acessível à consciência, é possível ter escolhas e romper com o determinismo psíquico (Freud, 2016b).

Remover sintomas é diferente de curar (Dunker, 2015). É a experiência de reconstruir a verdade que cura, ao invés da realidade, como frisavam os alienistas. É visto que existem trechos de verdade e de razão na pessoa alienada, que pode se recuperar melhor a partir da experiência do reconhecimento e da retomada da consciência.

Uma situação semelhante ocorreu com uma acadêmica de Geografia, atendida no Gapac, que foi encaminhada por ter sentido vertigens enquanto dirigia com seu filho pequeno no carro. Ela possui em sua história de vida muitas situações de abandono e diversas outras problemáticas e, por conta disso, preocupa-se muito com seu filho e com a maternagem. As divergências e intrigas em seu relacionamento amoroso, na maioria das vezes, ocorrem quando ela quer receber carinho e afeto, mas a outra pessoa quer o seu próprio espaço.

Os atendimentos fluíram muito bem, e já no terceiro atendimento ela relatou estar se sentindo melhor, menos ansiosa e sentiu diminuir seu medo de ter novas vertigens. Muito de sua melhora está relacionada à consciência de que sua função materna está muito ligada com a forma como a sua mãe agia e aos abandonos sofridos.

Freud (2016b) irá defender seu método ao citar seu trabalho realizado em pessoas com casos graves que passaram muitos anos em sanatórios, em hospícios ou em manicômios. Seu trabalho com essas pessoas resultou em grande êxito, tanto para as pessoas quanto para o desenvolvimento dessa terapêutica.

Lacan (1901-1981) leva muito em consideração a linguagem. Dunker (2015, p. 278), ao citá-lo, afirma: “levando em conta a hipótese de que o nome está para o mal-estar assim como a narrativa está para o sofrimento e o sintoma está para a metáfora”. O termo mal-estar expressa a ideia de lugar. Já as narrativas, por serem variadas, assim como o sofrimento, também possuem causas variadas e intensidades diversas. E, por fim, o sintoma está para a metáfora, porque a partir do sintoma subentende-se o que a pessoa está sentindo, pois é uma comparação maquiada.

Na realidade brasileira, a Psicanálise é requerida para um projeto educativo civilizatório, num país em que se discute a criminalidade relacionada com a raça das pessoas. Ela está bastante imbricada nas questões pedagógicas, tais como orientações a mães em relação aos “nervos”, à sexualidade das crianças, entre outros fatores. Antes desse projeto, a Psicanálise já se apresentava na arte vanguardista, mais especificamente na Semana de Arte Moderna de 22 (Russo, 2000). Sua representação na Semana de Arte Moderna de 1922 foi muito ligada à Antropologia, com seus ideais franceses. Observam-se leituras de obras freudianas nos textos de Mario de Andrade, como *A interpretação dos sonhos* e *A teoria do simbolismo*; com Oswald de Andrade, *Totem e Tabu*, complementado com o conflito edipiano (Dunker, 2015).

Na Antropologia francesa, os estudos referentes a degenerescência e a criminalidade deixaram de ser o foco dos estudos e trabalhos terapêuticos a partir da influência de Kraepelin e da Psicanálise de Freud. Dunker (2015) considera um excesso essa forma da Antropologia de observar e classificar os seres humanos, principalmente na caracterização física de aspectos voltados à criminalidade, cujos resultados eram remetidos a pessoas pretas. Com a Psicanálise houve um olhar mais humano, por fazer a função de buscar a teoria nas origens e na autenticidade da experiência dos indivíduos.

Quando chegou ao Brasil, a Psicanálise apareceu na educação também por discursos nas artes e nas políticas e, como prática clínica, iniciou-se no pós-guerra. Dunker (2015) critica a forma brasileira de importar as ideias, porque além das ideias, vêm as interpretações e influências políticas que não são coerentes com a realidade

cultural brasileira. Da mesma maneira como veio, ela permaneceu e ainda hoje é visualizada como uma prática das elites.

Fica em evidência a ligação da Psicanálise no Brasil com a problemática da identidade, da cultura brasileira e de sua civilização. Dunker (2015) afirma que o sintoma brasileiro é a procura pela sua identidade própria, individual. Trazer ao Brasil ideias cruas, sem uma compreensão macro da situação política e sanitária do país, definiu para muitos o caráter nacional brasileiro, como “uma excessiva propensão a identificar-se com o outro, com o estrangeiro, com o colonizador” (Dunker, 2015, p. 130). O autor é bastante crítico com a forma superficial com que a Psicanálise foi utilizada no Brasil pelo fato de terem fechado os olhos a um país com uma grande miscigenação de etnias, bastante diferente da cultura europeia. Esses ideais mantiveram-se no país sem uma leitura e adequação necessária. A crítica também é no fato de o Brasil ainda ser visto como uma colônia, o que é elaborado em outros países, principalmente na Europa e/ou nos Estados Unidos, e vendido a altos custos no país, de forma a mantê-lo como uma neocolônia. Verificamos o quanto as questões políticas estão enraizadas na teoria psicanalítica brasileira.

A Psicanálise poderia prevenir doenças mentais, como a histeria, a partir de suas teorias sobre os instintos sexuais e sobre a associação livre. Ao dar voz ao sofrimento, legitima-se e previne-se que desse sofrimento ocorram avanços para outras patologias. A história da Psicanálise no Brasil vem contra a Antropologia positivista, que conforme visto no caso de Febrônio, utilizava a raça como condição patológica. Portanto, a Psicanálise aparece na tradição do Iluminismo e no uso da razão, no saber como emancipação humana (Dunker, 2015).

Em relação ao posicionamento da Psicanálise no Brasil, Dunker (2015, p. 100) assevera que:

A psicanálise partilharia com outras disciplinas clínicas o que se poderia chamar de psicopatologia de base, solo comum representado por descrições díspares e necessariamente indefinidas de expressão de formas de mal-estar e de sofrimento que cada autor ou escola reescreve a seu modo, o que, de certa maneira, a literatura e as artes já fazem antes de nós.

Um grupo de psicanalistas organizou a Sociedade Brasileira de Psicanálise no Rio de Janeiro em 1947, e em São Paulo no ano de 1951. Essas sociedades tiveram bastante auxílio para iniciar a formação psicanalítica no Brasil, com influência alemã e argentina e com rigor metodológico e padronizado, para que fosse aceita pela IPA (Associação Psicanalítica Internacional) e para expandir a Psicanálise pelos países latino-americanos. Só eram aceitos médicos psiquiatras, enquanto outros profissionais, como psicólogos, não eram admitidos nem aceitos em trabalhos psicanalíticos que envolvessem grupos (Fernandes *et al.*, 2000).

A década de 1970 favoreceu grandes avanços da Psicanálise no Brasil. Ela teve um papel de resistência ao regime militar, que havia se instalado e que reprimia intelectuais. Foram muitos os psicanalistas presos, torturados e mortos, porque estavam ligados às políticas voltadas para a saúde mental. Eles apoiavam os estudantes que lutavam para serem ouvidos nas decisões acadêmicas e buscavam tirar a Psicanálise da visão elitista, batalhando pelo acesso de grupos a ela (Fernandes *et al.*, 2000). Toda essa luta, as perseguições sofridas e o apoio ao movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM) resultou, em outubro de 1978, no I Simpósio de Psicanálise, Grupos e Instituições, composto por acontecimentos contemporâneos, principalmente sociopolíticos (Fernandes *et al.*, 2000).

A Psicanálise permitiu levantar três fontes de ameaça do sofrimento, como: “1. a do próprio corpo, de dor e de angústia; 2. do mundo exterior; e 3. dos vínculos com outros seres humanos” (Dunker, 2015, p. 201). Nos estudos freudianos constatamos técnicas para nos defendermos do sofrimento. Dunker (2015, p. 199) as cita:

- 1- evitação das situações de desprazer; 2- conquista da natureza; 3- intoxicação anestésica ou excitativa capaz, refúgio em um mundo próprio; 4- sublimação; 5- ilusões, que rebaixam o valor da vida; 6- introversão da libido, delírio; 7- experiência do amor, com a inversão simples; 8- estetização da existência. A essas oito, Freud acrescenta a nona:

9- refúgio na neurose. [...] Estabelecendo o humor como a melhor arma para ludibriar o super-eu.

No campo da saúde mental, traçar uma linha histórica das inovações científicas e do desenvolvimento dessa área é dificultoso. Em contato com a história da ciência, no campo em que estuda o sofrimento psíquico, constatamos uma dialética. Em algumas décadas, as inovações foram muitas, conforme mencionadas, utilizando-se de termos conhecidos na atualidade, tais como um sistema inconsciente, pré-consciente e inconsciente, as instâncias Id, Eu e Super-eu, a repressão, a libido, a histeria como uma patologia psíquica sem haver transtorno nos órgãos e as técnicas da catarse e da associação livre como forma de amenizar o sofrimento psíquico. Anos após o conhecimento da dinâmica da teoria psicanalítica com ênfase no psiquismo, avançando do biológico, houve o desenvolvimento de técnicas que focavam somente na parte biológica dos seres humanos para auxiliar na diminuição do sofrimento psíquico. Isso é o que consideramos a dialética do sofrimento psíquico. Nos séculos XIX e XX, o exercício de romper com os mitos e pesquisar respostas científicas foram intensos. As inovações que na contemporaneidade podem estar ultrapassadas favoreceram o olhar humano àquele sujeito em sofrimento psíquico no período histórico e cultural.

2. DOS SINTOMAS, INIBIÇÕES E ANGÚSTIAS NO CONTEXTO UNIVERSITÁRIO

Na presente obra, para apreendermos as manifestações do sofrimento psíquico dos acadêmicos, recorreremos ao suporte teórico-metodológico psicanalítico, mais especificamente, às obras de Freud (1856-1939) e de Lacan (1901-1981), pela riqueza de suas descobertas e dos seus trabalhos clínicos no tratamento da angústia, afeto este originário do sofrimento humano.

Inicialmente, definimos alguns conceitos: sintoma, inibição e angústia. Sintoma e inibição estão fortemente relacionados, mas possuem definições distintas. O sintoma é formado pelo Eu e pelo Super-eu, para não satisfazer o Id. Conforme afirma Freud (2014), o sintoma substitui uma satisfação instintual e aparece após o processo de repressão. O Id é uma instância bastante primitiva do ser humano; constitui-se como a sede dos instintos. Por meio do Id é que há energia psíquica; por isso, o Id é bastante forte. Freud (2014, p. 18) explica que “o sintoma se origina do impulso instintual prejudicado pela repressão”, isto é, a formação de um sintoma é o resultado da luta defensiva contra esse impulso desagradável ao mundo externo. É uma coerção ao Eu. Pelo Eu não ter defesas efetivas contra esse impulso, é formado um compromisso para uma satisfação substituta, ou seja, forma-se o sintoma.

O impulso instintual, apesar da repressão, encontrou um substituto, mas um bastante atrofiado, deslocado, inibido, e que já não é reconhecível como uma satisfação. Quando [esse impulso substituto] é concretizado não há sensação de prazer; em vez disso, tal concretização assume o caráter de coerção. Ao assim rebaixar a satisfação a um sintoma, a repressão mostra seu poder ainda em outro ponto. O processo substitutivo tem a descarga dificultada possivelmente pela motilidade, mesmo quando isso não sucede, ele tem de se esgotar na alteração do próprio corpo e não pode se

estender ao mundo exterior: é-lhe interdito se converter em ação. Como sabemos, na repressão o Eu trabalha sob influência da realidade externa e, por isso, exclui que o processo substitutivo ocorra com sucesso nesta realidade. (Freud, 2014, p. 18)

Para ilustrar, apontamos como exemplo a neurose de angústia de um outro caso clínico freudiano que se tornou famoso no âmbito da Psicanálise: caso do pequeno Hans. O pequeno Hans era um garoto que tinha medo de cavalos, mas, na verdade, seu medo era do seu pai. Hans admirava seu pai, o amava como também amava sua mãe e estava dirigindo seu primeiro amor a ela. Entretanto, o pai estava no caminho, ou seja, o pai estava entre Hans e sua mãe. Hans não podia odiá-lo, pois ele era poderoso, forte e poderia cortar fora seu órgão genital (castrar). Com isso, desenvolveu uma fobia: a fobia de cavalos. Essa fobia de cavalos é o sintoma, pois é uma emoção deslocada do pai para o cavalo e evita a satisfação do Id (Freud, 2014). É mais fácil suportar a presença do cavalo, que não está dentro da casa, porque é possível evitá-lo – diferente do pai, que está constantemente visível e presente. O sintoma é um sinal de que há inconformidade do Id em relação ao Ego e ao mundo externo.

Freud (2014) afirma que o sintoma ocorre em dois tempos. O primeiro é o ato para realizar o que se pretende, mas, imediatamente, ocorre uma anulação ou cancelamento dessa satisfação. Aqui, verificamos como a inibição e o sintoma estão bastante envolvidos. É possível obter um triunfo na formação do sintoma quando se mescla satisfação e proibição ao mesmo tempo. Afinal, o sintoma surge e a descarga libidinal provinda do Id, mesmo que de modo parcial, simbólico e diferente de sua meta, ocorre e vai satisfazer o Id de alguma maneira.

Bizarria, Tassigny e Assis (2014) apontam que, quando o Id e o Super-eu estão em conflito exacerbado e o Eu apresenta-se incapaz de mediar tal conflito e busca satisfação no sintoma. Esse conflito precisa ser expulso, o Eu não consegue tolerá-lo, mas fica escapando das defesas e repetindo, voltando. O sintoma é o grito de socorro do

Eu, e vai satisfazer o Id, mesmo que simbolicamente, e vai obedecer às exigências do Super-eu.

Dunker (2015) diferencia sintoma de sofrimento e de mal-estar. Para o autor, nem todo sintoma causa sofrimento, conforme afirma a teoria freudiana, pois existem os ganhos secundários, isto é, a pessoa ganha algo por passar por isso. Alguma necessidade sua é realizada a partir daquele sintoma, como necessidades mais instintivas, já que camufla as vontades do Id, ou reconhecimento pela instância do Super-eu, ou pelo esforço realizado na repressão de algum afeto.

Observamos na sociedade capitalista que o sintoma está associado diretamente ao diagnóstico. Ainda, nessa sociedade a alienação é um sintoma desse sistema. A constante ânsia por produção, a fragmentação social, as agitações, a ausência de noção de segurança e a necessidade de se reinventar a cada dia para revolucionar o mercado são os pontos principais, caracterizados como os sintomas da sociedade atual (Dunker, 2015). Há muitos medicamentos que auxiliam no controle dos sintomas, ou então, na inibição desses. Os medicamentos são produtos do mercado. Logo, é positivo para a lógica do mercado neoliberal que os sintomas continuem se manifestando. O sistema já executa sua criação a partir das excessivas e constantes cobranças por produção no ambiente universitário.

Freud (2014) aponta duas atividades do Eu que formam o sintoma: anulação do acontecido (alienação) e o isolamento. Nos costumes populares existem os costumes religiosos, com suas ações “mágicas”. Eles são maneiras irracionais de anulação, pois o sujeito realiza algo em favor dos seus instintos provindos do Id, mas o Super-eu o condena. Dessa maneira ora, reza, realiza alguma penitência e é anulado seu ato. Essas atitudes passam a ser constantes e prejudicam as funções executivas do Eu, que são as ações de supervisionar, corrigir, resolver problemas e manter o controle da atenção e da concentração. As maneiras racionais seriam a prevenção e a tomada de medidas para que o sintoma não se repita, ou para que não ocorra tal situação, emoção ou comportamento. Essa forma racional é própria de neuróticos obsessivos, como lavar as mãos

constantemente, para evitar contaminação. Na anulação ou na alienação, o Eu forma o sintoma para tirar a percepção de um afeto, uma representação que desagrada o Id e o Super-eu (Freud, 2014).

A outra técnica de defesa do Eu é o isolamento, “despojada de seu afeto e suas relações associativas são suprimidas ou interrompidas, de modo que ela se acha como que isolada e também não é reproduzida no curso da atividade do pensamento” (Freud, 2014, p. 43). No isolamento, o Eu forma o sintoma que se utiliza de mais funções no psiquismo e desloca sua energia ao isolar o motivo do conflito entre as outras duas instâncias psíquicas (Id e Super-eu).

No contexto universitário, pudemos identificar alguns sintomas, coerentes com o que Dunker (2015) também pontuou, como a ânsia por produção científica, a competição entre programas de pós-graduação, a demanda por quantidades de artigos para manter ou aumentar a média nas avaliações, a insegurança frente a uma disciplina ou campo de estágio etc. Avaliamos os sintomas de insônia, crises de ansiedade, ideações suicidas, transtornos e/ou déficits de atenção e crises de pânico.

Um desses exemplos é o caso de uma acadêmica de Administração que chegou ao Gapac com a demanda de crises de ansiedade e insônia, o que impedia seu descanso e favorecia o aumento da ansiedade, já que preocupava-se em estar bem para o trabalho e para a universidade no dia seguinte. Nos atendimentos, tinha dificuldades para falar devido à respiração irregular, um sintoma da ansiedade. Possuía muitas dificuldades nos relacionamentos, seja familiar, seja amoroso. Era bastante passiva em seu relacionamento, aceitando tudo sob o medo do abandono. Justificava-se por ter sofrido abuso sexual no início da adolescência, e alegava que seu namorado agia dessa forma para protegê-la. Foi uma acadêmica que falava bastante nos atendimentos e, ao final deles, a alteração da sua respiração era visível.

Entretanto, em todos os atendimentos, a acadêmica relatava algum episódio de crise de ansiedade, incluindo a necessidade de socorro na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Também, relatava ter crises de pânico com sinais depressivos e ideação suicida.

Ela mencionou que ouvia vozes pedindo para que ela pulasse pela sacada. Foram atendimentos densos e, após os atendimentos disponíveis pelo Gapac, ela passou por algumas sessões particulares.

O sintoma é um representante que auxilia na compreensão do ser humano. A investigação desse fenômeno vem daquilo que é reprimido e que leva ao desvelamento do inconsciente, dos instintos e da sexualidade (Freud, 2010). Compreendemos que, em um trabalho analítico, o objetivo principal deixa de ser a cura do sintoma e passa a ser o entendimento, porque ele é uma porta para o inconsciente, uma forma do Eu se manifestar.

Várias das manifestações dos acadêmicos relacionadas aos sintomas estão interligadas a outro conceito, que é o de inibição. Segundo Freud (2014), a inibição resume-se numa limitação funcional do Eu. Trata-se de um fenômeno que interrompe a funcionalidade do ser humano, mas que não é inteiramente problemático, pois também ocorre como defesa. As inibições são renúncias do Eu e evita novas repressões e conflitos com as outras duas instâncias psíquicas: o Id e o Super-eu (Freud, 2014). O Eu, com a libido estagnada e sem conseguir exercer suas funções, não se opõe e nem se impõe ao que requerem o Id e o Super-eu. Como defesa, as inibições previnem que as altas exigências do Id e/ou do Super-eu possam prejudicar o psiquismo, como a desintegração ou os ataques ao lado narcísico dos sujeitos, responsável pelo investimento próprio inicial e necessário para as condições de investimento libidinal nos objetos.

Castilho (2007) afirma que a inibição está relacionada com a libido (energia psíquica). Então, a inibição é como a libido sem movimento. Em Luft (2000) e Silveira Bueno (2001), a definição comum do termo inibição é impedimento. O Eu precisa de energia para realizar suas funções, que são cognitivas e intelectuais (a memória, a percepção, o pensamento, a atenção, o juízo crítico e a ação motora). Logo, sem a energia ele fica impedido. A inibição afeta várias funções dos sujeitos, devido ao Eu ter diversas finalidades e ações. Mencionaremos as quatro principais pontuadas pelo pai da Psicanálise, que são a função sexual, a nutritiva, a de locomoção e a do trabalho funcional (Freud, 2014).

Existem diferenças na inibição da função sexual para o homem e para a mulher. No homem há o afastamento da libido a partir da falta da ereção, da ejaculação precoce, da ausência de ejaculação e da ausência do prazer do orgasmo. Em contrapartida, a mulher sofre com questões voltadas à cultura machista, pois há séculos a mulher é julgada pela sociedade a respeito da sua satisfação sexual, sendo que o sexo e a mulher já tiveram a única função de procriação humana. Diante disso, a inibição da função sexual na mulher baseia-se no nojo, no medo, no desvio da energia para outras metas ou na angústia pelo desenvolvimento do ato e, assim, o momento do coito poderia ser impedido. Também há o afastamento da libido para a busca do prazer sexual genital (Freud, 2014). A inibição, dessa forma, está limitando o Eu ao prazer, ao gozo. Em muitos filmes e séries observamos as mulheres ausentes conscientemente no momento do ato sexual, afastando-se da percepção do momento. Isso é inibir a função sexual, que para os seres humanos representa grande fonte de prazer dentro da relação sexual, do coito.

Identificamos tais inibições no contexto universitário. Está presente, em alguns acadêmicos, a dificuldade em assumir sua orientação sexual homoafetiva para a família. Relatos sobre o cansaço, a frustração e a dificuldade em manejar as demandas universitárias com a vida particular estiveram presentes. Há imaturidade emocional e casos em que acadêmicos se encontram desorientados quanto à profissão. Muitos não se identificam com o curso de graduação que estão frequentando, e afirmam estarem confusos e inseguros com a escolha, contrariando seus desejos para o futuro profissional. Esse quadro acaba por inibir sua função sexual. Como exemplo, há o caso de uma acadêmica que tinha uma namorada que gostava de estar presente, auxiliando-a nos estudos, mas as relações sexuais passaram a ser desprazerosas e, dessa forma, ela passou a adiar e a inventar desculpas para evitar esses momentos, fato que culminou no fim do relacionamento.

Há ainda outros relatos, como o de um acadêmico que por muitas semanas investia em uma outra acadêmica e, quando teve

um momento com ela e aproximou-se da satisfação sexual, debandou e se afastou. Ambos são casos semelhantes, nos quais o relacionamento afetivo com a outra pessoa é satisfatório, há a intenção em se relacionar sexualmente, mas o ato sempre é adiado ou cancelado.

Outra fonte de inibição é a da função nutritiva, caracterizada tanto pela falta de vontade em comer quanto pela compulsão em comer. Tem um grande valor simbólico nas histerias, podendo se apresentar com o vômito e com forte ligação às vivências infantis no período do aleitamento (Freud, 2014). Observamos a inibição da função nutritiva em alguns universitários e, curiosamente, a maioria era do curso de Nutrição. Muitos apresentaram compulsão alimentar, diretamente ligada aos momentos ansiogênicos que a universidade proporciona (provas, escolha do campo de estágio, pressão para que o acadêmico siga a estética estereotipada do profissional da área etc.). Em outros casos semelhantes entre si, os relatos apontaram para a recusa de alimento, mas com estudantes que apresentavam dificuldades acadêmicas vinculadas a problemas familiares. Estes relatavam, principalmente, atritos com as figuras parentais e situações específicas que tendiam a ser transtornos de personalidade.

A inibição da locomoção foi uma das primeiras a serem verificadas, no início dos trabalhos psicanalíticos de Freud, sinal bastante característico de estados neuróticos ou histéricos. A inibição se apresenta como a falta de vontade para andar ou fraquezas que impedem a locomoção. Segundo Freud (2014), quando há a inserção de obstáculos e dificuldade para se locomover é possível que haja bastante angústia envolvida. É interessante analisar que a inibição da locomoção está ligada a uma negação da liberdade. Exemplos dessa inibição na contemporaneidade é a dificuldade que muitas pessoas apresentam para dirigir. No período por volta de 1880, em que Freud estava observando e avaliando os fenômenos histéricos que iriam auxiliar na estruturação da Psicanálise, ele acompanhou o caso clínico de Breuer (1842-1925), mencionado anteriormente, que ficou conhecido na Literatura Psicanalítica como “O Caso Anna O”. Ela passou nove meses de sua vida cuidando de seu pai doente. Com

o avanço da doença de seu pai, que culminou em sua morte, Anna começou a apresentar sintomas físicos como paralisias dos membros inferiores e nos membros superiores, além de desorganizações funcionais que estavam ligadas ao fato de ter dedicado todo o seu tempo ocioso aos cuidados com seu pai. Vale destacar que mulheres de classe alta como ela ocupavam seu tempo tocando piano e passeando de manhã nos jardins. Em função do seu pai, Anna não tinha tempo para essas distrações. No momento em que o pai sai de casa e ela se vê desprovida da função de cuidadora, seus momentos para o ócio tornaram-se sem sentido. Seu Eu se desorganizou, inibindo suas funções de locomoção e também sua função nutritiva.

A inibição do trabalho, conforme Freud (2014, p. 12), se mostra no “prazer diminuído, ou pior execução, ou manifestações reativas como fadiga (desmaio, vômitos)”. Há situações nas quais o indivíduo sente-se perturbado com seu trabalho mesmo sabendo de sua importância e acaba se afastando dele. Eventualmente, desperdiça seu tempo com atrasos e repetições de tarefas. Essa forma de inibição está presente no contexto universitário e isso se confirmou na escuta aos acadêmicos que relatavam cansaço com as demandas universitárias, problemas de aprendizagem e problemas para apresentar trabalhos avaliativos. Outros sintomas estavam relacionados a constantes conflitos acerca das especificidades dos cursos, crises de ansiedade e dificuldades de concentração. A inibição emergia visivelmente em acadêmicos que não faziam o curso desejado, como também naqueles que estavam passando por processos dolorosos de luto. Da mesma maneira, isso ocorria nos que sentiam a pressão para dar conta das demandas universitárias por altas expectativas de terceiros, principalmente, de suas figuras parentais.

A angústia é um conceito essencialmente interligado à inibição e ao sintoma. Ao longo de sua vida, Freud construiu duas teorias a respeito da angústia. Na primeira, a ênfase se dá no aspecto econômico, e a angústia é vista como excesso de energia solta no aparelho psíquico, um produto do recalque. Exemplos dessa primeira teoria é a histeria de angústia, que se remete à fobia. Um caso bastante

conhecido é o do pequeno Hans, mencionado anteriormente. Podemos dizer que esse caso auxiliou na alteração da teoria sobre angústia, porque se pôde constatar que a angústia do pequeno Hans em relação aos seus pais ocasionou o recalque dos sentimentos incestuosos. Assim, primeiro vem a angústia, sentida pelo Eu, e essa instância faz o recalque.

A segunda teoria tem ênfase no aspecto dinâmico, criada a partir de uma melhor elaboração do complexo de Édipo. Ao verificar que a ambiguidade de sentimentos entre os pais gerava muita angústia, conseqüentemente o desejo incestuoso era reprimido, como no caso Hans. Isso é o que Bizarria, Tassigny e Assis (2014) defendem ao considerarem a angústia como o motor da repressão. A repressão ocorre se há angústia, e a partir da repressão pode surgir o sintoma, como nos casos de Anna O. e de Dora: ao reprimir seus impulsos sexuais, os sintomas histéricos manifestaram-se. Na insistência dos impulsos do Id ser satisfeitos, o Eu chega ao seu limite e gera a angústia para se defender.

Para exemplificar, há um caso de um acadêmico de Pedagogia, atendido pelo Gapac, que é alvo de chacotas pelos seus colegas e possui muitas dificuldades acadêmicas. Ele tinha aparência de sonolência e cansaço e fazia uso de psicotrópicos. Apresentava imaturidade emocional, agia de forma muito dependente e passiva a seus pais e precisava deles para tomar sua medicação no horário correto. Incomodava-se com alguns colegas no transporte universitário, o que despertava nele muita agressividade. Para evitar esses impulsos agressivos, seu Eu gerava angústia, demonstrada nos relacionamentos sociais, para se afastar do perigo de sua própria violência.

A angústia possui um caráter desagradável, desprazeroso e é sentida no corpo (Freud, 2014). As pessoas mencionam o aperto no peito (relacionado ao coração) e a dificuldade respiratória. É um afeto ruim de ser sentido e bastante recorrente aos sujeitos. O que nos remete, como um exemplo, ao caso já citado da acadêmica de Administração, que frequentemente queixava-se de dificuldades respiratórias, crises de ansiedade e ataques de pânico.

No Eu está a origem da angústia. A angústia, por sua vez, reprime e é, então, reproduzida novamente, em angústia (Freud, 2014). É uma constante repetição, muito relacionada ao trauma. Podemos definir trauma como aquilo que é carente de sentido, um furo na realidade. Esse trauma circula pelo psiquismo na tentativa de ser absorvido, de se agrupar em alguma parte que faça maior sentido. A angústia vai se originar no Eu em uma tentativa de retirar o investimento libidinal da representação do instinto reprimido, e esse esforço é bastante desprazeroso e característico da angústia.

Na Psicanálise, poucos sentimentos recebem a devida atenção e, dentre esses, está a angústia. Forbes (1985) afirma que a angústia como sentimento está ao lado daquilo que foge da representação: é difícil colocar em palavras como é sentir a angústia, além da respiração que pode se alterar. Além disso, é um estado que é sentido não a todo instante, mas que pode ser vivenciado e sentido em alguma situação.

Os acadêmicos relataram “estarem se sentindo mal”, “não estarem bem”. Forbes (1985) instrui que os afetos são consequências do que é dito. A angústia está ao lado do que foge à representação e, por isso, é ligada ao trauma, pois ainda não foi absorvida por alguma situação que haja representação. Disso deriva a dificuldade que os acadêmicos apresentavam para sinalizar o que estavam sentindo. Falavam palavras, ou elas eram insuficientes para representar o que se passava no mundo interno de cada um deles, como é o caso de uma acadêmica de Pedagogia, que tinha dificuldades em iniciar uma conversa e se manter no atendimento até o final do seu tempo. Nela, o luto pela morte da mãe ainda estava muito presente, mesmo já tendo passado vários anos do falecimento. Quando a conversa fluía para a figura de sua mãe, ela mudava drasticamente o assunto, resistindo. Sua angústia era tanta, que ela buscava preencher o vazio com várias formas de terapias alternativas, e era, de certo modo, hipocondríaca. Nos dois atendimentos em que compareceu, foi bastante impaciente, apresentou forte resistência e uma angústia muito grande.

A seguir, definiremos as três instâncias da segunda tópica do aparelho psíquico formuladas por Freud. Analisaremos, também,

o conceito de angústia nas visões freudianas e lacanianas que irão fundamentar a compreensão das manifestações do sofrimento psíquico dos acadêmicos da Unioeste de Francisco Beltrão-PR.

2.1 Estruturas e funcionamento do aparelho psíquico: ênfase na segunda tópica postulada por Freud

O pai da Psicanálise organizou sua teoria em duas tópicas. A primeira refere-se ao consciente, ao pré-consciente e ao inconsciente (o grande diferencial de sua teoria). A segunda tópica consiste no Id, Eu e Super-eu (aqui iremos utilizar a tradução direta do alemão para português realizada por Paulo César de Souza; são mais conhecidos os termos latinos: Id, Ego e Superego).

A premissa básica da Psicanálise são as diferenciações entre consciente e inconsciente. De acordo com Freud (2011), o consciente é uma qualidade do psíquico, que pode ligar-se a outras qualidades ou ainda ausentar-se. O autor ainda atribui a função de ser a superfície do aparelho psíquico. O consciente é o primeiro sistema, o contato com o mundo externo. “Desde o início cs^1 são todas as percepções que vêm, de fora (percepções sensoriais) e de dentro, às quais chamamos de sensações e sentimentos” (Freud, 2011, p. 23). É o sistema que faz a captação das percepções a partir dos órgãos do sentido (visão, audição, olfato, paladar e tato) e também a avaliação que é feita a partir dos estímulos recebidos.

O inconsciente e o pré-consciente serão definidos pelas suas diferenças; o inconsciente “se produz em algum material que permanece desconhecido, enquanto na segunda (a pcs^2) acrescenta-se a ligação com *representações verbais*” (Freud, 2011, p. 23-24), e passa a ser conhecida, lançada à consciência. O inconsciente está no mundo interno e o pré-consciente intermedeia a consciência e a inconsciência, o mundo interno e o mundo externo. O pré-consciente funciona como

1. Consciente.

2. Referindo-se ao pré-consciente.

3. Grifo do autor.

uma espécie de peneira e como uma tradução do que vem do mundo interno, ou seja, do inconsciente, permitindo o acesso ao consciente.

Sobre a primeira tópica freudiana é conhecido o esquema do Iceberg: o que está acima do nível do mar faz parte do consciente, o que está na linha, corresponde ao pré-consciente e a maior parte do iceberg, que fica abaixo da linha do mar e tem muitos elementos desconhecidos, é o inconsciente. O inconsciente é todo o mundo interno com sua própria dinâmica, e possui ideia de infinito: contradições coexistem, não há cronologia e tudo pode acontecer. No inconsciente ocorrem os conflitos edípicos e sexuais, além do recalque de conteúdos insuportáveis para a consciência. Mesmo recalcados, podemos ter acesso a tais conteúdos por meio dos sonhos, dos chistes, dos atos falhos e dos sintomas, pois todos são manifestações do inconsciente.

A partir disso, expomos a segunda tópica freudiana (Id, Eu e Super-Eu), as quais estruturam a personalidade dos sujeitos. São instâncias que determinam o modo do sujeito receber estímulos a partir dos órgãos dos sentidos (visão, audição, olfato, tato e paladar), organizá-los como prazerosos ou desprazerosos e, a partir disso, adoecer ou manter-se saudável. Essas instâncias estão interligadas e possuem suas funções mediadas na primeira tópica freudiana. Verificamos essa afirmação quando Freud (2011, p. 31) diz:

É fácil ver que o Eu é a parte do Id modificada pela influência direta do mundo externo, sob mediação do Pcp-Cs⁴, como que um prosseguimento da diferenciação da superfície. Ele também se esforça em fazer valer a influência do mundo externo sobre o Id e os seus propósitos, empenha-se em colocar o princípio da realidade no lugar do princípio do prazer, que vigora irrestritamente no Id. A percepção tem, para o Eu, o papel que no Id cabe o instinto. O Eu representa o que se pode chamar de razão e circunspeção, em oposição ao Id, que contém as paixões.

4. Pré-consciente - Consciente.

A ligação do Eu com o consciente é bastante explícita quando Freud (2011) afirma que é uma entidade corporal, a projeção mesma de uma superfície, ou seja: função também ligada ao consciente. É o Eu que faz a interação dos elementos no consciente e no inconsciente. É uma entidade que julga, administra e contabiliza as cargas de energia psíquica entre as instâncias da primeira tópica.

O Eu é, então, uma instância bastante ligada à consciência que vai se desenvolvendo conforme a maturação biológica, psicológica e social dos sujeitos. Na gênese, somos libido acumulada no Id, instância cheia da energia psíquica que rege nossos instintos. Afirmando que Id é instinto. O Eu ainda é fraco e, conforme o desenvolvimento vai se fortalecendo, se apodera dessa libido, impondo-se ao Id e regulando suas descargas (Freud, 2011).

O Id é a parte obscura e inacessível de nossa personalidade, que descobrimos um pouco a partir da formação do sintoma neurótico. Considerado um caldeirão cheio de excitações fervilhantes. Acolhendo as necessidades dos instintos. A partir dos instintos ele se enche de energia, mas não tem organização, não introduz uma vontade geral, apenas o esforço de satisfazer as necessidades do instinto observando o princípio do prazer. As leis do pensamento lógico não valem para os processos do Id, sobretudo o princípio da contradição não vale. Impulsos opostos existem um ao lado do outro, sem se cancelarem ou diminuírem; no máximo convergem em formações de compromisso, sob a dominante coação econômica de descarregar energia. (Freud, 2010, p. 215)

O Eu, ao regular e tentar controlar os processos psíquicos, reprime aquilo que julga inadequado vir à consciência. Nessa repressão, as atividades, as funções (sexuais, nutritivas, locomotoras e/ou de trabalho) e os pensamentos com conteúdo que sejam angustiantes para o Eu são inibidos (Freud, 2011). O Eu é a máxima das representações psíquicas, pois ao administrar e mediar as exigências do Id, coloca essas exigências em representações, possibilitando assim o acesso ao

consciente. É de representação em representação que o Eu se desenvolve, se fortalece e forma suas defesas, porque além do Id existe o Super-eu, que também faz muitas exigências, pressionando o Eu.

O Id, guiado pelo princípio do prazer, busca sempre a satisfação dos instintos e se empenha, diretamente, na satisfação das tendências sexuais, nas quais a libido possui mais força. Freud (2011) afirma que o ser humano é o animal que mais usa energia para renunciar aos instintos sexuais, pois não se relaciona sexualmente somente para a procriação, e sim como uma das fontes de prazer. O Id é o ponto em que o somático e o psíquico se encontram, é o instinto e energiza o corpo em suas ações, que descarregam tanto as necessidades físicas, como também proporcionam satisfação psíquica. Ele é o ponto das representações no corpo, como por exemplo as zonas erógenas, e a sua natureza é quantitativa, é a intensidade no psíquico, o aspecto econômico de libido (Dunker, 2018).

No mundo externo, compreendido também como realidade externa, não podemos satisfazer nossos instintos sempre que há desejo. O Eu tem o trabalho para auxiliar o Id a “sublimar⁵ partes da libido para si e seus fins” (Freud, 2011, p. 59). É ele que vai intermediar para que os instintos possam surgir ao mundo externo de maneira adequada, de acordo com as regras, normas e moral construídas pela cultura na qual o sujeito está inserido. É dessa maneira que o Eu escolhe e se utiliza para mediar as vontades do Id e do Super-eu, que representa a personalidade, a individualidade e a subjetividade de cada um.

Freud (2010, p. 219) afirma que “o Eu representa, na vida psíquica, a razão e a prudência, e o Id, as paixões irrefreadas”. O Eu é uma parte do Id modificada com a vivência, identificações e exigências que são apresentadas pelo mundo externo, e se adequa para a convivência com os demais sujeitos. Sua função principal é a autoconservação (Dunker, 2018), pois é dessa maneira que o Eu desenvolve seus mecanismos de defesa, pelas vivências, experiências com o mundo externo e na sublimação dos instintos do Id.

5. Sublimação é uma defesa do Ego, a qual se utiliza da energia, mas modifica a meta para algo semelhante, mais aceitável socialmente.

Freud (2010) nomeia três senhores que regem a forma das ações, comportamentos e pensamentos dos sujeitos: o mundo externo, Id e o Super-eu. Dessa forma, o Eu, como já mencionado, precisa fazer a ligação e a mediação entre os três senhores. Como cada senhor possui sua força e sua importância para a existência e coexistência dos sujeitos, ocorre o aparecimento de uma determinada angústia.

Mediar e conciliar as vontades do mundo externo, a libido, os instintos do Id e os rigores do Super-eu são funções constantes do Eu. É necessário acatar algumas vontades do Id, porque é disso que provém a maior parte de sua energia. Há situações incabíveis, que jamais serão aceitas pelo Super-eu e pelo mundo externo, e nessa pressão há o desenvolvimento da angústia neurótica (Freud, 2010).

Precisa “representar as exigências do mundo exterior” (Freud, 2010, p. 220), ser racional, agir conforme são estipuladas as normas de convivência, acatar e se proteger dos monstruosos perigos externos e ao mesmo tempo não pode se paralisar. Desse senhor, o Eu pode desenvolver angústia realista.

Em relação ao Super-eu, há toda a moralidade advinda por meio da identificação das figuras parentais. Ele é o Super-eu é o carasco que fiscaliza todas as condutas, e caso o Eu escorregue em alguma regra, é punido severamente pelo Super-eu com sentimentos de inferioridade e de culpa. Desse senhor, o Eu pode desenvolver angústia de consciência (Freud, 2010). Um dos casos atendidos pelo Gapac que demonstra a função do Super-Eu é o de uma acadêmica de Serviço Social. Ela chegou ao Gapac com a queixa de que não era boa o suficiente, se sentia culpada pelas situações que não podia controlar, estava se afastando dos seus amigos por se sentir sufocada, e se culpava por isso. Nos atendimentos, falava muito baixo e mostrava usar muita energia para conter sua emoção. Culpava-se pelo falecimento de um familiar bastante próximo, porque este tinha algo para lhe contar e não foi possível que ela ouvisse. Culpava-se por esconder sua orientação sexual, culpava-se pelas diferenças e discussões com seus pais, culpava-se pelas dificuldades em seu trabalho. O sentimento de culpa era tão intenso e o seu Super-Eu estava tão forte, que ela pensava em suicídio.

Quando os três senhores entram em conflito com o Eu, há transtornos que chamaremos aqui de neurose. Se o conflito ocorrer entre Eu e Id, haverá uma neurose de transferência. Se for entre Eu e Super-eu, ocorre a neurose narcísica, e a psicose entre o Eu e o mundo externo (Freud, 2011). Verificamos, assim, que é necessário um equilíbrio entre as instâncias psíquicas e os três senhores, para evitar sofrimento ou patologias. Mas compreendemos que estar em equilíbrio a todo momento, em uma sociedade em constantes mudanças e com os perigos que podem aniquilar os sujeitos (covid-19, por exemplo), mostra-se muito difícil. Dessa forma, o Eu precisa estar forte o suficiente para que o sujeito possa se reerguer nas suas dificuldades e ser resiliente.

A terceira instância, o Super-Eu, é considerada a herdeira do Complexo de Édipo a partir da incorporação da lei. Antes, a criança obedecia por temer a punição de seus pais, mas agora tem incorporado a imago parental (Dunker, 2018).

A gênese do Super-eu, resultado de dois fatores biológicos altamente significativos: o longo desamparo e dependência infantil do ser humano e o fato do seu complexo de Édipo, que relacionamos à interrupção do desenvolvimento da libido pelo período de latência e, assim, ao começo em dois tempos da vida sexual. (Freud, 2011, p. 43)

O Super-eu possui energia própria, pois contém resíduos das primeiras escolhas objetais do Id. É uma instância sádica: quanto mais ele é obedecido, mais irá cobrar e punir (Dunker, 2018). Uma obediência constante e com muita repressão do Id pode facilitar o engessamento do sujeito e também vários sintomas provenientes das necessidades de descarga dos instintos do Id. Freud (2010) complementa sobre o Super-eu ao afirmar ser essa uma instância que tem sua autonomia e que não possui dependência do Eu para seu dinamismo. Assim, demonstra ser uma instância bastante complexa, que vai muito além de ser as regras e a moral internalizadas.

Se fosse possível resumir as funções do Super-eu, diríamos que as melhores expressões seriam: “deve ser” e “não pode”. Ele é bas-

tante imperativo. Dunker (2018) nomeia três funções do Super-eu: 1. Observação, na qual o Super-eu está em constante vigilância, em atenção aos comportamentos, aos pensamentos, aos sentimentos e, quanto mais a advertência é acatada, mais o Super-eu tem força; 2. Julgamento, em que se deve ocorrer ou não pode ocorrer determinada ação, pensamento ou sentimento e 3. Punição.

Sinto uma inclinação para fazer algo que promete me dar prazer, mas não o faço, argumentando que minha consciência não o permite. Ou deixo que a enorme expectativa de prazer me leve a fazer algo contra o qual a voz da consciência levanta objeção, e depois do ato minha consciência me pune com dolorosas recriminações, levando-me a sentir arrependimento pelo ato. Eu poderia simplesmente dizer que a instância especial que começo a distinguir no Eu é a consciência, mas é mais prudente conservar essa instância como algo independente e supor que a consciência seja uma de suas funções, e a auto-observação, indispensável como pressuposto para a atividade judicativa da consciência, seja outra. (Freud, 2010, p. 196)

Essa instância em harmonia com o Eu tem suas funções completamente voltadas à importância da educação e das demais relações humanas, como a consciência moral e a função de ideal. Freud (2010, p. 205) aponta que o Super-eu representa os limites e defende a ânsia pela integridade; “aquilo que pudemos apreender psicologicamente do aspecto dito elevado da vida humana”. Ele remonta à influência dos pais e dos educadores.

“O Super-eu da criança é construído não segundo o modelo dos pais, mas do Super-eu dos seus pais; preenche-se com o mesmo conteúdo, torna-se veículo da tradição” (Freud, 2010, p. 205). Isso está coerente com o observado a partir das dificuldades de muitos acadêmicos na relação com seus pais e com a universidade. Eles possuem sua própria subjetividade e uma dinâmica psíquica diversa da de seus pais, mas o Super-eu, pelo menos de maneira inicial,

ainda é o do seus pais. Agir de maneira disforme ou pensar de maneira diferente do que pensam os pais, acarreta em julgamentos e punições pelo Super-eu.

As inibições que o Eu faz muitas vezes estão sob pressão do Super-eu, principalmente quando a autopunição é bem aparente. Dunker (2018) identifica o Super-eu como causa de muito sofrimento, especialmente nos neuróticos, por não permitir os sentimentos de vantagens e êxitos. Um Super-eu muito severo pune o Eu por esses sentimentos de conquista que, para essa instância, são proibidos. Freud (2014, p. 13) diz, a partir disso, que “o Eu renuncia também a essas realizações para não entrar em conflito com o Super-eu”. Aqui, fica em evidência como o Super-eu e o Id são instâncias contrárias.

Ao situar essas três instâncias psíquicas na primeira tópica, temos o Id no inconsciente e o Eu e o Super-eu, que também possuem raízes inconscientes, mas estão na consciência e nela atuam. Ter raízes no inconsciente é diferente de afirmar que o Eu e o Super-eu são irracionais ou arcaicos (Freud, 2010). Podemos perceber e sentir as raízes do Super-eu no inconsciente quando temos pesadelos, conteúdos que, no consciente, possuem uma boa aceitação, mas nos pesadelos são vergonhosos ou infames.

Portanto, Id, Eu e Super-eu estão em constante relação. O exemplo costumeiro é o de que o Id é o diabinho, o Super-eu o anjinho e o Eu, o próprio sujeito que toma as decisões a partir das influências recebidas dos outros dois. Podemos também fazer uma analogia dentro de um contexto acadêmico: o Eu seria o universitário que recebe as influências dos professores (Super-eu), que transmitem as normas das ciências, as regras e o que é correto, e o Id seriam os “colegas”, que constantemente solicitam a ida aos bares, uma atividade de lazer, descanso, conversas, um respiro do ambiente universitário e convidam para consumir bebidas alcoólicas ou outras drogas.

O que queremos dizer é que todos esses exemplos estão presentes na universidade, mas são distinguidos quando estão em contraposição. Se o universitário sempre se afastar dos “colegas”, não

indo descansar e “refrescar a cabeça”, terá suas funções diminuídas pelo cansaço e estresse sem um local de extravasamento. Se o universitário se contrapuser aos conteúdos dos professores, poderá ter prejuízos acadêmicos, correndo o risco de exilar-se desse ambiente. E o próprio universitário é quem decide como irá agir.

Como o Eu regula os instintos e busca mediar a satisfação dos três senhores, quando lhe aparece a tarefa para suprimir uma grande carga de energia constante ou um afeto, o Eu se enfraquece por gastar muita energia. Com as outras funções que também exerce, sua efetividade fica diminuída (Freud, 2014). Nessa transformação de investimentos libidinais, Freud (2011) diz ser uma via pela qual o Eu cria mais controle sobre o Id, ou seja, aprofunda melhor as suas relações e interferências com ele, mesmo que precise tolerar as experiências instintuais. Essa instância psíquica (o Eu) atua de forma a regular os instintos, as imposições do mundo externo e as exigências do Super-eu. Para Freud (2014, p. 21):

O Eu é uma organização, baseia-se no livre intercâmbio e na possibilidade de influência recíproca das partes que o compõe. Sua energia dessexualizada revela ainda sua origem no empenho por ligação e união, e essa compulsão à síntese aumenta à medida que o Eu se desenvolve. É compreensível, então, que o Eu busque eliminar a estranheza e o isolamento do sintoma, utilizando todas as possibilidades de vinculá-lo a si de alguma forma e de incorporá-lo à sua organização mediante esses vínculos. Sabemos que tal empenho já influencia o ato da formação de sintoma.

Eu e Id estão em constante atuação, e isso é necessário para que o Eu tenha a energia do Id para realizar suas funções. Quando o Eu reprime ou renuncia a uma parte de sua organização, admite o impulso do instinto para que fique sob sua influência (Freud, 2010). A cada inibição feita pelo Eu, há a renúncia de algumas de suas funções, de modo a economizar a energia e favorecer a vulnerabilidade das percepções. Assim, evita novas repressões e conflitos com o provedor de sua energia, o Id (Freud, 2014).

A diferença entre Eu e Id é a inevitável expressão da influência do mundo externo. Quanto ao Super-eu, achamos que derivou justamente daquelas vivências que conduziram ao totemismo. A reflexão logo nos diz que o Id é incapaz de viver ou experimentar vicissitudes externas senão através do Eu, que nele representa o mundo externo. (Freud, 2011, p. 48)

Assim, há em alguns momentos, o consenso entre Eu e Id. O Eu precisa da carga energética do Id e este precisa do Eu para ter suas manifestações fora, isto é, na realidade externa. O Eu possui uma característica dupla: o Eu ideal e o Ideal de Eu. O Eu ideal é aquilo que o sujeito deseja, “o que eu quero”, e o Ideal de Eu é aquilo que corresponde ao que se quer, é o precursor do Super-eu, o “eu devo ser”. O Ideal do Eu orienta as escolhas desejanças e coloca a necessidade de renunciar às expectativas de terceiros e de si mesmo, para chegar ao desejado (Dunker, 2018). Por trás da origem do Ideal do Eu, há a mais significativa identificação do sujeito, “aquela com o pai da pré-história pessoal” (Freud, 2011, p. 39). Primeiramente, ocorre o investimento libidinal e, em seguida, a identificação, que é a mais antiga delas.

O ideal do Eu é, portanto, herdeiro do complexo de Édipo e, desse modo, expressão dos mais poderosos impulsos e dos mais importantes destinos libidinais do Id. Estabelecendo-o, o Eu assenhorou-se do complexo de Édipo e, ao mesmo tempo, submeteu-se ao Id. Enquanto o Eu é essencialmente representante do mundo exterior, da realidade, o Super-eu o confronta como advogado do mundo interior, do Id. Conflitos entre Eu e ideal refletirão em última instância. (Freud, 2011, p. 45)

Após o Complexo de Édipo, os papéis que eram dos pais são multiplicados a outras pessoas que representam autoridade ao sujeito, incluindo os professores. As determinações e proibições são ainda poderosas no ideal do Eu, existindo a censura moral. O receio

em não suprir as expectativas da consciência traz um sentimento de culpa e, ainda, conforme Freud (2011, p. 46) coloca, “Os sentimentos sociais repousam em identificações com outras pessoas, com base no mesmo ideal do Eu”.

Dessas três instâncias que constituem a segunda tópica, existe a possibilidade de cinco tipos de resistência, e o Eu é a fonte de três delas. Das resistências do Eu, existem a de repressão, a de transferência e a do ganho secundário (Freud, 2014). A resistência de repressão é aquela que reprime, modera, impede, não permite que venha à consciência as vontades, as lembranças e os impulsos. A de transferência, mais observada na Clínica, ocorre sempre que o ser humano estiver em relação com outras pessoas. Vale ressaltar que, na teoria psicanalítica, transferência é o conjunto do sentimento e das ações do sujeito projetado no outro. Na maioria das vezes, esses são sentimentos relacionados aos que têm por suas figuras parentais. Por exemplo, numa relação professor-aluno, o aluno pode queixar-se de que seu professor é severo ao apontar algumas divergências. Entretanto, o aluno está projetando no professor as funções dos seus pais. Já a resistência do ganho secundário é aquela que, mesmo com um sintoma, um mal-estar ou uma doença, o Eu resiste ao tratamento ou à melhora, porque recebe de alguma maneira um benefício gerado pela doença. Freud (2014, p. 80) diz que “corresponde à revolta contra a renúncia a uma satisfação ou alívio”. O Eu percebe que recebe algo com essa doença, pois os impulsos instintuais de certa forma estão supridos. Portanto, não faz sentido mudar e, assim, resiste.

O quarto e o quinto tipo de resistência são descritos pelo pai da Psicanálise:

O quarto tipo de resistência – do Id – é o que vimos como responsável pela necessidade de elaboração. A quinta resistência, a do Super-eu, reconhecida por último, a mais obscura, mas nem sempre mais fraca, parece originar-se da consciência de culpa ou necessidade de castigo; ela desafia todo êxito, e, portanto, também a cura pela análise. (Freud, 2014, p. 80)

A resistência pelo Super-eu é bastante inibidora. Os sujeitos demonstram muita obsessão e compulsão em reparação pelas suas “falhas”. Freud (2010, p. 235) defende que a repressão é “um processo não consciente ou pré-consciente que se dá entre montantes de energia num substrato inimaginável”. Ocorre que o Eu se utiliza de um investimento experimental e, a partir do sinal da angústia, desperta o automatismo prazer-desprazer. Em seguida, muitas reações ocorrem: ou a angústia se desenvolve e o Eu se retira dessa excitação inconveniente, voltando próximo à homeostase, ou pode acontecer o oposto, isto é, um contra investimento combinado à energia do impulso reprimido que cria um sintoma ou uma formação reativa.

Sobre o Eu, há a influência de duas espécies de instintos. Relembramos que o Eu tem origens no Id. Uma dessas espécies de instintos são os sexuais (Eros), cuja função é a de autoconservação, de tornar a vida mais complexa e distante de situações de aniquilamento. A outra espécie de instinto é a de morte (Tanatos), cujo objetivo é levar o organismo ao estado desfalecido (Freud, 2011), de repouso.

O Eros é uma energia operante tanto no Eu quanto no Id, deriva da libido narcísica e tem a característica de ser deslocável e indiferente. Trata-se de um instinto mais maleável, resiliente e tem maior plasticidade que o de morte (Freud, 2011). Esse instinto sexual e vital tem bastante influência nas defesas psíquicas do Eu, como a sublimação. O Eu lida com os investimentos objetais do Id, pois ao acolher a libido, se liga e adquire energia a partir da identificação. Com essa identificação há um abandono dos instintos sexuais, isto é, ocorre a dessexualização (Freud, 2011).

Podemos observar um Super-eu bastante forte nas neuroses obsessivas. Freud (2014) atesta que o que ocorre é uma regressão da libido. O Super-eu não pode fugir da regressão, pois tem suas origens no Id. Porém, por conta desse embate com a regressão, o Super-eu se apresenta bastante rígido, sádico e mais atormentador do que no desenvolvimento normal.

O afeto não considerado na percepção da ideia obsessiva aparece em outro lugar. O Super-eu se comporta como se não tivesse havido repressão, como se o impulso agressivo lhe fosse conhecido em seu teor exato e com seu pleno caráter afetivo, e trata o Eu com base nessa premissa. O Eu, que por um lado sabe-se inocente, deve, por outro lado, perceber que tem um sentimento de culpa e carregar uma responsabilidade que não pode explicar para si mesmo. A conduta do Super-eu é inteiramente compreensível, e a contradição dentro do Eu apenas demonstra que ele fechou-se para o Id mediante a repressão, enquanto permaneceu totalmente acessível às influências vindas do Super-eu. (Freud, 2014, p. 40)

O sofrimento neurótico ocorre quando os instintos do complexo edípico reprimidos pelo Eu são renovados e o Eu precisa novamente defender-se desses impulsos (Freud, 2014). O complexo edípico revive, é reeditado e precisa ser reprimido outra vez.

O início da teoria freudiana se deu a partir das investigações da neurose, considerada a terceira estrutura de personalidade. Assim é possível compreender a dinâmica das três instâncias psíquicas da segunda tópica, que interferem na personalidade neurótica. Freud (2014) ensina que existem três condições nas quais Id, Eu e Super-eu se enfrentam e que propiciam a neurose: fatores biológicos, filogenéticos e psicológicos. A condição biológica relacionada é a longa fase de dependência e desamparo do ser humano. “O fator biológico dá origem às primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que jamais abandona o ser humano” (Freud, 2014, p. 75). Compreendemos que, dentre os animais, o bebê humano é o mais dependente ao nascer e continua assim por vários anos.

O fator filogenético é particular de cada sujeito, bastante interligado ao desenvolvimento da libido e a como cada sujeito reage a ela. Freud (2014, p. 75) afirma que ocorre “um primeiro florescimento que dura até os cinco anos de idade e sofre uma enérgica interrupção, para depois começar novamente na puberdade reto-

mando os gérmenes infantis”. Ao ser amado, como ocorre no fator biológico, nesse segundo fator há o início do investimento libidinal em um outro – um objeto, algo fora de si mesmo.

A patogenia nesse segundo fator está relacionada a como Id, Eu e Super-eu reagem à libido. O Id emerge com suas exigências instintuais, enquanto o Eu busca rechaçá-las, pois as considera perigosas. No período púbere pode ocorrer imaturidade desses impulsos devido às fortes repressões do Eu (Freud, 2014).

O fator psicológico remete a uma imperfeição do aparelho psíquico, ao fato de o Eu e o Id serem diferentes às demandas do mundo externo. O Eu, sente e percebe os perigos do mundo externo, coloca defesas contra alguns impulsos instintivos do Id, tratando esses impulsos agora como perigosos. Porém, o Eu não consegue se proteger desses impulsos de maneira eficaz, pois ele está ligado ao Id e, quanto mais utilizar energia para impedir esses impulsos, mais irá se desorganizar. Isso acarreta no aparecimento de sintomas devido ao fato de a expressão dos instintos ter sido prejudicada. Também, ficará mais vulnerável por atacar a si mesmo (Freud, 2014).

A intenção ao buscar explicar Id, Eu e Super-eu, é que, conforme o funcionamento dessas três instâncias, no psiquismo dos sujeitos seu dinamismo pode causar sofrimento, mal-estar e sintomas. Muitas dificuldades, sofrimentos e sintomas dos acadêmicos que participaram do Gapac referem-se às relações com seus pais. Relacionamos isso ao desequilíbrio entre o Eu e o Super-eu. A maioria apresenta um Eu enfraquecido com as exigências que o mundo externo impõe e as reivindicações do Super-eu. O Eu busca conciliar as vontades do Id, as necessidades e as imposições do mundo externo e acaba por enfraquecer sua função da percepção, do intelecto, e essa instância fica sobrecarregada. Isso é observado nas dificuldades acadêmicas dos universitários, que com a percepção deles nesses aspectos trazem culpa, função esta do Super-eu.

2.2 A compreensão da angústia para Freud e Lacan

O que é buscado é, no Outro, a resposta à queda essencial do sujeito em sua miséria suprema, e essa resposta é a angústia. (Lacan, 2005, p. 182)

Nesse momento, iremos falar especificamente da angústia, pois é um afeto que gera movimentação das defesas psíquicas da repressão e do sintoma nos sujeitos. Portanto, se há sintomas e manifestações de sofrimento psíquico, há angústia.

A angústia é um estado afetivo e, dessa maneira, é sentida pelo Eu, a instância responsável pelas percepções. Mas como essas instâncias e processos psíquicos estão constantemente relacionados, frequentemente ocorrem situações ou processos que induzem a geração de angústia, sentida pelo Eu na consciência. Leite (2011) assevera ser difícil definir com palavras quando há uma angústia, porque o corpo sinaliza que algo não está bem, materializa o sofrimento, une o sofrimento psíquico ao físico e se expressa, grita. A autora faz um traçado filosófico das discussões sobre a angústia e aponta o quanto esse afeto é discutido ao longo do tempo. A primeira situação que Leite (2011) coloca é com base em *Alegoria da Caverna*, obra de Platão que relaciona a angústia ao estado de quando a luz ofusca a visão e que, na saída da caverna, há um total desconhecido a seguir.

Na fé cristã analisamos a angústia representada pelo desamparo humano frente às possibilidades das trevas e do paraíso. Na Bíblia, em muitas passagens é possível afirmar que a oração prescrita, de maneira regular e constante, é direcionada ao alívio da angústia. Tal oração deve ser assídua, porque a angústia sempre retorna (Leite, 2011).

Na Idade Moderna, Leite (2011) referiu-se a Kierkegaard, um filósofo que se inclina sobre a questão da angústia, e, a partir da Teologia, conclui que esse afeto sintetiza, une o corpo e a alma, ou seja, aquilo que é finito e o que é infinito. Pondé (2019) cita os três estágios da angústia discutidos por Kierkegaard, sendo o primeiro estágio o estético que, ilustrado no personagem de Don Juan, é um

estágio no qual as sensações colocadas no lugar da angústia vão perdendo seu valor, pois a angústia é mais forte e se sobressai aos sentimentos. O segundo estágio, o ético, busca por uma vida correta e rígida, remetendo a muitas semelhanças ao que produz o Super-eu. O terceiro estágio, o religioso, é doutrinário, é uma angústia transcendental, ou seja, para além da matéria. Para o filósofo, a angústia conduz o ser ao abismo, ao imprevisível, e “coloca para o homem a experiência da possibilidade das possibilidades” (Leite, 2011, p. 9). Ainda na Filosofia, há Heidegger que descreve a angústia “diante de”, ou que “depende de”, que é mais determinada, uma manifestação do nada (Leite, 2011). Sem algo, não há angústia: ela é intencional a alguma coisa, parte do entendimento da fenomenologia.

Lacan (2005) faz crítica à fenomenologia de Heidegger sobre o contexto de angústia e conclui que ela é considerada um jogo dialético. O psicanalista equaciona as palavras que estão envolvidas em sua definição e, conforme coloca, “começa com a inibição e continua com o impedimento, leva à forma leve de angústia a que se chama embaraço” (Lacan, 2005, p. 20). A angústia inibe o sujeito a realizar ou a sentir alguma coisa, pois é um afeto forte. Com essas considerações, podemos identificar o caminho em que as discussões sobre esse sentimento foram traçadas. A angústia como um sentimento – um afeto daquilo desconhecido, do nada, do vazio – que retorna constantemente e que une o soma com a psique. Freud (1856-1939) e Lacan (1901-1981) discutem sobre a angústia na visão da Psicanálise clássica e da contemporânea.

Na teoria psicanalítica, a angústia passou por dois momentos de compreensão. O primeiro deles é aquele em que o recalque do Eu promovia a angústia. Quando o Eu reprimia um conteúdo insuportável à consciência, a angústia aparecia como resposta. No entanto, essa teoria foi refeita pelo próprio Freud (1856-1939) ao se debruçar sobre o Complexo de Édipo (Pisetta, 2008). Nesse primeiro momento, a angústia é visualizada como o suco de uma laranja espremida: de tão pressionada, de tão impedida de seguir para onde está sendo forçada, a angústia flui. No segundo momento, a angústia é ante-

rior ao recalque e aos sintomas. Freud (2016) verificou que no declínio do Complexo de Édipo o menino apaixonado pela mãe admira seu pai, mas com medo das repreensões e punições deste. Sente-se angustiado e, a partir disso, recalca o desejo incestuoso. Assim, no primeiro momento a angústia é uma resposta a uma repressão. Já no segundo momento da teoria psicanalítica, a angústia é quem move a repressão, um sinal para se defender das acusações do Super-eu, do mundo externo, e do instinto incestuoso provindo do Id.

Angst, em alemão, também pode ser traduzido como medo. Freud (2010, p. 224) diz que a angústia é um estado afetivo, “uma união de determinadas sensações da série prazer-desprazer com as inervações de descarga a elas correspondentes e a sua percepção”. Dessa maneira, é um sinal de que houve falha no Princípio do Prazer, este ligado ao narcisismo, que busca o prazer e evita o desprazer (Pisetta, 2008). Visualizamos essa constância de prazer e desprazer no que diziam os filósofos, principalmente Kierkegaard. Quando o sujeito está em um deleite prazeroso, há o perigo disso extrapolar. Portanto, a angústia vem para a defesa, e esta, por sua natureza, é desprazerosa.

O que diferencia a angústia dos demais afetos e sensações são os aspectos dos atos de descarga e a percepção deles (Leite, 2011). O sujeito sente e está consciente das descargas de angústia, pois ela é sentida de maneira intensa. É uma carga pulsional que está solta devido a um perigo interno ou externo (Rinaldi, 1999). O perigo interno pode ser as sensações de desprazer, como as frustrações sentidas pelos acadêmicos em cursarem disciplinas que não satisfaçam o seu desejo, as crises de pânico ou as dificuldades para concentração somadas às altas demandas acadêmicas. O perigo externo pode estar intimamente associado às relações humanas e aos perigos do mundo (desemprego ou covid-19, como exemplos).

Convém salientar que a primeira angústia experimentada pelo ser humano é o nascimento, porque “produz na vivência psíquica um estado de tensa excitação, que é sentido como desprazer que não pode ser subjugado mediante a descarga” (Freud, 2010, p. 239). É o encontro em que o Eu se depara com uma excessiva carga libidinal

e não consegue, no imediatismo, descarregar essa carga. Podemos observar que essa primeira angústia vem desse evento traumático, enquanto as demais angústias sentidas e vivenciadas são das represões e do que o Eu julga como perigo (Freud, 2010). A angústia nasce junto com o ser humano, e seu objeto “é sempre a aparição de um momento traumático que não pode ser liquidado segundo a norma do princípio do prazer” (Freud, 2010, p. 240). É em um perigo próximo, no qual o Eu não possui ferramentas para suportar e precisa recalcar, fazendo com que esse instinto fique a um nível estrangeiro do mundo interno (Fuks, 2001).

A libido é uma carga bastante forte de energia psíquica. Nesse aspecto, Freud (1856-1939) se questiona se ela não é um dos elementos geradores de angústia sentida pelo Eu, e chega à conclusão:

É inegável que, havendo abstinência, transtorno indevido no curso da excitação sexual, desvio desta quando de seu processamento psíquico, a angústia se origina diretamente da libido, ou seja, estabelece-se aquele estado de desamparo do Eu ante uma enorme tensão gerada pela necessidade, o qual, como no nascimento, resulta na geração de angústia; e nisso há novamente a possibilidade de que justamente o excesso de libido não utilizada ache descarga na geração de angústia. (Freud, 2014, p. 62)

A angústia, na visão freudiana, seria uma defesa psíquica? Ela tem como função, em termos biológicos, reagir a estados de perigo, sejam do mundo interno ou do mundo externo. O psiquismo já vivenciou uma primeira vez o estado de angústia, mencionado por Freud (2014), no nascimento. Agora ela é reproduzida sempre que estados de perigo e de desamparo se apresentam como novos “nascimentos” para o sujeito, isto é, situações de total desconhecimento. O ideal é a criação de situações mais saudáveis e menos desgastantes de energia para evitar essas situações. Entretanto, é uma tarefa árdua, pois conforme o ser humano se desenvolve, tanto nos aspectos biológicos quanto nos psicológicos e sociais, surgem novas condi-

ções para a angústia, visto que esse afeto também evolui com o desenvolvimento do Eu. O Eu é responsável por perceber situações de perigo anteriores e descartar essas sensações. Por exemplo, os seres humanos minimamente saudáveis não sentirão angústia ao separar-se das figuras parentais, como ocorre com a criança pequena que, ao perceber a ausência de seus pais, chora. A angústia na criança pequena é justificada pelo Eu bastante imaturo (Freud, 2014).

A angústia, como estado afetivo, é a reprodução de um velho acontecimento ameaçador; a angústia está a serviço da auto conservação e é o sinal de um novo perigo; ela surge da libido que de algum modo se tornou inutilizável, também no processo de repressão; ela é substituída pela formação de sintoma, é como que psiquicamente ligado por esta – sente-se que aqui está faltando algo que junte os pedaços num todo. (Freud, 2010, p. 229)

A criança, ao perceber que não está com seus pais por perto, sente-se abandonada e desprotegida em um mundo ainda muito desconhecido para ela. Por isso se angustia e chora desesperadamente. Em alguns acadêmicos, notamos resquícios dessa angústia arcaica por apresentarem muitas dificuldades em se manterem longe de suas famílias e de seus pais, por causa da universidade. Há a angústia que paralisa os estudos, dificulta o rendimento acadêmico, a socialização e a resiliência a novas situações.

Na obra *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (2014) cita algumas formas de angústia: angústia de separação, angústia de castração, angústia de consciência e angústia social. O ponto inicial dos estudos psicanalíticos sobre esse sentimento ocorreu pelas neuroses. Segundo Freud, a angústia realista provém dos perigos do mundo externo, se revelando numa elevada atenção sensorial e tensão motora, que o autor chamou de disposição à angústia (Freud, 2010), provenientes das situações desconhecidas que o sujeito vive em sua sociedade. Vivenciamos um exemplo logo que surgiu a pandemia de covid-19, ou seja, algo real, não fantasioso e que representa perigo.

Sobre a angústia de castração, Leite (2011, p. 31) define como o “encontro com a ausência de objeto”. Ela ocorre de maneira mais enfática na fase fálica, no decorrer do Complexo de Édipo. Conforme o sujeito vivencia essa angústia, isso influencia na estruturação da personalidade, como psicose, perversão ou neurose. É uma angústia bastante presente em neuróticos por conhecerem a ausência de um objeto desejado, como alguma das suas figuras parentais. O desejo é a solução para a angústia. Inclusive, angústia e desejo possuem pontos semelhantes, pois ambos têm relação com o vazio, com a ausência. No entanto, a angústia traz mal-estar, sofrimento ou sintoma; já o desejo, movimentava o sujeito para a satisfação. Perceber o reconhecimento do Outro em suas significações diminui a angústia de castração, e isso ocorre quando a passagem pela castração se dá de modo positivo (Lacan, 2005). Quando há o reconhecimento, parte do desejo é realizado e a angústia de castração diminui, pois o sujeito percebe que não perdeu o objeto no qual investia, pois sabe que pode investir em outros objetos: o leque de possibilidades se abre.

Podemos relembrar, nesse tópico sobre a angústia de castração, do caso da acadêmica de Nutrição que sofria e estava angustiada pelo fato de estar distante de seus pais para cursar o ensino superior em uma universidade pública. A angústia neurótica é uma reação misteriosa, pois não há um objetivo aparente, remetendo mais a uma reação instintiva. Freud (2010) irá classificar três condições para essa forma de angústia: a primeira consiste na angústia flutuante, livre, “pronta para ligar-se provisoriamente a toda nova possibilidade que surge, como, por exemplo, na típica neurose de angústia” (Freud, 2010, p. 225); a segunda trata-se daquela que está fortemente unida a determinado conteúdo, causa as fobias, tem relação com o mundo externo, e mesmo assim a carga angustiante é desproporcional ao perigo. Essa é uma característica do conceito de fobia; a terceira condição é ligada aos sintomas, que visivelmente não se justificam por algum perigo externo e é independente e mais duradoura.

Entendemos a fobia como uma angústia, como um motivo “exagerado” ao perigo não correspondente à realidade, porque o que ocor-

re é um deslocamento da energia, uma mudança de objeto: o perigo não é esse, mas é mais suportável para o Eu - é uma angústia do Eu perante a hostilidade do Super-eu. Por exemplo, angústia/fobia frente a sapos e rãs. Chamamos de angústia por causar reações fisiológicas, como apertos no peito e dificuldades para respirar. Nesse caso, observamos que o medo é um exagero. Os anfíbios são, portanto, a representação de uma angústia cujo objeto está oculto; é uma reação frente a um perigo que o Eu se poupa ou que não tem suporte, e evita a situação ou sonega a ela. Os sintomas fóbicos afastam o perigo alarmado pelo desenvolvimento da angústia (Freud, 2014).

Na angústia de separação, o perigo está em perder o objeto: o Eu encontra-se bastante imaturo. Há a angústia de castração, na fase fálica, diante do perigo de perder o amor das figuras parentais e, na época da latência, há a angústia ante o Super-eu, frente aos perigos do desacato da moralidade e das regras (Freud, 2014). Dessa maneira, podemos concluir que a angústia é um estado inevitável. O ser humano sempre estará angustiado, pois é próprio da condição humana. Como diz Leite (2011, p. 31), o ser humano é constituído por perdas, está em uma “errância interminável na busca de objetos substitutos”. Nosso prazer nunca será completo e é essa ausência, a falta de completude que dá margem à angústia. Somos, em essência, um vazio; e quando estamos próximos de preencher o vazio, a angústia retorna. Contudo, quando nos afastamos do vazio, também aparece a angústia. Em outros termos a ausência é angustiante, mas a ausência da própria ausência também o é.

Pisetta (2008), afirma que a angústia é um afeto que fala do mundo interno e da realidade externa. Do mundo interno, ao acusar a castração, evidencia-se a expressão do inconsciente, conteúdos inaceitáveis para a consciência. Já a realidade externa está relacionada aos objetos a partir do amor, da ira, do temor ou outro afeto que melhor se associe ao objeto. A angústia é limitadora e expressão do limite do mundo interno e da realidade externa. É uma espécie de termômetro, que “apita” quando o equilíbrio está frágil.

Funciona no real, é irredutível a ele, se apresenta na experiência contrária de uma ilusão. A angústia não engana; é verdadeira e si-

naliza que há um perigo real em alguma dessas realidades (interna ou externa), na qual o Eu busca se defender (Lacan, 2005). Os seguidores de Freud justificavam a afirmação de que ela é uma reação ao perigo. Adler (1870-1937), em uma teoria reducionista, afirmava “que as pessoas que fracassam em lidar com a tarefa imposta pelo perigo são aquelas a quem a inferioridade dos órgãos reserva dificuldade muito grande” (Freud, 2014, p. 70). Rank (1884-1939) buscava verificar mais a intensidade, a qualidade do perigo.

Na angústia, há duas modalidades de origem: uma não desejada, automática, sempre justificada economicamente quando se produzira uma situação de perigo análoga à do nascimento; e outra, gerada pelo Eu quando havia apenas a ameaça de tal situação, a fim de requerer que fosse evitada. Neste segundo caso, o Eu se submetia à angústia como se esta fosse uma vacina, aceitando de forma atenuada de uma doença para escapar ao seu ataque pleno. É como se ele imaginasse vivamente a situação de perigo, com o inconfundível propósito de limitar a vivência penosa a uma indicação, um sinal. (Freud, 2014, p. 82)

Jacques Lacan (1901-1981), um psicanalista francês, muito se debruçou às teorias freudianas e trouxe contribuições à noção de angústia, mas há um ponto que pode parecer divergente. Para Freud (2014, p. 84), a angústia tem “uma característica de indeterminação e ausência de objeto”, ao passo que, para Lacan (2005, p. 81), “a angústia não é desprovida de objeto”, referindo-se ao objeto *a*, o primeiro objeto do sujeito, enquanto Freud afirma a angústia como a ausência de objeto. Leite (2011, p. 53) analisa que é diante de um desconhecido – “a emergência do objeto *a* indicaria o desaparecimento do objeto amado, conhecido, constituído, imaginariamente pelo investimento da libido, do desejo”. Para Lacan, o objeto *a* representa a ausência; os seres humanos vivem em uma constante busca pelo encontro desse objeto *a*; portanto, nessa lógica, a angústia estará sempre relacionada ao objeto *a*.

Freud (2014, p. 90) afirma que “A primeira condição para a angústia, que o próprio Eu introduz, é a da perda da percepção [do objeto], que é equiparada à da perda do objeto”. Neste sentido, Lacan (2005) não se distancia de Freud, mas coloca a teoria psicanalítica no inconsciente da linguagem, afastada do teor biológico. O objeto *a* é visualizado como o símbolo insaciável da falta (Rinaldi, 1999). O objeto *a* é a falta e, quanto mais próximos chegamos dele, mais sentimos angústia. Ao perceber a possibilidade de perder um objeto, o Eu se move de forma a provocar angústia. Como já mencionado, a angústia é um alarme, um sinal de que há algo fora do lugar. Sejam as possibilidades de perder a mãe (quando bebê, criança), seja na perda do pênis e do amor do objeto (fase fálica) (Lacan, 2005). É um afeto decorrente de um desequilíbrio psíquico, porque o Eu sabe que pode se enganar, como também tem consciência de suas vulnerabilidades. Para Lacan (2005), causa angústia o sentimento de ser reduzido a um objeto pelo desejo do Outro, ou de ser aniquilado, devorado, estar à mercê desse Outro, pois o que desejamos é o desejo do desejo do outro, uma loucura eterna. Quando não somos mais o desejo, estamos próximos ao finito e à aniquilação, que é bastante angustiante.

Na obra lacaniana, quando o psicanalista francês se debruça sobre a teoria da angústia, ele deixa em suspenso algumas palavras que estão relacionadas ao conceito (afeto, vazio, instabilidade, desejo, demanda), característica (perturbação, expectativa, reconhecimento, contradição, tempo) e funcionalidade (impedimento, embaraço [uma forma breve de angústia], defesa, distância) da angústia (Lacan, 2005). Todos esses sintomas possuem o objetivo de prevenir a incursão de angústia. Mesmo que o sujeito vivencie sofrimento, há um ganho secundário, visto que é melhor sofrer com algo já conhecido e algo para o qual o Eu possua defesas que camuflam a angústia (Freud, 2010). A angústia possui dois pontos, um deles relacionado à expectativa do trauma, e outro à repetição desse. Freud (2014) certifica que existem três condições da angústia: a solidão, o desamparo e a escuridão. Leite (2011) reitera que desde o

princípio somos desamparados e dependentes do Outro, sendo esse Outro em maiúsculo o campo simbólico, aquilo que está antes da existência do sujeito.

A situação de perigo é a reconhecida, recordada, esperada situação de desamparo. A angústia é a original reação ao desamparo no trauma, que depois é reproduzida na situação de perigo como sinal para ajuda. O Eu, que viveu passivamente o trauma, repete ativamente uma reprodução atenuada do mesmo, na esperança de poder ele próprio dirigir seu curso. (Freud, 2014, p. 86)

Jacques Lacan (2005) contribui muito sobre o assunto da angústia voltado a um contexto clínico. Envolvemos o contexto universitário com os mesmos termos que trouxe o psicanalista francês, principalmente pelo conceito de transferência (termo que refere-se ao que um sujeito projeta de seu inconsciente para o papel do analista ou para o papel do professor *a*); e contratransferência, quando o sentido é projetado do analista/professor *a* para o paciente/acadêmico. É bem-visto que a angústia esteja presente na contratransferência, utilizada como termômetro frente às intervenções. Lacan (2005) situa no sentido de que o analista sinta a angústia para intervir, observado o suporte para o paciente, o nível da maturidade do Eu para intervir de determinada forma: se será mais pontual, caso precise apontar algumas situações que podem aumentar a angústia e, se for o caso, intervenções mais leves. Identificamos que essa contribuição lacaniana é bastante conveniente para o contexto universitário. Há preocupações na universidade que vão além da qualificação profissional, relacionados à motivação, à diminuição das angústias e à saúde mental dos acadêmicos?

O psicanalista francês afasta a ideia de que a angústia seja uma emoção e responde ao questionamento ocorrido durante o seminário concordando com o pai da Psicanálise na definição de que ela é um afeto. De acordo com suas palavras “Trata-se do desejo. E o afeto através do qual somos solicitados, talvez, a fazer surgir tudo o que

esse discurso comporta como consequência para a teoria dos afetos, consequência não geral, mas universal, é a angústia” (Lacan, 2005, p. 24). Em síntese, o psicanalista francês coloca a angústia como um afeto universal: indiferente da cultura humana na qual vive o sujeito, ela em alguns momentos estará presente. Está interligada ao psiquismo humano, às instâncias psíquicas, às emoções, demais afetos, sentimentos e percepções. Ela se apresenta nas entrelinhas e, dessa forma, tudo é complexo. Lacan (2005) se utiliza dos termos empregados por Tomás de Aquino, o concupiscível e o irascível⁶, para demonstrar a complexidade desse afeto, que vai além dos binômios e da distância dos significantes. A Psicanálise contribui muito com a compreensão do sofrimento psíquico por buscar romper com os binômios e encontrar a totalidade dos sujeitos, com suas individualidades.

Romper com os binômios é angustiante, pois abre a possibilidade de surgirem experiências e objetos desconhecidos. Por isso, a angústia é um afeto bastante complexo que afeta o modo do sujeito agir naquele momento.

A angústia compreende pelo menos três tempos: o primeiro, uma prioridade, é a descarga da energia instintual; o segundo apresenta suas variações de tensão, que pode ser intensa em alguns períodos e diminuir conforme a descarga; e o terceiro tempo é o sinal de perigo para que o Eu possa se proteger (Lacan, 2005). Este autor analisa que a angústia é concebida em três posições análogas: 1. biológica; 2. sociológica e 3. cultural. Essas posições remetem-se ao método desse afeto, mas é pela experiência que somos conduzidos à terceira posição, a cultural. Segundo o autor, a cultura é como uma chave que abre e fecha, funciona ou não funciona (Lacan, 2005, p. 30). Se as duas primeiras posições são análogas ao método, a terceira corresponde à intensidade.

6. Fazem parte das 11 paixões definidas por Tomás de Aquino: 6 são concupiscíveis, que tem relação adjetiva ao objeto, interligados a partir dos binômios: bem X mal; alegria X tristeza; e as irascíveis são 5: diretamente relacionadas à distância do objeto, este aproximado ou afastado, por exemplo: esperança X desespero; audácia X temor e a ira.

Como a cultura corresponde à intensidade da angústia, é ela, também, que vai determinar como ela pode ser aliviada e diminuída. Desejar algo ou alguém possui variações culturais e, conforme defende Lacan (2005), a cura da angústia também é o desejo, porque ali vai afastar um pouco o vazio, a falta. O desejo do homem é anterior ao que elabora e compreende. Esse anterior, Lacan (2005) nomeia de traço unário, anterior ao sujeito. É a partir do traço unário, que se existe no campo do significante, que se forma o aparelho (Lacan, 2005). No início, somos pedaços de carne e vamos nos constituindo como sujeitos sob mediação de um Outro. É a partir do desejo do Outro que o ser humano deseja. A falta do desejo do Outro se constitui como meu desejo. Isso ocorre de maneira inconsciente, visto que nem o Eu, nem o Outro sabem dessa falta. É uma falta como objeto de desejo.

Questionamos se essa dependência no desejo pelo desejo do Outro é causadora de angústia ou se seria angustiante essa situação. Lacan (2005, p. 33) afirma: “é por isso que, para mim, não só não há acesso a meu desejo, como sequer há uma sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplando-o, atando-o a isto”. Assim, como o desejo, que precisa estar atado a algo, a angústia também precisa. Ambos são dependentes e a falta causa angústia pela constante busca dos seres humanos pelo reconhecimento, e isso é um desejo. De maneira a melhor teorizar, recorreremos às palavras de Lacan (2005, p. 33): “o desejo de desejo é o desejo de que um desejo responda ao apelo do sujeito. É o desejo de um desejante”. E mais a frente, o autor ensina: “para que o Outro o reconheça, para receber dele o reconhecimento” (2005, p. 33). Porque quando o sujeito é reconhecido, ele existe para alguém e se afasta suavemente do vazio, da falta do objeto *a* e, assim, evita a angústia. O autor defende que em toda ausência existe a possibilidade de uma presença. Só haverá ausência de alguma coisa, pois na presença é possível a falta. “A angústia estaria ligada à proibição. A angústia em sua relação com o objeto do desejo senão que a proibição é uma tentação? Não se trata de perda do objeto, mas da presença disto: de que os objetos não faltam” (Lacan, 2005, p. 64).

Convém salientar que a angústia está muito relacionada ao fenômeno do estranho “é efetivamente pelo lado do desconhecido que aí se desenha o medo” (Lacan, 2005, p. 177). Ela é relativa ao temor de não ser reconhecido, à sensação angustiante de se olhar no espelho e não ver seu reflexo (Fuks, 2001). Já foi mencionado que a angústia causa ausência de palavras, porque é estranha e, portanto, é difícil encontrar uma representação dela apesar de reconhecermos que ela está ali. Lacan (2005, p. 88) explica essa relação da angústia com o estranho, porque a angústia está ante ao desamparo e à escuridão, ela é o “pressentimento”, “que não deve ser simplesmente entendido como o pressentimento de algo, mas também como o pré-sentimento, o que existe antes do nascimento de um sentimento”. Isso nos leva a concluir o motivo da angústia que muitas vezes faz o sujeito ficar sem palavras para expressar o que está sentindo, ou sem saber informar o que ocorre com ele, o que pensa, ou o que fazer para livrar-se desse afeto desagradável e desprazeroso.

2.3 A angústia e a manifestação do sofrimento psíquico em acadêmicos da Unioeste atendidos pelo Gapac

Não nos sentimos bem em nossa atual civilização [...].
Sempre nos inclinamos a apreender nossa miséria objetivamente. (Freud, 2010, p. 47)

A ideia da epígrafe acima reflete que é inevitável, a todos os seres humanos, sentir angústia e vivenciar o sofrimento psíquico em alguns momentos da vida. Entretanto, o importante é que seja temporário, dinâmico, sem engessamento e que isso auxilie no desenvolvimento psíquico e social dos sujeitos.

Freud (2010), logo no início de sua obra *O mal-estar na civilização*, apresenta uma crítica à humanidade por almejar sucesso, poder e riqueza para si. Ele critica os que reduzem os valores autênticos asituações, na maioria das vezes, de ordem econômica, e esquecem ou deixam de lado as demais variáveis que compõem a vida humana. Essa redução dos valores pode ser o responsável pelo

sofrimento psíquico. O autor adverte que o sofrimento possui três origens: a primeira é do próprio corpo, com dores e medo; a segunda é proveniente do mundo externo, em que há forças muito poderosas, destruidoras e inexoráveis; e a terceira, julgada como a mais dolorosa, provém das relações com outros seres humanos. Essa terceira via do sofrimento procede da “insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade” (Freud, 2010, p. 43). O sofrimento advindado corpo é evidenciado nas tentativas de suicídio para acabar com a dor, por medo de não conseguir dar conta das altas demandas universitárias, do cansaço, das frustrações. Porém, compreendemos que as formas de sofrimento analisadas estão bastante interligadas com as três fontes de sofrimento, dificultando uma análise em separado.

No ano de 2019, foram realizados atendimentos aos acadêmicos no Gapac. Nesses atendimentos, identificamos um alto índice de ideação suicida, transtornos de ansiedade e dificuldades de adaptação ao meio acadêmico, o que inclui as adaptações na nova moradia, estar distante de suas figuras parentais e a dificuldade em acompanhar e organizar uma rotina de estudos condizente com o ensino superior.

Dos prontuários analisados, quatro estavam relacionados ao sofrimento com origem no corpo. Na maioria, os acadêmicos haviam tentado suicídio ou pensado nisso para solucionar esse sofrimento. Pudemos verificar manifestações de sofrimento pela terceira fonte, isto é, as dificuldades familiares e de convivência com as figuras parentais, as altas expectativas de terceiros, com o prestígio em estar estudando numa universidade pública, os fracos vínculos sociais e a grande imaturidade emocional, muitas vezes relacionada à fase de vida dos sujeitos, ou seja, a adolescência. Sentiam-se pressionados com o mal-estar, afinal, estavam estudando em uma universidade pública, de prestígio e são acadêmicos privilegiados pela universidade na qual ingressaram. Para Dunker (2015), esses acadêmicos estavam perdidos com relação a sua identidade, e isso fazia com que suas ações de empenho e dedicação parecessem uma perda de tempo, e não um investimento. Foi notável a quantidade de acadêmicos com queixas

relativas às dificuldades em balancear as demandas da vida acadêmica com a vida particular. Também externalizaram frustrações relacionadas às disciplinas do curso, principalmente àquelas que não são específicas, diminuindo seus interesses pela vida acadêmica.

Manifestações como o cansaço pelas altas cobranças e demandas universitárias, as crises de ansiedade e as dificuldades de concentração e cognitivas, ou seja, diversas questões advindas da universidade foram identificadas como fontes de sofrimento do mundo externo. As dores e o medo sentidos dentro de si têm causado nos acadêmicos crises de pânico e ideias suicidas, seja por enforcamento, seja com o uso de medicamentos e entorpecentes.

Verificamos em vários acadêmicos ideias suicidas, com tentativas subsequentes. Podemos pontuar que as tentativas não estavam relacionadas para tirar a vida, mas sim, para eliminar o sofrimento, a dor que não tinha fim, o vazio, a angústia.

As autoras Girardi e Martins-Borges (2017) apontam três subcategorias do sofrimento psíquico. Essas subcategorias foram identificadas nos acadêmicos que participaram do Gapac. A primeira delas é definida pelos sintomas físicos, como enxaqueca, insônia, cansaço ou fadiga e estresse. São queixas somáticas, e isso é a linguagem do corpo, a comunicação desse soma de que há algo em desequilíbrio, algo que incomoda, que não está bem. A segunda subcategoria são as manifestações sociais, como o preconceito, o racismo, o isolamento, a desvalorização de sua identidade e uma condição de não pertencimento (Girardi; Martins-Borges, 2017). Alguns acadêmicos possuem uma aparência diferente, com falas e jeito diversos da maioria e, então, sofreram bullying por causa dessas características de suas identidades. Questões que envolvem a identidade são, por si só, causadoras de sofrimento, conforme já discutido com Dunker (2015) e Freud (2010, 2014). A terceira subcategoria são os sintomas psicológicos: o luto e a necessidade de pertencimento (Girardi; Martins-Borges, 2017). É uma subcategoria que está relacionada às demais. O luto, tanto pelo afastamento dos pais, da família, ou da morte de pessoas próximas, mas tam-

bém pela cultura, pelos costumes, pela comida e pelos amigos. Por ser uma universidade pública, muitos dos acadêmicos precisavam se deslocar de suas cidades e se inserirem em uma nova cultura, com características próprias.

Dor e angústia possuem caminhos parecidos: ambas estão relacionadas ao perigo frente à falta. A dor, conforme Freud (2014), é a reação própria da perda do objeto que ocorre quando um estímulo, de origem desconhecida, ataca o indivíduo em sua periferia, rompendo os dispositivos que o protegem, agindo de maneira ininterrupta. Não há ações do corpo que sejam eficazes para diminuir esse estímulo do local.

A angústia é a reação a um perigo traumático ou a evitação de um perigo em potencial (Freud, 2014). Ela estava presente nos acadêmicos que participavam do Gapac, quando estes se viam na necessidade de romper com sua passividade, confrontar as figuras parentais, assumir sua orientação sexual e apresentar algum trabalho oral diante da turma. Ainda, alguns acadêmicos estão estudando em cursos que não são da ordem do seu desejo. Permanecem nos estudos, muitas vezes, por terem sido aprovados em uma universidade pública e para não frustrarem as expectativas dos pais e/ou familiares. Outros acadêmicos frequentam a universidade por estarem próximo da casa dos pais e por não precisarem pagar mensalidades, mas não pelo desejo e pela realização futura de atuar na profissão que tal curso pode lhe proporcionar. Quanto a essas situações, Freud (2010, p. 36) ensina que:

A atividade profissional traz particular satisfação quando é escolhida livremente, isto é, quando permite tornar úteis, através da sublimação, pendores existentes, impulsos instintuais subsistentes ou constitucionalmente reforçados. E, no entanto, o trabalho não é muito apreciado como via para a felicidade. As pessoas não se lançam a ele como a outras possibilidades de gratificação. A imensa maioria dos homens trabalha apenas forçadamente pela necessidade, e graves problemas sociais derivam dessa natural aversão humana ao trabalho.

São os casos de um acadêmico de Pedagogia, já citado em outro momento, que realizava o curso para estar próximo aos seus pais, que não o autorizam a sair de casa por não acreditarem que ele tenha maturidade psíquica suficiente para ser independente. Há também o caso de um acadêmico de Medicina, cuja demanda é a dificuldade em manter atenção no curso e conseguir estudar. Seu desejo era cursar moda, mas fez o vestibular para Medicina para provar a si mesmo que conseguia ser aprovado. Possuía muitos atritos intrafamiliares e fazia uso de cocaína e maconha, além de outros comportamentos que colocavam sua saúde e sua vida em risco. Ele buscou o atendimento por medo de que isso pudesse piorar. Entretanto, desistiu de continuar com as sessões.

A angústia foi bastante constatada nos acadêmicos, e muitas vezes com raízes no primeiro evento traumático, que Freud (2014) considerou o nascimento, devido à exposição ao desconhecido, ao forte sentimento de desamparo, à separação da criança do ventre materno. Nos acadêmicos, verificamos a dificuldade em adaptação quando precisaram residir longe de seus pais. A separação desses jovens das suas figuras parentais e o desamparo nesse momento de cobranças muito diferentes do que vivenciaram no ensino médio. Esses são fatores considerados pelo Eu como um perigo e, dessa forma, ocorre a utilização da angústia para proteção do mesmo.

Identificamos alta quantidade de acadêmicos que traziam suas dificuldades subjetivas e difíceis de nomear que atrapalhavam o rendimento na universidade. Trata-se da angústia, que pertence ao Real. Esse Real não é a realidade, mas aquilo que abstraímos da realidade, o que é impensável, não pode ser nomeado e que confronta diretamente a castração (Dunker, 2016). Os acadêmicos, na maioria das vezes, chegavam aos atendimentos psicológicos atormentados, com dificuldades em colocar em palavras o que sentiam e isso, em muitos momentos, os sufocava. É a expressão da angústia vivenciada por eles. Como afirma Lacan (2005), a angústia é um afeto que não engana, que é sentido no corpo dos sujeitos e os atormentam porque não está preso a um significante. Por isso, o

sujeito não tem recurso simbólico para lidar com a angústia (Fonseca, 2009). Muitos desses acadêmicos demonstravam imaturidade psíquica, e no momento em que a vida acadêmica os coloca frente às maiores responsabilidades, vivenciavam sofrimento por não possuírem recursos para enfrentar as demandas.

Lacan (2005) também contribui com a análise dessas manifestações ao colocar as condições da reação da angústia. A primeira condição é quando há limites deficitários para o sujeito e ele é capaz de distingui-los, e a partir disso a falta fica em grande evidência. Isso quer dizer que quando o sujeito percebe as dificuldades e não encontra ferramentas necessárias para executar o que precisa, está faltante e a angústia se apresenta: vazio e falta são as palavras para a angústia. Isso pode ser observado no caso de uma acadêmica de Pedagogia, já citada anteriormente, e também, no caso de outra acadêmica de Pedagogia que não conseguia falar sem sua voz ficar embargada e chorar. Qualquer assunto sobre o qual iria falar, chorava. Sentia-se muito triste e deprimida, chorando sempre que estava sozinha. Seu pai se suicidou quando ela tinha pouca idade. Ela tinha dificuldades em encontrar o motivo do seu choro constante e da sua tristeza profunda e, durante os atendimentos, era possível sentir na contratransferência⁷ uma forte sensação de vazio, um terror sem nome. Foram vários momentos de silêncio, um silêncio vazio, sem resistência, sem interpretação ou associação do que poderia ter sido dito. Vazio era a palavra-chave em seus prontuários.

Essa condição da reação da angústia estava presente nos acadêmicos que têm em sintonia ao seu Eu a percepção de não cursar, trabalhar, se relacionar com as pessoas próximas conforme o seu desejo ou faltar com as demandas da universidade. Vale lembrar

7. Conceito interligado ao conceito de transferência. Enquanto transferência é o paciente (acadêmico) transferir para a figura do analista (professor[a]), afetos inconscientes e originalmente vinculados à figura de outra pessoa importante de seu passado; contratransferência é o contrário, quando o analista (professor[a]) vivencia certos sentimentos em relação ao paciente (acadêmico). Esses afetos podem favorecer a clínica/ensino, na diminuição de resistências e na compreensão das vivências do paciente/acadêmico.

que o Eu tem consciência de que a realidade está em desacordo com seu desejo, lhe causando desprazer. Nessa falta de prazer constante, o Eu reage com a angústia.

A segunda reação da angústia mencionada por Lacan (2005) é quando o sujeito está submetido à prova real; há a falta e, nessa falta, ocorre o efeito da demanda, reagindo com angústia. Questionamo-nos se o formato contemporâneo da educação tem se constituído em fonte de sofrimento. Freud (2010) aponta uma crítica aos métodos severos ou de tolerância excessiva no ambiente educativo, seja essa educação pelos pais, seja pelas instituições. Conforme já mencionado, muitos acadêmicos têm se queixado de dificuldades na relação professor-aluno, em manejar as demandas, com a carga excessiva da universidade e, ao considerar os relatos, observamos muita frustração e casos de agressividade com os demais e consigo mesmo. Essa agressividade e frustração podem estar relacionadas ao Super-eu rigoroso, estruturado dessa maneira pelos métodos patogênicos de educação.

A universidade é um campo de aprendizagem, de construção do saber e do conhecimento. Nisso, pode haver desavenças e dificuldades em manejar as divergências. Também, há nesse ambiente um excesso de demanda, somado às dificuldades familiares, de relacionamento e de trabalho. Isto posto, nota-se como a universidade é um ambiente propiciador de sofrimento e como é importante o cuidado em promover políticas de assistência estudantil, como a assistência à saúde mental.

O manicômio e a universidade possuem semelhanças. O manicômio “evoluiu” de um local de loucos e alienados para um lugar de educação da moral. Mesmo assim, excluía e isolava as pessoas. Faz-se necessário observar os métodos de ensino, os programas das universidades, o formato de recepção de todos(as) os(as) acadêmicos(as), para que a universidade fique longe de semelhanças maiores com um sanatório. Nos manicômios, passaram a preocupar-se em administrar fármacos e terapias, enquanto nas universidades, muitas vezes, preocupam-se em verbalizar conceitos e teorias em um curto

prazo e com uma alta demanda de produção acadêmica de qualidade. Essas são queixas que demonstraram mal-estar e sofrimento entre os acadêmicos que participaram do Gapac e também dos que participaram de pesquisas que constam na bibliografia (Accorsi, 2015; Vergara, 2011; Bispo; Helal, 2013; Soeiro; Souza, 2010; Ribeiro *et al.*, 2013; Andrade *et al.*, 2014; Girardi; Martins-Borges, 2017; Gavioli *et al.*, 2009, para citar alguns).

Alguns acadêmicos relataram sentimento de culpa sem razão lógica para isso. Buscamos na teoria freudiana a compreensão da culpa, e verificamos que ela está intimamente ligada à renúncia instintual, um medo voltado à agressão da autoridade externa, que pode ser relacionada às figuras parentais ou aos professores. Esse medo “equivale ao medo ante a perda do amor, o amor protegendo dessa agressão punitiva -, depois, estabelecimento da autoridade interna, renúncia instintual devido ao medo a ela, medo da consciência” (Freud, 2010, p. 98). O autor refere que na vida existem três paliativos para o sofrimento psíquico humano; paliativos para a dor da vida, que nos auxiliam a melhor suportá-la, como as “poderosas diversões, que nos permitem fazer pouco de nossa miséria, gratificações substitutivas, que a diminuem, e substâncias inebriantes, que nos tornam insensíveis a ela” (Freud, 2010, p. 28).

Em alguns acadêmicos pudemos pontuar os paliativos utilizados para suportar o sofrimento. As poderosas diversões são identificadas nos relatos da vivência em bares, baladas, idas a locais isolados com um grupo para conversas, ouvir som alto e utilizarem drogas lícitas, com possibilidade de uso das ilícitas. Gratificações substitutas como a arte raramente foram citadas e, quando apareceram, foi no formato da música e poesias que, para melhor comunicação, os pacientes traziam por escrito em alguns atendimentos, e continham o que haviam vivenciado durante a semana. Alguns faziam oficinas de teatro, e outros assistiam filmes, cinema e seriados como método paliativo.

O terceiro paliativo mencionado por Freud é o das substâncias inebriantes, que são bastante utilizadas: tabaco, álcool, maconha e, em alguns casos, cocaína. Tais entorpecentes causam prejuízos aos

sujeitos com novos sofrimentos, mas para esses acadêmicos, melhor era suportar essa consequência na busca em camuflar a angústia sentida que enfrentar algo totalmente novo e angustiante (Forbes, 2017). Freud (2010) assevera ainda que a atividade científica é considerada uma distração. Entretanto, essa atividade no meio universitário é mais condizente com uma fonte de sofrimento, exatamente pelo fato de que as demandas das atividades científicas privavam os acadêmicos do lazer, do meio social e de vivências familiares.

O processo do luto foi identificado em alguns acadêmicos. Fosse o luto pela perda de uma pessoa importante em sua vida (mãe e avós), seja o luto pela mudança de cidade, e, conseqüentemente, pelo afastamento dos pais. Isso lhes causava sofrimento, o que diminuía o rendimento acadêmico. Freud (2014) aponta que o luto força o indivíduo a separar-se do objeto de maneira abrupta, pois o objeto não existe mais. Dói porque, inconscientemente, não existe finitude, esse objeto foi alvo de grande investimento libidinal e agora o exame da realidade o coloca como inexistente. Diante de situações de luto sofremos porque precisamos, para a convivência civilizada com os demais, reprimir e restringir nossos instintos, sejam eles os sexuais, sejam os agressivos (Freud, 2010). Os acadêmicos sofrem porque precisam concluir a graduação e construir uma profissão. Ainda, precisam acatar as normas da universidade para atingir seus objetivos e, também, se afastar de determinadas pessoas ou do convívio social para darem conta das demandas acadêmicas.

Mesmo que soframos porque precisamos, podemos avançar nas defesas contra o sofrimento, desenvolvendo melhor nosso Eu para enfrentar os novos desafios que a vida irá nos proporcionar. É necessário utilizar o sofrimento para progredir e saber se posicionar frente às expectativas dos outros, separando o que é seu desejo e o que é o desejo do outro, e também assumir as responsabilidades por suas escolhas. Sofrimento e patologia podem ser parecidos, mas patologia é um transtorno no Eu, um desequilíbrio do Eu frente ao mundo externo cujos limites não estão bem definidos. As percepções, os componentes do psiquismo, os pensamentos e afetos

podem parecer estranhos ao Eu, como se tivessem vindo do mundo externo. O Eu não reconhece seus objetos próprios, as consequências de suas funções (Freud, 2010). Para Dunker (2015, p. 191), o sofrimento é “sentimento de perda de poder (impossibilidade de fazer reconhecer o próprio desejo) ou como expectativa irrealizada de liberdade (impossibilidade de reconhecer o próprio desejo)”. Quando não somos reconhecidos, ou quando não nos reconhecemos, há a falta de algo, favorável ao desenvolvimento da angústia, e, conseqüentemente, sofremos.

Podemos identificar que a palavra-chave para o amadurecimento psíquico é a experiência. Freud (2010) nos ensina sobre isso quando aponta a tendência do isolamento do Eu frente às diversas fontes de desprazer vivenciadas. O mundo externo é o principal responsável por essas sensações desagradáveis. Será a partir da experiência que o Eu ganha força frente a essas situações, que podem trazer um ganho de novos meios diferentes do isolamento para se defender, já que este também é causador de desprazer.

As preocupações são diferentes nas diversas culturas, sejam elas de outros países, de outros Estados, de regiões de um mesmo Estado, de outros municípios ou, nos arriscamos a dizer, de outros bairros. O estudante de hoje preocupa-se e inquieta-se por motivos distintos dos estudantes das décadas anteriores, mas o que ambos compartilham é o estigma de estudante universitário, a rotina universitária, o peso em estudar em uma instituição pública, as obrigações e as demandas.

O sofrimento psíquico é real e inerente a cada um de nós. Na pesquisa que deu origem a este livro, identificamos a ausência de portarias ou resoluções que regulamentem serviços de assistência estudantil dentro de muitas universidades públicas, sendo que essa regulamentação poderia minimizar os efeitos desse sofrimento. Em diversas situações de nossas vidas o sofrimento psíquico é inevitável. No entanto, quando vivenciado com acolhimento e suporte psicológico qualificado, é possível enfrentá-lo de maneira menos dolorida. Advertimos que existem intervenções possíveis nessa realidade, a partir da escuta analítica do drama que nossos acadêmicos têm

vivenciado. Muitos precisam, além dessa escuta fundamental, admitir a intervenção medicamentosa como um recurso da psiquiatria e de tantas outras áreas, num trabalho interdisciplinar. Daí a urgência em ampliarmos a discussão entre Saúde Mental, Psicanálise e sofrimento psíquico nos espaços universitários.

3. INTERVENÇÕES POSSÍVEIS NO ESPAÇO UNIVERSITÁRIO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS ACADÊMICOS DA UNIOESTE: UM TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

A partir dos dados da bibliografia consultada, podemos verificar que existem várias intervenções possíveis para promover a saúde mental dentro do espaço universitário que previnem o sofrimento psíquico intenso, ou seja, aquele que pode levar o sujeito a vivenciar transtornos psíquicos maiores que comprometem sua funcionalidade.

Ao comparar a pesquisa junto ao Gapac com os dados bibliográficos, podemos observar que o primeiro ano do curso é bastante difícil para os acadêmicos, muito por causa da necessidade em saírem da residência de seus pais e irem morar sozinho ou com pessoas que não eram de seu convívio social. Os novos costumes, as novas responsabilidades, as novas e grandes cobranças levam a dificuldades de adaptação e a crises de identidade (Gagliotto *et al.*, 2018; Ribeiro *et al.*, 2013; Silva-Ferreira; Martins-Borges; Willecke, 2019; Rodrigues; Osório, 2016).

Considerando as demandas universitárias, a bibliografia e as ações realizadas por diversos profissionais em um trabalho multiprofissional da área da Pedagogia, com tutorias, da Psicologia, do Serviço Social, da Enfermagem, da Medicina, da Nutrição, da Fonoaudiologia, da Psiquiatria e da Educação Física, elencamos cinco categorias de intervenções: 1. A institucionalização de serviços de assistência estudantil, que significa a criação de documentos e a concretização de políticas públicas nas universidades que compreendam pelo menos algumas das áreas citadas acima; 2. A formação de professores de maneira mais abrangente, passando de formações focadas em currículo para formações que envolvam situações dos elementos psicológicos, emocionais e comportamentais, ou seja, uma formação humana (até então, a formação de professores está embasada em um aspecto mercadológico); 3. Ações institucionais; 4. A infraestrutura universitária; e 5. O uso das artes na universidade, que são paliativos para amenizar o sofrimento.

Quando mencionamos a institucionalização de serviços de assistência estudantil, a intenção é de que o trabalho dos programas de suporte psicológico possua estabilidade para que os acadêmicos não sejam prejudicados com as interrupções dos serviços por falta de profissionais para atendê-los. Trata-se de uma intervenção que fortalece a prevenção de transtornos e sofrimento psíquico e que promove a saúde mental. De acordo com os dados da bibliografia, sabe-se que os acadêmicos, principalmente da área da saúde, são mais propensos ao sofrimento devido a aproximação dos pacientes que estão em situações críticas de saúde (Soeiro; Souza, 2010). Institucionalizar significa deixar permanente ou por longo período algum serviço, mantendo regularidade para consolidar e formalizar as ações que acompanhem continuamente esses acadêmicos. Para isso, se faz necessário a criação de Políticas Públicas.

Políticas Públicas, conforme Secchi (2018), são diretrizes para a solução de um problema público. O autor fez analogia à Ciência Médica, comparando o problema público a uma doença e a política pública ao tratamento dessa doença. Podemos considerar o sofrimento psíquico um problema público, assim como os adocimentos dos acadêmicos que evadem das universidades, ou que demoram mais tempo para concluir o curso ou, ainda, atentam contra a própria vida. O tratamento, ou seja, a política pública para isso, são os serviços de assistência estudantil de maneira institucionalizada.

Para construir uma política pública, existem seis etapas necessárias para sua eficiência, eficácia e efetividade, conforme os moldes normativos necessários: 1) Diagnosticar o problema, identificar, caracterizar e fundamentar a situação problemática; 2) Delinear os critérios para o desenho e a caracterização das políticas, com o questionamento de quais são os agentes e articuladores envolvidos, quais os impactos ambientais e quem é o público-alvo; 3) A apresentação dos critérios para a análise orçamentária e fiscal e verificação a conformidade dos custos com a legislação fiscal e orçamentária; 4) Planejamento e detalhamento para execução e suas estratégias de implementação; 5) A legitimidade da parte interessada, a confiança

e o suporte; e 6) Os critérios para monitoramento, avaliação e controle das políticas públicas. É a fiscalização para evitar desvios dos objetivos dessa política (Governo do estado do Maranhão, 2019).

Dessa forma, para a institucionalização dos serviços de assistência estudantil existem na bibliografia instrumentos possíveis. Um serviço de Psicologia Escolar para os acadêmicos sentirem-se ouvidos e para trabalharem a pressão familiar que sentem pela escolha da instituição de ensino superior, principalmente quando esta é uma pública, pois, segundo Rocha e Atem (2010), muitos acadêmicos têm escolhido, sob pressão familiar, a instituição antes do curso a se graduar.

No Rio Grande do Sul, há em uma escola de ensino fundamental o chamado Projeto Defesa à Vida, que realiza intervenções protetivas e preventivas no sentido de minimizar a violência e a vulnerabilidade social e afetiva na população diversificada em variados contextos. O projeto favorece o espaço para a comunicação de sentimentos e reflexão dos comportamentos (Quevedo; Conte, 2016). A importância em mencionar esse projeto se dá pela diversidade que, até então, é possível de encontrar no ambiente universitário.

Os autores Andrade *et al.* (2014) frisam a importância do suporte e do apoio psicopedagógico ao considerar que a transição do ensino médio para o ensino superior é carregada de novas demandas e novas responsabilidades, vinculada à transição da adolescência para a vida adulta e ao fato de a metodologia de ensino ser muito diferente. O apoio e o suporte psicopedagógico auxiliariam o acadêmico a se encontrar, e conseguir um bom desempenho acadêmico.

Em paralelo, Silva-Ferreira, Martins-Borges e Willecke (2019) sinalizam a subutilização dos serviços de apoio psicológico, o que coloca os sujeitos em uma condição de desamparo. Essa situação muito se dá devido à precarização dos programas nas universidades voltados à saúde mental acadêmica, seja pela ausência de ações universitárias, seja pela falta de profissionais para orientar, auxiliar e trabalhar com os acadêmicos em suas condições.

Os autores Matos *et al.* (2019) problematizam as dificuldades dos acadêmicos de Medicina ao enfatizar a importância da existên-

cia e funcionamento dos serviços de apoio, acolhida e orientação a esses estudantes ao longo de sua trajetória na graduação, pois ao entrarem na universidade, vivenciam um ambiente de frustrações e alta competitividade que já vem da escola, com forte concorrência para ser o melhor, o mais ágil, o mais eficiente.

Muitos acadêmicos, ainda na fase da adolescência, vivenciam vários lutos conjuntos. Ao ingressarem na universidade, podem idealizar o lugar, o curso e os professores, o que pode gerar muitas frustrações pela não correspondência ao seu ideal. Matos *et al.* (2019) tratam sobre a acolhida e a orientação de profissionais especializados para esses fins, no sentido de transformar a idealização em uma admiração, que é uma situação mais estável.

Citamos a institucionalização de serviços de assistência multiprofissional estudantil voltados à saúde mental, que contêm profissionais da Pedagogia, da Psiquiatria, da Enfermagem e da Psicologia. Os autores Ribeiro e Guzzo (2019) reforçam a necessidade da presença do profissional de Psicologia, para também fortalecer o acadêmico a partir do exercício político e crítico de sua participação na sociedade. Os autores (2019) ponderam ser essa a principal função da Psicologia na universidade: propiciar sujeitos qualificados no currículo, nos comportamentos, nas atitudes profissionais e como um sujeito, que fazem a sua marca na sociedade em que vivem.

A segunda categoria de intervenção é a formação de professores que, até então, é busca responder às demandas de mercado. A ênfase está no currículo, nas metodologias de ensino, nas formações sobre determinado assunto para melhor abranger na atuação do professor. No entanto, muitas vezes ficam de lado as demandas de uma formação mais humana. A formação continuada a que nos referimos está voltada, também, para conteúdos emocionais e psicológicos, pois assim os professores terão bagagem para poder intervir no primeiro contato com as situações complexas que os acadêmicos podem vivenciar em uma sala de aula. Seria proveitoso, também, que os professores tenham uma formação para o bem-estar deles.

A maioria dos acadêmicos, são muito jovens ao ingressar nas universidades, ainda na fase da adolescência, e veem na figu-

ra do(a) professor(a) uma figura parental, de autoridade. Os(as) professores(as) precisam de formação para auxiliar esses acadêmicos em seu desenvolvimento humano. Muitas crises, que interferem no aprendizado, podem ser evitadas com pequenas atitudes da docência no exercício de sua profissão.

Uma formação de professores que trabalhe com a conscientização dos acadêmicos sobre os limites de sua área de atuação é uma forma de auxiliar na diminuição do sofrimento psíquico. As pesquisas indicam que acadêmicos da área de saúde sofrem mais quando precisam estar em contato com o sofrimento de seus pacientes (Costa, 2007; Fernandes *et al.*, 2015; Carlotto; Nakamura; Câmara, 2006; Hirsch *et al.*, 2015; Olmo *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2019), com o adoecimento e com a possibilidade de morte.

Os autores Silva *et al.* (2017) apontam para a emergência de formação aos professores nos aspectos emocionais, psicológicos e comportamentais, pois constataram uma posição autoritária na relação professor-aluno, que acarreta repercussões negativas na futura relação profissional. Junto a essa formação, que trabalharia os modos de relacionamento, o professor compreenderia que dar feedbacks positivos, ter um bom humor, ter uma organização que veicule a teoria com a prática profissional de forma mais constante, trabalhar com um ensino mais estratégico e reconhecer as conquistas dos acadêmicos facilitará que estes tenham uma projeção futura positiva (Bispo; Helal, 2013).

Alterar a forma da aprendizagem para uma característica construtiva, no qual o acadêmico é ativo em seu aprendizado, pode prevenir transtornos mentais nos acadêmicos (Tenório *et al.*, 2016). Esse formato de ensino abrange mais aspectos do ser humano, principalmente quando se trata de escolas médicas, cuja crítica é sobre promover um ensino fragmentado, no qual o professor é o detentor do conhecimento e o acadêmico recebe um ensino informativo.

Os autores (Tenório *et al.*, 2016) verificaram que uma metodologia ativa de ensino, como a ABP – Problematizações e Aprendizagem Baseada em Problemas –, encara a problematização do ensino médico e realiza, de maneira continuada, uma revisão crítica do seu

papel na promoção, prevenção e manutenção de possíveis agravos à saúde mental dos acadêmicos, contribuindo, assim, para uma formação profissional humana, emocional e técnica.

Faz-se necessário pensar em uma formação dos professores que elenque métodos holísticos de ensino, com novas propostas pedagógicas que estimulem processos interativos de aprendizagem (Silva *et al.*, 2014). O ensino é fragmentado na justificativa de facilitar a didática, porém, nem sempre quando os fragmentos são juntados, encontramos a totalidade, pois às vezes falta coerência. Compartilhar responsabilidades e olhar o sujeito na sua totalidade são possibilidades de intervenção na promoção da saúde mental, apontadas por Brandão Junior, Canavêz e Ramos (2017). Em consonância, os autores Gavioli *et al.* (2009), em uma crítica à educação médica, apontam a necessidade de as universidades se atentarem às demandas emocionais de seus acadêmicos, sobre as quais os professores possuem influência e podem observar as primeiras manifestações.

Os professores precisam compreender e considerar um tempo adequado para a realização das atividades acadêmicas, com formas alternativas de avaliação (Silva *et al.*, 2019). Os trabalhos monótonos e repetitivos geram tensão e desprazer. A dificuldade em saber os limites do trabalho e das demandas acadêmicas com a vida pessoal causa sofrimento, pois a liberdade é diminuída. As relações sociais sadias, incluindo a relação professor-acadêmico, são possibilidades de promoção da saúde mental (Bispo; Helal, 2013).

Dameto (2011) aponta sua crítica em relação ao formato de ensino e elenca possibilidades no formato de uma educação que sirva para quem dedica seu tempo e suas prioridades ao ensino superior:

Seria de primeira importância que o processo educativo empreendido principalmente nas escolas viabilizasse a percepção consciente dos fenômenos e criasse espaços para o desenvolvimento de um olhar crítico sobre esses, para que o aluno pudesse ter em mente as razões pelas quais age, consome, interage e posiciona-se política, ética e esteticamente, nas questões do seu cotidiano, bem como nas ques-

tões globais, dimensões que frequentemente se confundem na atualidade. (Dameto, 2011, p. 111)

O ensino precisa ser dinâmico e atualizado. A formação do profissional atualmente precisa avançar da aprendizagem passiva e informativa para uma aprendizagem dinâmica, holística e construtiva. Os professores precisam compreender e respeitar seus limites, mas o aceitar é diferente de estagnar. Entender os limites é estar em busca de uma didática que integre a melhor maneira de construir conhecimento com os diversos acadêmicos a quem se ensina. É necessário conhecer que existem alguns acadêmicos que possuem dificuldades com um método de ensino, mas possuem facilidades em outros formatos. Se um professor mantiver somente uma didática, vai prejudicar esse acadêmico, confundindo uma dificuldade com a capacidade cognitiva.

A terceira categoria de intervenção é favorecida quando são observados os fatores de risco e, logo em seguida, os de proteção, pois propõe a reflexão para possibilidades de mudança e transformação em prol da saúde mental. Os autores Silva-Ferreira, Martins-Borges e Willecke (2019) acrescentam que a expressão da própria cultura, com a existência de coletivos para acolhida dos calouros que, conseqüentemente, promove uma nova rede social, o acolhimento institucional e docente e as atividades de lazer, de esporte e religiosas/espirituais são fatores de proteção contra o sofrimento psíquico e formas de intervenção para a promoção da saúde mental.

O acolhimento no início do curso foi indicado por vários autores (Millan; Arruda, 2008; Motta; Soares, 2019; Mota *et al.*, 2016; Ribério; Cunha; Alvim, 2016; Andrade *et al.*, 2016; Matos *et al.*, 2019) como uma ação preventiva de sofrimento psíquico e promotor de laços sociais, pois dessa forma o acadêmico calouro interage em massa e é possibilitado o convívio com colegas que estão em posição semelhante, havendo um sentimento de empatia, identificação e fraternidade.

Os espaços de lazer e as atividades desse cunho, segundo Tenório *et al.* (2016), auxiliam no alívio do estresse, que está presente

em vários artigos relacionados à saúde mental acadêmica (Soeiro; Souza, 2010; Ribeiro *et al.*, 2013; Andrade *et al.*, 2014; Girardi; Martins-Borges, 2017; Gavioli *et al.*, 2009; Silva-Ferreira; Martins-Borges; Willecke, 2019; Vieira; Romera; Lima, 2018; Silva; Bardagi, 2015; Silva *et al.*, 2017; Andrade, 2018; Farias *et al.*, 2019; Rodrigues; Osório, 2016; Pacanaro; Santos, 2007; Costa, 2007; Mota *et al.*, 2016), considerado um fator de sofrimento psíquico e que facilita outras dificuldades de cunho acadêmico, familiar, interpessoal, ambiental e até mesmo nos cuidados pessoais (Costa, 2007). Nesse sentido, atividades e espaço de lazer na vida cotidiana dos acadêmicos são uma intervenção e fator de prevenção ao sofrimento psíquico e uma alavanca para o melhor desempenho acadêmico.

Uma ação institucional pode complementar mais de uma forma de intervenção. A realização de atividades de tutoria (Ribeiro; Melo; Rocha, 2019) auxilia os acadêmicos a encontrar sua melhor forma de estudo, como também em uma melhor adaptação ao sistema do ensino superior.

Todas essas categorias de intervenção apontadas serão ineficientes se não houver uma mínima infraestrutura adequada. Conforme Olmo *et al.* (2012), uma universidade que possua um espaço para descanso, uma biblioteca adequada, com material suficiente, espaços e ambientes tanto abertos, quanto fechados, para favorecer a realização de trabalhos é fundamental. Observamos que são espaços e cuidados que demandam pouca alteração e investimento financeiro. Além de deixar a universidade bonita, esses ambientes ajudam no descanso e alívio do estresse universitário. No referencial pesquisado, encontramos sobre a infraestrutura com condições mínimas: não é necessário um ambiente imenso, que demande grandes investimentos, mas um que promova a dignidade, principalmente de acadêmicos com necessidades especiais (com deficiência física ou visual, por exemplo), características que já são contempladas nas normas atuais de construção civil. Também é imprescindível ter ambientes e salas para atendimentos psicológicos adequados para o serviço, que possuam isolamento acústico e sejam confortáveis e seguros.

A outra categoria de intervenção é o uso das artes no ensino. Os autores Marco *et al.* (2013) enfatizam a importância do uso das artes na ciência e no ensino, como também o uso da empatia entre docentes e acadêmicos. A arte permite o contato maior com as emoções e sentimentos, nos lembrando da essência da vida e nos colocando na situação de seres humanos. Os autores Vieira, Romera e Lima (2018) indicam que conteúdos artísticos, sociais e intelectuais são formas de lazer que ajudam na diminuição do estresse. Essas atividades podem ainda reduzir o consumo de álcool e outras drogas.

Em complementação, Freud (2020) pontua o uso das artes como um paliativo para o sofrimento e o mal-estar. A arte é considerada pelo pai da Psicanálise como uma satisfação substituta dos sujeitos, de acordo com a cultura o qual se está inserido. Como não podemos ter tudo o que queremos no momento que desejamos, a arte por meio de seus instrumentos (filmes, seriados, teatro, dança, música, pintura etc.) substitui a satisfação pela ilusão que nos coloca. Mesmo que ela seja ilusória, não nos afasta da realidade, mas nos defende dela.

Nasio (2017) pontua que é pelas artes que conseguimos nos expressar de maneira mais eficaz. Podemos expressar nossas ideias, as emoções, os sentimentos e as opiniões sem julgamento (pelo menos direto; quando há julgamento, é da arte, diferente da intenção que foi projetada nela). Quando vemos e ouvimos no cotidiano, são as percepções superficiais, moldadas pelo que socialmente é regado. A arte eclode as sensações e emoções. Ela pode ser dolorida, polêmica, triste ou angustiante, mas, em sua maioria, aceitável. Nos é dada a permissão de expressar muitas emoções que, fora desse meio, são consideradas repugnantes. Na arte, projetamos nossos demônios e os exorcizamos, pois esse meio de expressão nos dá o controle sobre eles.

Promover espaços culturais na universidade e incluir na metodologia de ensino o uso das artes são intervenções que auxiliam, portanto, na promoção da saúde mental, no ensino e aprendizado mais holístico e na melhora do desempenho acadêmico. Em seguida, iremos discorrer sobre as intervenções encontradas nas universidades públicas paranaenses, que promovem a saúde mental de seus acadêmicos.

3.1 Intervenções possíveis de acolhida e escuta do sofrimento psíquico de acadêmicos nas universidades públicas paranaenses

Nesse momento, vamos apresentar os resultados encontrados sobre as ações e intervenções de universidades paranaenses que visam a promoção da saúde mental dos acadêmicos. Não foi possível encontrar no site das universidades públicas estaduais paranaenses informações de políticas públicas de atendimento em saúde mental. Não há documentação, regimento, normativa ou portaria que oriente e promova atividades para esse fim. O que encontramos foram ações e intervenções, comumente de programas e projetos de extensão universitária, ou ainda, da pró-reitoria, que visam práticas de cuidado em saúde mental. Essas, em sua maioria, possuem pessoas que trabalham de maneira voluntariada.

Após contato via e-mail com as universidades nos setores dos serviços voltados à saúde mental acadêmica, recebemos algumas respostas. A universidade estadual que possui um documento que regulamenta o Serviço de Saúde Mental é a Universidade Estadual de Londrina (UEL), através de seu Ato Executivo N° 132/2014, que vincula a Seção de Saúde Mental ao Serviço de Bem-Estar à Comunidade (Sebec). Na UEL, o Sebec

tem como objetivo promover uma vida universal por meio da operacionalização de serviços e ações voltadas para áreas de saúde do trabalhador, serviço social, alimentação e nutrição, segurança do trabalho, segurança escolar e técnico administrativo de apoio. (UEL, 2021)

A partir de 2014, foi criada a Seção de Saúde Mental, vinculada ao Sebec.

Os serviços direcionados à saúde mental se caracterizam por atendimentos individuais, em grupos, na participação de comissões, rodas de conversa, mesas redondas, organização de eventos e intervenções tanto para os acadêmicos, como para a Comunidade Universitária como um todo (UEL, 2021). É necessário enfatizar

que os serviços ofertados pelo Sebec interferem na sociedade na qual a universidade está inserida, pois ao promover eventos, rodas de conversa e mesas redondas, permite às pessoas um maior conhecimento sobre as temáticas de saúde mental. Isso se caracteriza como uma intervenção primária, ou seja, cuidados preventivos.

No ano de 2021, a Seção de Saúde Mental da UEL foi composta por três profissionais da Psicologia. Destas, uma é estatutária, outra é assessora especial com carga horária de 40 horas semanais e uma é psicóloga residente por 30 horas semanais. Também, há um convênio com o curso de graduação em Psicologia da universidade, no qual os estagiários elaboram e atuam na saúde mental, permanência estudantil, ações afirmativas, diversidade e sexualidade (Pagnossim, 2021).

Em universidades federais no estado do Paraná, o Decreto nº 7.234/2010 (Pnaes) regulamenta serviços de atenção à saúde, o que deixa a lacuna sobre os serviços de atenção à saúde mental. Na Universidade Federal do Paraná (UFPR), há a Unidade Escola – Promoção de Saúde. A atenção dada está voltada ao atendimento médico, nutricional e farmacêutico. Verificamos que há o curso de graduação de Psicologia, que poderia estar atrelado a esse serviço, visto que esses atendimentos são realizados por acadêmicos da universidade. Na UFPR existe a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (Prae), que teve seu início em 2006 embasado no Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Estudantis (Fonaprace). Sua missão é a de “atender as demandas voltadas à permanência do estudante para a formação profissional, proporcionando acolhimento, orientação, apoio e acompanhamento durante a sua trajetória acadêmica” (UFPR, 2016, p. 3-4).

As atividades da Prae são constituídas por humanização, integração (pontos de cultura, festivais culturais, jogos, gincanas, semana acadêmica, campeonatos esportivos) e assistência (ênfase na superação de deficiências financeiras).

Na Prae, existe o Programa de Apoio Psicossocial e Pedagógico, que tem por função,

o acolhimento dos estudantes através do atendimento psicológico, pedagógico e de assistência social de caráter preventivo, informativo e de orientação individual ou em

grupo, contribuindo e fornecendo subsídios para o desenvolvimento, adaptação acadêmica e integração do aluno no contexto universitário. (UFPR, 2016, p. 11)

Existem cinco pontos de intervenção quanto ao atendimento psicológico fornecido pela Prae: 1. Plano de Apoio Psicológico, no são oferecidos atendimentos pontuais, sem necessidade de um agendamento anterior; 2. Grupos, a partir da verificação de uma demanda comum a vários acadêmicos; 3. Acompanhamento Psicológico Individual aos acadêmicos “que apresentam perda de qualidade na vida acadêmica em decorrência de sofrimento ou conflito psicológico” (UFPR, 2016, p. 12); 4. Oficinas, semelhantes aos grupos, mas que incentiva a permanência universitária; e 5. Assessoria a Docentes e Técnicos que visam verificar as melhores abordagens de enfrentamento.

Em bastante conformidade com as categorias de intervenção elencadas no item anterior, a UFPR (2016) possui projetos de incentivo às práticas esportivas e culturais, como o Projeto Arte no Intervalo, Festival da Cultura, Campanhas de Cidadania, Semana de Recepção dos Calouros e Programa de apoio aos eventos estudantis, com caráter didático-científico, político-acadêmico, de natureza artístico-cultural ou, ainda, eventos esportivos.

A Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) informa sobre os serviços voltados à saúde mental no sistema único de saúde (SUS) e não realiza atendimentos na universidade. No site, é possível encontrar sugestões de onde procurar serviços na área de saúde mental, como na Unidade Básica de Saúde, no Centro de Atenção Psicossocial, no Centro de Valorização da Vida, pelo número 188, e em situações de urgência e emergência, o Samu. Oferta-se atendimento, orientação e encaminhamento pelo Núcleo de Acompanhamento Psicopedagógico e Assistência Estudantil (Nuape).

É importante mencionar que, em parceria com a Unioeste, com a empresa Office Latino-americano Abipir-Ifia e com a Webgenium, a UTFPR publicou em 2021 um e-book sobre a covid-19 intitulado: *Informar para superar: retratos sobre a COVID-19 na web*. Esse material foi organizado pela doutora Giani Carla Ito, que pon-

tua que, nesse contexto de pandemia, são as universidades públicas brasileiras que promovem iniciativas e buscam melhor conhecer a situação vivida para contribuir com ações para transformar a sociedade na qual está inserida (Ito *et al.*, 2021).

Este e-book (Ito *et al.*, 2021) traz análises sobre as notícias que envolvem a pandemia e um apanhado sobre os acontecimentos relacionados à educação, como as perspectivas de docentes e alunos. Inclui a solidariedade na sociedade, as ações e a união de diversos atores na tentativa de diminuir o impacto da crise em muitas famílias desprovidas das necessidades básicas (alimentação, vestimenta, moradia). Mostra também o papel e a crise na ciência, o descrédito da população sobre a comunidade científica e, em contraponto, o avanço dela no mundo inteiro. Ito *et al.* (2021) pontuaram sobre a influência das *fake news* que envolvem a covid-19, os impactos sociais e econômicos do coronavírus entre Brasil, Argentina e o Paraguai e, por fim, o uso da tecnologia para monitoramento dos dados da covid-19 para difundir os dados e demais informações.

Observamos que sobre a saúde mental das pessoas é ausente informações ou estudos, mesmo com forte impacto na saúde mental das pessoas, pois foi necessário o isolamento social que possibilita a quebra dos vínculos afetivos e muitas vezes é a rede de apoio das pessoas. A grande crise econômica que afetou muitas famílias, como colocado anteriormente, com dificuldades para saciar as necessidades mais básicas do ser humano. Há ainda o medo, o pavor e a angústia relacionados a esse vírus, que afastou as pessoas também por motivos de morte, muitas vezes, sem possibilidade de despedidas.

No Instituto Federal do Paraná (IFPR), encontramos em seu site o Programa de Assistência Estudantil. Este programa está obedecendo ao Decreto nº 7234/2010 que institui sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (Pnaes) em todas as instituições públicas de ensino superior de âmbito federal (Brasil, 2010). Nossa crítica a esse Decreto se dá no foco em acadêmicos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, ou seja, deixa de lado o cuidado com a saúde mental. A vulnerabilidade socioeconômica, como

consta no site da instituição, exclui, discrimina, enfraquece grupos sociais, dificulta a capacidade de resolução de problemas dos sujeitos, fragiliza vínculos sociais e sua afetividade (IFPR, 2021). Todas essas são situações que prejudicam o bem-estar e a saúde mental dos estudantes. Entretanto, esse Programa de Assistência Estudantil corresponde a intervenções na área de alimentação, transporte, moradia, aquisição de materiais didáticos, projetos educacionais, monitoria, esporte, eventos e o Napne. Na Resolução nº 11/2009 do IFPR a saúde mental é colocada como uma área a ser contemplada pela Política de Apoio Estudantil. Na Resolução nº 11/2009, do Conselho Superior do Instituto Federal do Paraná, os cuidados primários com a saúde mental são contemplados, conforme está no Capítulo IV: Do funcionamento:

Art. 5º A implementação da Política de Apoio Estudantil do IFPR ocorrerá por meio de ações, programas ou projetos nas seguintes áreas: assistencial (moradia, alimentação, bolsas, transporte, creche), **atenção primária a saúde mental e física**, atividades e eventos culturais, artísticos, acadêmicos, inclusão digital, atividades esportivas, comunitárias e outros. (IFPR, 2009, grifo nosso)

Dentre as Modalidades de atendimento estudantil integrantes da Política de Apoio Estudantil do IFPR, consta atenção à saúde, semelhante ao Decreto nº 7234/2010, que veio após esta resolução do IFPR. É citado no site da instituição (IFPR, 2021) que existe o trabalho de uma equipe multidisciplinar composta por pedagogos, técnicos em assuntos educacionais, psicólogos, assistentes sociais, tradutores e intérpretes de Libras e docentes que dão atendimento aos acadêmicos de forma a ouvi-los, compreendê-los e estimular suas capacidades intelectuais, físicas e de compreensão do mundo no qual está inserido.

A universidade que mais tem informações em seu site e que possui uma seção de serviços de Psicologia é a Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila). Vinculada ao Departamento de Apoio ao Estudante, o Sepsico (Seção de Psicologia, da

Unila). A seção tem como objetivos atender a todos e todas as discentes da graduação e da pós-graduação inseridos na universidade

através de estratégias de prevenção, promoção e restabelecimento da saúde. Isso ocorre a partir da articulação com os demais setores da Universidade e da comunidade externa e tem como objetivo contribuir com ações que visem o desenvolvimento psicopedagógico e educacional da comunidade acadêmica. (Unila, 2021)

Os atendimentos são individuais e limitados a três sessões. Em seguida, são realizados encaminhamentos de acordo com a possibilidade de cada acadêmico, mas há possibilidade de, em alguns casos, os atendimentos individuais se estenderem. Também existem serviços diversos, como a atuação em grupos, comissões, rodas de conversa, eventos, projetos de extensão e oficinas (Unila, 2021). O site da Unila informa que são quatro os profissionais de Psicologia que atendem na Sepsico. Na mesma página de informações sobre o serviço, existem links de cartilhas informativas e um e-book sobre a ansiedade e o estresse em tempos de pandemia, o qual define esses conceitos, pontua os principais sintomas e orienta sobre o que fazer para prevenir agravos de ansiedade e de estresse (Unila, 2021).

Encontramos na Universidade Estadual de Ponta Grossa o Programa de Extensão “UEPG Abraça”, criado pela gestão da Reitoria (2018-2022), com o objetivo de aperfeiçoar o serviço que já era realizado pelo serviço de Psicologia, visto que há o curso de graduação e que esse serviço favorece os acadêmicos por ser um campo de estágio curricular obrigatório e também à comunidade acadêmica que tem disponível esse serviço, e incorpora outras práticas, priorizando a integridade do cuidado em Saúde Mental (Floriano *et al.*, 2020). O UEPG Abraça é caracterizado como um serviço de atenção psicossocial composto por uma equipe multiprofissional. Os coordenadores do projeto, Lara S. M. Floriano *et al.* (2020), informaram que há várias parcerias com outros serviços no intuito de promover um cuidado interdisciplinar. Na equipe desse projeto, há uma coordenadora, duas enfermeiras,

quatro psicólogas, uma assistente social, um psiquiatra proveniente de uma parceria com o Hospital Universitário, dois acadêmicos bolsistas de enfermagem e os graduandos do quinto ano de Psicologia da Faculdade Santana, também parceira desse projeto. Existe também uma parceria com o Departamento de Educação Física.

Os atendimentos estão voltados para os discentes, docentes, agentes universitários e à Polícia Rodoviária Federal (Floriano *et al.*, 2020). Assim, as parcerias compõem tanto a equipe de trabalho e atendimento quanto a população atendida. O primeiro acesso ao UEPG Abraça é com a enfermagem, que irá encaminhar para a assistente social e, se for uma demanda psicológica, encaminhará para a psicoterapia, que ofertada em 6 a 8 sessões de 50 minutos. Se for necessário, as profissionais de Psicologia podem encaminhar para consulta com a psiquiatria parceira (Floriano *et al.*, 2020).

Além dos atendimentos individuais, este projeto também realiza grupos terapêuticos, o que tem diminuído a fila de espera para atendimentos e ações que abrangem um maior número de pessoas e tem o objetivo de prevenir situações de adoecimento psíquico. Os grupos terapêuticos são voltados ao grupo LGBTQTs, há rodas de conversa com servidores do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG) de grupos de residentes multiprofissionais em saúde também do HURCG e há os grupos que trabalham sobre ansiedade e depressão (Floriano *et al.*, 2020).

Duas ações do UEPG Abraça bastantes conhecidas são a acolhida aos calouros que ingressam na Universidade Estadual de Ponta Grossa, que favorece a melhor adaptação ao ambiente acadêmico, auxilia na diminuição da ansiedade de um novo ambiente de ensino e promove vínculos sociais, que podem vir a ser o círculo de apoio e auxílio interpessoal dos acadêmicos (Finkler; Caetano; Ramos, 2012; Ferro; Antunes, 2015; Quevedo; Conte, 2016; Matos *et al.*, 2019; Andrade *et al.*, 2016; Santa; Cantilino, 2016; Ribeiro; Cunha; Alvim, 2016; Silva; Cerqueira; Lima, 2014; Millan; Arruda, 2008; Motta; Soares, 2019; Carlotto; Nakamura; Câmara, 2006).

Há também o Junho Branco, uma campanha de conscientização da população sobre o uso problemático de álcool e outras drogas

(Floriano *et al.*, 2020). São serviços prestados para a comunidade universitária e para a comunidade externa que fortalecem o papel social da universidade, favorecendo a ampliação do atendimento público para toda a comunidade e promovem uma educação integral tanto para a profissionalização dos acadêmicos, quanto para a humanização de todas e todos envolvidos.

Na Universidade Estadual de Maringá (UEM) existe a Unidade de Psicologia Aplicada (UPA) pertencente ao Complexo de Saúde da universidade, composta por Hospital Universitário, Pronto Atendimento, Laboratório, Clínica Odontológica, Hemocentro, Ambulatório Médico e de Enfermagem, Hospital Veterinário, Farmácia ensino, Imunogenética e a Unidade de Psicologia Aplicada. Entretanto, não encontramos informações sobre a unidade no site. Vale pontuar que, no link da Unidade de Psicologia Aplicada, a página do site dá erro (mensagem: *Sorry, your browser doesn't support Java(tm)*) (UEM, 2021).

O site da Universidade Estadual do Paraná (Unespar) não informa sobre serviços voltados à saúde mental acadêmica. Há as Divisões de Assuntos Estudantis, mas não são especificadas quais são esses assuntos (Unespar, 2021).

A Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro) possui o Departamento de Psicologia (Depsi), e nele há a Clínica-Escola de Psicologia (Cepsico), local no qual ocorrem alguns estágios profissionais de Psicologia. Criada em 2006, presta atendimentos psicológicos à comunidade, como psicoterapias individuais para crianças, adolescentes e adultos, psicoterapia familiar e de casal e aconselhamento psicológico. O site do Depsi cita, ainda, que há outros atendimentos na área ou afins. Desenvolve-se atividades de ensino, pesquisa e extensão na área de Psicologia.

Em parceria com a Fonoaudiologia existe o Projeto Cuida Bem – Unicentro, que tem por objetivo construir espaços de acolhimento, reflexão e orientação para mães e cuidadores de bebês (Unicentro, 2021). O projeto promove saúde mental de maneira integral à comunidade, visto que sabemos que o período puerperal

e que o desenvolvimento de crianças na primeira infância é crucial e que, com suas especificidades, podem culminar em dificuldades ou facilidades no desenvolvimento futuro. Isso envolve a família e as interações sociais, pontos que, como citado anteriormente, são muito importantes para o apoio social em momentos de sofrimento psíquico. Ainda na Unicentro, existe a Coordenadoria de Apoio ao Estudante (Coorae), que consiste no atendimento especializado aos acadêmicos desta instituição com a finalidade de proporcionar o apoio no enfrentamento de problemas sociais que influenciam no desenvolvimento acadêmico. São serviços ofertados na área do Serviço Social e da Psicologia (Unicentro, 2021).

As ações envolvidas na área do Serviço Social são compostas pelo acolhimento, escuta, orientação, esclarecimento e informações para acesso a serviços e benefícios ofertados na Unicentro ou na comunidade. Quanto à Psicologia, existe o Serviço de apoio Psicológico (SAP), com o objetivo de

auxiliar na prevenção e solução de problemas presentes no cotidiano acadêmico e atender às dificuldades vivenciadas pela comunidade acadêmica, contribuindo com o desenvolvimento acadêmico e com a prevenção e promoção de saúde.

São atendimentos individuais e com rigor ético que ocorrem em espaço que garante o sigilo profissional no pleno exercício da profissão psicológica (Unicentro, 2021).

A Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari (Fafiman) é uma instituição de ensino superior sem fins lucrativos com autonomia didático-científica (Fafiman, 2021). Buscamos em seu site, mas não encontramos nenhuma informação sobre serviços de assistência estudantil ou alguma ação voltada à saúde mental de seus acadêmicos. Entramos em contato via e-mail e telefone, mas não recebemos resposta.

O mesmo ocorreu a respeito da Escola de Música e Belas Artes do Paraná (Embap), uma instituição vinculada a Unespar. No site da instituição, o mais próximo de serviços de assistência aos acadê-

micos são as atividades extensionistas, que possuem como objetivos a articulação do conhecimento com a prática, com a realidade da comunidade pertencente, o incentivo a metodologias participativas e o uso constante da expressão artística, justificada por ser uma instituição das artes (Embap, 2021). Entretanto, não foi possível encontrar algum serviço destinado à saúde mental acadêmica. Buscamos contato, mas não obtivemos retorno.

A Universidade Estadual do Norte do Paraná (Uenp) possui o Núcleo de Apoio Social e Psicológico (Nasp), que atende discentes, docentes e agentes universitários. Contudo, os acadêmicos possuem prioridade. O objetivo principal do Nasp é trabalhar a prevenção da depressão, do suicídio e de outros transtornos psicológicos a partir de acompanhamento psicológico, com atendimentos individuais, grupais e plantões, além de palestras e oficinas. A equipe do Nasp é composta por duas psicólogas, uma assistente social e seis graduandos voluntários. O site não especifica qual o curso de graduação desses voluntários (Uenp, 2021).

Em contato com professores e um doutorando da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), campus de Cascavel, obtivemos a informação de que existe o Papsi, um serviço psicológico aos acadêmicos da Unioeste de Cascavel. O programa possui uma psicóloga e um psicólogo responsáveis pelo serviço. No ano de 2019 foram atendidos aproximadamente 147 acadêmicos no Papsi. Os principais diagnósticos apresentados foram: ansiedade, depressão, estresse psíquico, déficit de concentração e aprendizagem, distúrbios psicossomáticos, transtornos de personalidade, ideação e tentativas de suicídio. Dos atendimentos realizados, os encaminhamentos realizados foram à psicopedagogia, à terapia social, à Terapia Reikiana e à mediação de conflitos pedagógicos. O Papsi realiza, também, mesas redondas, palestras, eventos e reuniões em parceria com a 10ª Regional de Saúde, sendo voltados ao Grupo de Atenção a Obesidade e minicursos sobre o tema.

Observamos que todas as atividades dos serviços voltados à saúde mental expandem os atendimentos individuais aos acadêmicos para a comunidade na qual a instituição de ensino está inserida.

Os serviços beneficiam os acadêmicos, a instituição de ensino e a comunidade de forma integral.

Na Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus de Francisco Beltrão, como já foi apresentado durante este livro, há o projeto de extensão Gapac (Grupo de Apoio Psicológico aos Acadêmicos), criado em meados de 2017 em parceria com a assessoria pedagógica e com o Laboratório e Grupo de Pesquisa Educação e Sexualidade (Labgedus) devido à preocupação inicial com a alta taxa de evasão escolar (somente 52% dos acadêmicos, no ano de 2013, colaram grau no tempo previsto) (Sbardelotto *et al.*, 2017).

Desde então, a Unioeste, campus de Francisco Beltrão, continua com os atendimentos, mas devido às dificuldades de horas disponíveis das psicólogas voluntárias, houve a diminuição dos atendimentos. Ainda, o grupo: “longe de casa... e agora” não ocorre mais. Ele foi um grupo de apoio que tinha o objetivo de promover acolhida, apoio e conhecimento de outras pessoas que também passam pela mesma situação de terem saído da casa de seus pais para morar em outro município e cursar o ensino superior público (Gagliotto *et al.*, 2018). Dessa maneira, fomos incentivadas a executar essa pesquisa de forma a sensibilizar sobre a necessidade de serviços voltados à assistência estudantil em todas as universidades, sejam públicas ou privadas, buscando a prevenção de maiores transtornos que podem ser causados pelo sofrimento psíquico em demasia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ponto do trabalho de pesquisa é salutar discorrer sobre algumas considerações finais. São considerações finais porque trata-se de um assunto que não está concluído. Conforme mostramos ao longo da pesquisa, é um tema sobre o qual ainda estão se iniciando discussões para a concretização de políticas que visem à saúde mental acadêmica.

Ao pontuarmos sobre a história do sofrimento psíquico, concluímos que não podemos resumir o ser humano a mais um número. Nesse caso, o acadêmico não é mais um número em meio a outros. Cada pessoa é formada por vários elementos que possuem influência ímpar. Por isso, não há um método ou um protocolo para romper com o sofrimento psíquico, até mesmo porque ele é imanente a todas as pessoas. Se fosse possível findar o sofrimento psíquico, outro se iniciaria mediante a falta, assim como é a angústia, amplamente discutida no segundo capítulo. Então, o que é possível fazer? Há maneiras de prevenir que esse sofrer interrompa precocemente ou que prejudique de forma considerável as experiências e vivências das pessoas. O sofrimento psíquico pode ser o tempero da vida, aquele que, em poucas doses, dá sentido, um prazer maior pelo qual se está submetido, pelas suas escolhas, pelo seu projeto de vida.

Pequenas porções de sofrimento podem aumentar o sentimento de realização quando se atinge um objetivo de vida e dar maior satisfação, além de melhor desenvolver as capacidades do ser humano. O sofrimento psíquico precisa ser considerado um desafio a ser superado, ao invés de uma justificativa dos fracassos. Dessa maneira, precisa ser levado em conta e receber a devida atenção.

Revolta-nos analisar que grande parte do sofrimento psíquico dos acadêmicos está relacionada às cobranças de mercado. Verificamos um sofrimento psíquico originário da lógica mercantil; o sentimento de inutilidade, a baixa autoestima, as crises de identidade e as frustrações. Muito tempo é investido na universidade, muitas escolhas que são desprazerosas são feitas com vistas à graduação.

A realidade atual de mercado zomba disso, e não devolve parte do tempo e da dedicação voltados à profissionalização.

A universidade está forçada a desempenhar um papel de selecionar os mais aptos, a servir de acumuladores de capital alheio, muito diferente de trazer reflexões para transformação da sociedade. Na sociedade contemporânea, observamos que determinados interesses políticos estão presentes. Quando se fala em meritocracia, o sofrimento psíquico está como um termômetro: você precisa sofrer para merecer. E não basta sofrer, precisa conseguir.

Durante essa pesquisa, as categorias “contradição” e “totalidade” estão estreitamente envolvidas com a loucura ao longo da história, com o sofrimento psíquico das pessoas e o sofrimento psíquico nas universidades sentida pelos acadêmicos. A contradição aparece quando se fala da função no discurso *versus* a prática no real, ao considerar a função e a prática do hospital, primeiramente evoluindo para a universidade, os cuidados nessas instituições e a contradição da educação: esta é para a emancipação e desenvolvimento humano ou para as demandas de mercado?

Nessa interrogativa, chegamos a um ponto: o binômio da contradição da totalidade está na ideia de fragmentar uma profissão e um sujeito para tentar compreendê-lo de forma integral. Observamos que ainda nos mantemos em uma discussão binomial e perigosa, conforme visualizamos na política nacional: os binômios que levaram o país a uma polarização prejudicial à toda a nação.

Dunker (2015) apontou o quanto os binômios favorecem o sofrimento psíquico, pois rompem e causam dificuldades na construção de nossa identidade. Quando frisamos os binômios nas discussões, deixamos de lado todas as variáveis existentes. É como se o mundo fosse a eterna discussão do preto e do branco e colocasse à mercê as demais cores com suas variadas tonalidades.

Existe a tendência em diminuir toda a existência humana, isto é, o ser humano em binômios: saúde *versus* doença; retardado *versus* intelectual. Considera-se mais o ponto de chegada do que o caminho percorrido. A universidade é mais do que aparenta ser. Além de

um local de construção de conhecimento e profissionalização, é um campo de construção-desconstrução-reconstrução de todos os sujeitos nela inseridos. É um ambiente de relações humanas, sociais, de encontros e desencontros. Dessa maneira, o sofrimento psíquico precisa ser passageiro, condutor da mudança, o contrário da estagnação.

Quando há regras de como se deve viver, o sofrimento psíquico inicia o seu reinado. Seguir a regra ditada por outra pessoa ou por outra classe, ou ditada por uma instituição, força o sujeito a renegar a sua subjetividade, sua história e sua identidade para (sobre)viver conforme é dito. E pelo fato de cada sujeito ter a sua história, há situações que impossibilitam serem copiadas.

A universidade é uma instituição que mexe, interfere e modifica a identidade dos acadêmicos, e por isso pode ser dolorosa, como essa pesquisa mostrou. Entretanto, para que essa dor se consolide em aprendizado e crescimento é importante que intervenções ocorram e, por isso, trouxemos várias possibilidades delas.

Carl Gustav Jung (1875-1961) tem uma conhecida frase que merece ser aqui mencionada: “conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana” (sem referência conhecida). Precisamos recordar que os professores hoje já foram ou ainda são acadêmicos. É preciso quebrar a compulsão à repetição de formas de ensinar, ou de usar metodologias que pouco agregam conhecimento – as que proporcionam maior sofrimento. O acadêmico de hoje pode ser o professor de amanhã. Que professores, que formadores de profissionais queremos construir? O tratamento aos acadêmicos está voltado a seres humanos ou a máquinas de produtividade? Basaglia (1985) criticou o tratamento dos psiquiatras da época por considerar os pacientes como coisas, negando a estes o direito de desejar. Aos professores: quais seus desejos no ensino? O que desejam aos acadêmicos que por vocês passam? É permitido ao acadêmico desejar durante sua formação?

O conceito de angústia, amplamente discutido e que tem relação direta com o desejo, também mostrou ser contraditório: é uma defesa, nos protege de perigos sem nome, nos protege do vazio, mas ao mesmo tempo é dolorosa, incômoda e possibilita gerar patologias.

O reconhecimento é um meio de diminuir a angústia. Quando o professor reconhece o esforço de seu acadêmico, reconhece sua evolução e está auxiliando para a diminuição do sofrimento psíquico ou, ainda, para a prevenção deste. Ser reconhecido causa bem-estar, é prazeroso e motiva a se desenvolver mais.

Pontuamos as cinco categorias de intervenção possíveis e necessárias para um ensino e aprendizado de qualidade e saudável para si como sujeito desejante, e quanto aos demais que irão usufruir de sua profissionalização. Quanto à primeira categoria, *a institucionalização dos serviços de assistência estudantil*, esta pesquisa pode ser vista como um instrumental para a concretização, pois buscamos identificar, apontar e analisar o problema de maneira fundamentada, como também, no terceiro capítulo, identificamos e delineamos as ações necessárias, pontos que são pertinentes para a criação de uma política pública no ensino superior.

A segunda categoria, *a formação de professores*, está voltada a situações além de currículo acadêmico para que os professores sejam capacitados para um ensino mais humanitário e emancipador. Observamos, junto aos acadêmicos atendidos no Gapac, um aprisionamento acadêmico, no qual as algemas são os extensos conteúdos com quantidade excessiva de informações. O mal-estar visualizado está presente tanto no acadêmico, quanto no professor, que também pode estar em crise de sua identidade, supondo a frustração de uma idealização do papel e função de professor universitário não ser correspondido.

As *ações institucionais* trazem maior dinamismo ao ensino superior, favorecem a sensação de vivacidade e de leveza e proporcionam prazer nesse ambiente, no qual o sujeito entra de um jeito e tem sua identidade transformada, porque é na universidade que muito lhe é acrescentado, e retirado. Da mesma forma, é importante para o ser humano que suas necessidades básicas sejam satisfeitas para lhe propiciar avanços no seu desenvolvimento. Em uma instituição como a universidade a infraestrutura é o básico e pode determinar a qualidade das ações, do ensino e das experiências das pessoas inseridas neste espaço.

A *cultura*, a partir da arte e da educação, são os mecanismos essenciais contra a barbárie. Está escancarado, em nossa realidade atual, com o isolamento social causado pela pandemia da covid-19, que *lives* de shows de música e de comédia, o maior consumo de livros para leitura e o maior acesso às plataformas de *streaming* auxiliaram as pessoas e continuam a auxiliar, pois continuam a bater em nossas portas muitas mortes de pessoas conhecidas, muito desemprego e o aumento das dificuldades nas questões mais essenciais da vida humana, como a alimentação. A arte não mata a fome de comida, mas diminui nossa fome pelo grito de liberdade, pelo grito de que estamos cansados e esgotados de tanta crueldade, corrupção e ganância. Através da arte, podemos surtar, “sair da casinha” e voltar. É a arte que diferencia os seres humanos dos demais animais. Então, qual a justificativa em não a utilizar na universidade? Como o objetivo das universidades é promover uma educação emancipatória e de qualidade, a arte precisa ter seu espaço garantido na vivência universitária.

Assim como foi o caminho do desenvolvimento da Psicanálise, do incômodo em ver um transtorno ser tratado de uma maneira ineficaz, a observação, o estudo/a pesquisa e tentativas de intervenção, precisamos direcionar ao ambiente universitário: estamos incomodados com a realidade e com o sofrimento psíquico em demasia, que poucas vezes é um condutor para a mudança e para a conquista dos objetivos pessoais; estudamos, realizamos pesquisas, e por isso somos também capazes de promover transformações nessa realidade que se apresenta devastadora e cruel a todos nós.

Quais são as inibições e/ou impedimentos para que as intervenções necessárias ocorram? Projetos existem, profissionais qualificados para tal função também, mas há o impedimento do interesse econômico e político. Com o regime político atual do neoliberalismo, o sofrimento psíquico é útil para a seleção das pessoas, para impor uma ideia de meritocracia, mesmo na ausência de equidade em suas condições básicas iniciais.

O sofrimento psíquico está interligado à ordem, ao poder e ao mercado. Quando afirmamos isso, queremos dizer que para o mer-

cado é viável que exista o sofrimento para que possam concluir a universidade somente os que possuem o mérito, ou seja, um discurso retrógrado que leva muito em consideração *A evolução das espécies*, de Charles Darwin. Entretanto, deixa de lado a qualidade dos serviços do profissional que conseguiu se formar na universidade pública, em meio ao sofrimento psíquico, sem ter recebido suporte para as demandas de saúde mental.

Dunker, Júnior e Safatle (2020) apontam que o neoliberalismo extrai e goza com o sofrimento psíquico. Sofrer já é regra no trabalho, na produção e nos estudos. É utilizado como estratégia política, que possui seus interesses políticos em confeccionar manuais e estratégias de sofrimento psíquico para a comercialização.

Por fim, reconhecemos que nossa pesquisa apresenta limitações, como a opinião e o posicionamento dos gestores das universidades e dos atores políticos sobre a institucionalização de serviços voltados à saúde mental dos acadêmicos. Mas nossa intenção é que este livro seja como um tijolo na construção de um ensino mais humanizado, que promova uma educação emancipatória e que o sofrimento psíquico esteja na função de trazer maior dinamismo para favorecer o desenvolvimento humanizado de todos os acadêmicos.

REFERÊNCIAS

ACCORSI, Michaela Ponzoni. **Atenção Psicossocial no Ambiente Universitário**: Um estudo sobre a realidade dos estudantes de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. 2015. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **A loucura da história**. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/Fiocruz, 2000.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ANDIFES. **V Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação Das Universidades Federais**. Brasília, 2019.

ANDRADE, Antonio dos Santos *et al.* Vivências acadêmicas e sofrimento psíquico de estudantes de Psicologia. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissional**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 831-846, 2016.

ANDRADE, João Brainer Clares de *et al.* Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de Medicina. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Ceará, v. 38, n. 2, p. 231-242, 2014.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BAUMAN, Zygmunt. **Ensaio sobre o conceito de cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BIESEK, Débora Maria; GAGLIOTTO, Giseli Monteiro; SCHULTZ, Joice; COMAR, Sueli Ribeiro. As contribuições de um projeto de extensão voltados aos universitários – as experiências no GAPAC. *In*: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO DA UNIOESTE (SEU), XIX, 2019, Toledo-Pr. **Anais** [...]. Cascavel: Unioeste, p. 1459-1460, 2019.

BISPO, Ana Carolina Kruta de Araújo; HELAL, Diogo Henrique. A dialética do prazer e sofrimento de acadêmicos: um estudo com mestrandos em administração. **Rev. FACES**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 120-136, 2013.

BIZARRIA, Fabiana Pinto de Almeida; TASSIGNY, Mônica Mota; ASSIS, Odéssia Fernanda Gomes de. Resenha do Livro: Inibições, sintomas e angústia. **Rev. Polymatheia**, Fortaleza, v. 7, n. 11, p. 11-29, 2014.

BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr Chagas; CANAVÊZ, Fernanda; RAMOS, Patricio Lemos. Entre saúde e educação: sobre um ambulatório de saúde mental infanto-juvenil. **Rev. Interface**, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 699-709, 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 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. Disponível em: <http://bit.ly/2DdXByN>. Acesso em: 22 set. 2019.

BRASIL. **Portaria Normativa nº 39, de 12 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. Disponível em: <http://bit.ly/2S7nNRk>. Acesso em: 22 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES. Disponível em: <http://bit.ly/2ExCyrj>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BUENO, Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD, 2001.

CARLOTTO, Mary Sandra; NAKAMURA, Antonieta Pepe; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. **Rev. Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 57-62, 2006.

CASOY, Ilana. **Serial killers: made in Brazil**. Rio de Janeiro: DarkSide Books, 2014.

CASTILHO, Pedro Teixeira. Uma discussão sobre a angústia em Jacques Lacan: um contraponto com Freud. **Rev. Departamento de Psicologia – UFF**, Minas Gerais, v. 19, n. 2, p. 325-338, 2007.

CERCHIARI, Edneia Albino Nunes. **Saúde Mental e Qualidade de Vida em Estudantes Universitários**. 2004. 283f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CLARO, Lenita Barreto Lorena; MENDES, Anna Alice Amorim. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. **Rev. Interface**, São Paulo, v. 22, n. 65, p. 621-630, 2018.

COSTA, Ana Lucia Siqueira. Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes. **Rev. Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 11, n. 4, p. 414-419, 2007.

DAMETTO, Jarbas. Globalização e subjetividade: apontamento sobre os modos de subjetivação na atualidade e suas implicações educacionais. **Rev. Espaço acadêmico**, Maringá, v. 11, n. 127, p. 104-112, 2011.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; JUNIOR, Nelson da Silva; SAFATLE, Vladimir. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2020.

EMBAP. Escola de Música e Belas Artes do Paraná. **Coordenação de Extensão e Cultura**. Disponível em: <https://bit.ly/3t3y2rj>. Acesso em: 20 maio 2021.

FAFIMAN. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari. **Estatuto da Fundação Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari – FAFIMAN**. Disponível em: <https://bit.ly/3fp0nVK>. Acesso em: 20 maio 2021.

FARIAS, Ingrid de Oliveira *et al.* Prevalência da Síndrome de Burnout entre acadêmicos de Medicina de uma Universidade na cidade de Vassouras no Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde**, Vassouras, p. 2-8, 2019.

FARO, André. Um modelo explicativo para o bem-estar subjetivo: estudos com mestrandos e doutorandos no Brasil. **Rev. Psicologia: Reflexão e crítica**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 4, p. 654-662, 2012.

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva *et al.* Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. **Rev. Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 90-97, 2015.

FERNANDES, Patricia Jacques; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; DUARTE, Maria das Graças dos Santos. O I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições: efeitos midiáticos e institucionais. *In*: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **A loucura da história**. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/Fiocruz, 2000.

FERRO, Aline Seixas; ANTUNES, André Alexandre. Plantão Psicológico: a construção de um “pro-jeto” sobre as vicissitudes humanas no espaço educacional, narrando a intertextualidade de uma experiência psicológica no Instituto Federal de Goiás. **Rev. Eixo**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 75-80, 2015.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. O cuidado ético-pedagógico no processo de socialização profissional: por uma formação ética. **Rev. Interface**, São Paulo, v. 16, n. 43, p. 1-14, 2012.

FONSECA, Maria Carolina Bellico. O objeto da angústia em Freud e Lacan. **Rev. Reverso**, Belo Horizonte, v. 31, n. 57, p. 39-44, 2009.

FORBES, Jorge. **A Angústia. Clínica e Pesquisa em Psicanálise**, 1985. Disponível em: <https://bit.ly/3h0pK0f>. Acesso em: 17 nov. 2020.

FORBES, Jorge. **Você sofre para não sofrer?: Desautorizando o sofrimento prêt-à-porter**. São Paulo: Manole, 2017.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

FREUD, Sigmund. **Cultura, sociedade, religião: O mal-estar na cultura e outros escritos**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

FREUD, Sigmund. **Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, Sigmund. **Obras Completas, volume 2: estudos sobre a história (1893-1895)**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, Sigmund. **O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à Psicanálise e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016(b).

FUKS, Betty Bernardo. Notas sobre o conceito de angústia. **Rev. Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/3Fx12z5>. Acesso em: 10 nov. 2020.

GAGLIOTTO, Giseli Monteiro. **A Educação sexual na escola e a pedagogia da infância**: Matrizes institucionais, disposições culturais, potencialidades e perspectivas emancipatórias. Jundiaí: Paco Editorial, 2014.

GAGLIOTTO, Giseli Monteiro *et al.* GAPAC – Grupo de Apoio Psicológico aos Acadêmicos: primeiras experiências. In: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO DA UNIOESTE, 18., 2018, Foz do Iguaçu. **Anais [...]** Cascavel: Pró-Reitoria de Extensão, 2018, p. 478-482.

GAVIOLI, Mariana de Azevedo *et al.* Formando grupos no internato: critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 4-9, 2009.

GIGLIO, Joel Sales. **Bem estar emocional em estudantes universitários**. 1976. 188f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GIRARDI, Júlia de Freitas; MARTINS-BORGES, Lucienne. Dimensões do sofrimento psíquico em estudantes universitários estrangeiros. **Rev. Psico**, Porto Alegre, v. 48, n. 4, p. 256-263, 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO. **Manual de Critérios para a Elaboração das Políticas Públicas**. São Luiz: Secretaria de Estado do Planejamento e Orçamento, 2019.

GRANER, Karen Mendes; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1327-1346, 2019.

HIRSCH, Carolina Domingues *et al.* Preditores do estresse e estratégias de coping utilizadas por estudantes de enfermagem. **Rev. Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 224-229, 2015.

IFPR. Instituto Federal do Paraná. **Assistência Estudantil**. Disponível em: <https://bit.ly/3sQs6S0>. Acesso em: 20 maio 2021.

IFPR. Instituto Federal do Paraná. **Resolução 11/2009**. Aprova a Política de Apoio Estudantil do Instituto Federal do Paraná, através do Processo nº 63.001092/2009-57. Disponível em: <https://bit.ly/3Uc6mvL>. Acesso em: 20 maio 2021.

ITO, Giane Carla (org.). **Informar para Superar**: Retratos sobre a COVID-19 na Web. Londrina: Unifil, 2021.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 10**: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LEITE, Sonia. **Angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LIMA, Edimilson Duarte de. **Imaginário Social sobre a Loucura**: Cultura e práticas de cuidado em saúde mental. Curitiba: Appris, 2016.

LUFT, Celso Pedro. **Minidicionário Luft**. São Paulo: Ática, 2000.

MARCO, Mario Alfredo De *et al.* Comunicação, humanidades e humanização: a educação técnica, ética, estética e emocional do estudante e do profissional de saúde. **Rev. Interface**, São Paulo, v. 17, n. 46, p. 683-693, 2013.

MARTINS, Ana Kristia da Silva *et al.* Convocação das práticas “Psi” para a legitimação de (id)entidades estigmatizadas: armadilhas e possibilidades. *In*: LIMA, Aluísio Ferreira de (org.). **(Re)Pensando a saúde mental e os processos de desinstitucionalização**: Histórias, intervenções e desafios ético-políticos. Curitiba: Appris, 2018, p. 185-204.

MATOS, Mariana Santiago De *et al.* Primeiro período de Medicina: choque de realidade e o início da construção da identidade médica. **Rev. Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 3, p. 157-171, 2019.

MILLAN, Luiz Roberto; ARRUDA, Paulo Corrêa Vaz de. Assistência Psicológica ao estudante de Medicina: 21 anos de experiência. **Rev. Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 90-94, 2008.

MOREIRA, Iara Duarte *et al.* Habilidades sociais e saúde mental de universitários da FACIG, nos cursos da área de exatas. *In*: SEMINÁRIO CIENTÍFICO DA FACIG: SOCIEDADE, CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 4., 2018, Minas Gerais. **Anais** [...] Minas Gerais, 2018, p. 1-8.

MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica**. São Paulo: USP/UFABC/CD.G, 2012.

MOTA, Nayanne Ingrid Farias *et al.* Estresse entre graduandos de enfermagem de uma universidade pública. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 163-170, 2016.

MOTTA, Isabelle Christine de Moraes; SOARES, Rita de Cássia Menezes; BELMONTE, Teresinha de Souza Agra. Uma investigação sobre disfunções familiares em estudantes de Medicina. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Uberlândia, v. 43, n. 1, suppl. 1, p. 47-59, 2019.

NASIO, Juan-David. **9 Lições sobre Arte e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

OLIVEIRA, Nara Rejane Cruz de; PADOVANI, Ricardo Da Costa. Saúde do estudante universitário: uma questão para reflexão (Nota Editorial). **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 03, p. 995-996, 2014.

OLMO, Neide Regina Simões *et al.* Percepção dos estudantes de Medicina do primeiro e sexto anos quanto à qualidade de vida. **Rev. Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 157-161, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986.

PACANARO, Silvia Verônica; SANTOS, Acácia Aparecida Angeli dos. Avaliação do estresse no contexto educacional: análise de produção de artigos científicos. **Rev. Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 253-260, 2007.

PAGNOSSIM, C. **Saúde Mental SEBEC 2021** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por psicologia.sebec@uel.br em 9 abr. 2021.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Educação. **Programas e Projetos Estaduais**. Paraná, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3X9I728>. Acesso em: 16 set. 2019.

PAULA, Juliane dos Anjos de *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de Medicina. **Rev. Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, p. 274-281, 2014.

PEREIRA, Fernanda Lourdes Ribeiro *et al.* Manifestações de ansiedade vivenciadas por estudantes de enfermagem. **Rev. Fund. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 880-886, 2019.

PISETTA, Maria Angélica Augusto de Mello. Considerações sobre as Teorias da Angústia em Freud. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 404-417, 2008.

PONDÉ, Luiz Felipe. **Como escapar da angústia?** Disponível em: <https://bit.ly/3WjsLcj>. Acesso em: 11 nov. 2020.

QUEVEDO, Rafaela Fava de; CONTE, Raquel Furtado. Projeto Defesa à Vida: a Psicologia na escola de ensino fundamental. **Rev. Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 1-7, 2016.

RIBEIRO, Aline Granada *et al.* Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de Medicina. **Rev. Ciências e saúde coletiva**, São Paulo, v. 19, n. 06, p. 1825-1833, 2013.

RIBEIRO, Flávia de Mendonça; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Psicologia e Ensino Superior: aspirações pequeno-burguesas e contradições cotidianas em cotistas. **Rev. de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 11, n. 1, p. 27-45, 2019.

RIBEIRO, Maria das Graças Santos; CUNHA, Cristiane de Freitas; ALVIM, Cristina Gonçalves. Trancamentos de matrícula no curso de Medicina da UFMG: sintomas de sofrimento psíquico. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Uberlândia, v. 40, n. 4, p. 583-590, 2016.

RIBEIRO, Maria Mônica Freitas; MELO, Jordan Diego Costa; ROCHA, Andreia Maria Camargos. Avaliação da demanda preliminar de atendimento dirigida pelo aluno ao Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante da Faculdade de Medicina (Napem) da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Uberlândia, v. 43, n. 1, suppl. 1, p. 91-97, 2019.

RINALDI, Doris. **Culpa e Angústia**: algumas notas sobre a obra de Freud. Trabalho apresentado no 2º Congresso Internacional do Colégio de Psicanálise da Bahia, Salvador, 1999.

ROCHA, Fúlvio Holanda; ATEM, Érica. Jovens e formação técnica no IF-CE: dilemas contemporâneos no processo de escolha profissional. **Rev. ETD-Educação temática digital**, Campinas, v. 12, n. especial, p. 64-82, 2010.

RODRIGUES, Carla Gonçalves; OSÓRIO, Lisandra Berni. Subjetivações em meio à vida universitária e sua interface com o aprender inventivo. **Rev. Conjectura**, Caxias do Sul, v. 21, n. 3, p. 538-560, 2016.

RUSSO, Jane Araújo. A Psicanálise enquanto processo civilizador: um projeto para a nação brasileira. *In*: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). **A loucura da história**. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/Fiocruz, 2000.

SANTA, Nathália Della; CANTILINO, Amaury. Suicídio entre médicos e estudantes de Medicina: revisão de literatura. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Uberlândia, v. 40, n. 4, p. 772-780, 2016.

SBARDELOTTO, Vanice Schossler; *et al.* GAPAC- Grupo de Apoio Psicológico aos Acadêmicos: demandas universitárias que não podem mais esperar. *In*: SEMINÁRIO DE EXTENSÃO DA UNIOESTE, 17., 2017, Cascavel: Pró-Reitoria de Extensão. **Anais** [...] Cascavel, 2017, p. 829-835.

SECCHI, Leonardo. O que são Políticas Públicas? **Politize!** Disponível em: <https://bit.ly/3NmHXBm>. Acesso em: 03 jun. 2021.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA-FERREIRA, Alisson Vinícius; MARTINS-BORGES, Lucienne; WILLECKE, Thiago Guedes. Internacionalização do ensino superior e os impactos da imigração na saúde mental de estudantes internacionais. **Rev. Avaliação**, São Paulo, v. 24, n. 03, p. 594-614, 2019.

SILVA, Adriano Gonçalves; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; LIMA, Maria Cristina Pereira. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 01, p. 229-242, 2014.

SILVA, Maria Aparecida Miranda da; *et al.* Percepção dos professores de Medicina de uma escola pública brasileira em relação ao sofrimento psíquico de seus alunos. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Uberlândia, v. 41, n. 3, p. 432-441, 2017.

SILVA, Rodrigo Marques da; *et al.* Alterações de saúde em estudantes de enfermagem um ano depois do ingresso no curso de graduação. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 53, p. 1-9, 2019.

SILVA, Talita Caetano; BARDAGI, Marúcia Patta. O aluno de pós-graduação stricto sensu no Brasil: revisão da literatura dos últimos 20 anos. **Rev. RBPB**, Brasília, v. 12, n. 29, p. 683-714, 2015.

SILVEIRA, Rodrigo Pinheiro; STELET, Bruno Pereira; PINHEIRO, Roseni. Crise na educação médica? Um ensaio sobre o referencial arenztiano. **Rev. Interface**, São Paulo, v. 18, n. 48, p. 115-126, 2014.

SOEIRO, Raquel Lima; SOUZA, Andrea Cardoso de. A relação entre o início da vivência no campo de prática hospitalar e o desenvolvimento de sintomas de distúrbios psicossomáticos em graduandos de enfermagem. **Rev. Cuidado é Fundamental Online**, Rio Grande do Sul, v. 2, p. 438-440, 2010.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício

Pedro II. **Rev. Latinoamericana Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 364-381, 2012.

TENÓRIO, Leila Pereira *et al.* Saúde mental de estudantes de escolas médicas com diferentes modelos de ensino. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Uberlândia, v. 40, n. 4, p. 574-582, 2016.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. **Ato Executivo Nº 132/2014**. Resolve: Transferir a Seção de Apoio Administrativo da Divisão de Moradia Estudantil para a ser vinculada diretamente a Diretoria do SEBEC, alterando a sua nomenclatura para Seção de Saúde Mental do Serviço de Bem-Estar à Comunidade – SEBEC.

UEL. Universidade Estadual de Londrina. **Seção de Saúde Mental**. Disponível em: <https://bit.ly/3Xaiizh>. Acesso em: 24 mar. 2021.

UEM. Universidade Estadual de Maringá. **Complexo de Saúde**. Disponível em: <http://bit.ly/3Xaiizh>. Acesso em: 24 mar. 2021.

UENP. Universidade Estadual do Norte do Paraná. **Núcleo de Assistência Social e Psicológico da UENP**. Disponível em: <https://bit.ly/3zteakY>. Acesso em: 25 mar. 2021.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. **Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis**. Relatório 2008-2016. Disponível em: <https://bit.ly/3TLavxf>. Acesso em: 29 nov. 2021.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. **Unidade Escola – Promoção de Saúde**. Disponível em: <https://bit.ly/3h00bwv>. Acesso em: 21 mar. 2021.

UNESPAR. Universidade Estadual do Paraná. **Divisões de Assuntos Estudantis**. Disponível em: <https://bit.ly/3WjUF7V>. Acesso em: 24 mar. 2021.

UNICENTRO. Universidade Estadual do Centro-Oeste. **Coordenação de Apoio ao Estudante**. Assistência Estudantil. Disponível em: <https://bit.ly/3Wb3sZU>. Acesso em: 29 nov. 2021.

UNICENTRO. Universidade Estadual do Centro-Oeste. **Departamento de Psicologia – Depsi**. Disponível em: <https://bit.ly/3zvtvx5>. Acesso em: 25 mar. 2021.

UNICENTRO. Universidade Estadual do Centro-Oeste. **Projeto Cuida Bem Unicentro**. Disponível em: <https://bit.ly/3sQGIWY>. Acesso em: 25 mar. 2021.

UNILA. Universidade Federal da Integração Latino-Americana. **Ansiedade e estresse em tempos de pandemia**: algumas dicas para estudantes. Disponível em: <https://bit.ly/3FCpY8p>. Acesso em: 20 mar. 2021.

UNILA. Universidade Federal da Integração Latino-Americana. **Seção de Psicologia (Sepsico) do Departamento de Apoio ao Estudante**. Disponível em: <https://bit.ly/3U7nKl6>. Acesso em: 20 mar. 2021.

UTFPR. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. **Serviços na área de saúde mental**. Disponível em: <https://bit.ly/3DOd85C>. Acesso em: 20 mar. 2021.

VASCONCELOS, Ana Carolina Peck; PENA, Breno Ferreira. Angústia: o afeto que não engana. **Rev. Reverso**, Belo Horizonte, v. 41, n. 78, p. 27-34, 2019.

VERGARA, Édina Mayer. **A in/visibilidade do sofrimento psíquico nas bio/políticas de educação inclusiva e de saúde mental**. 2011. 158f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.

VIEIRA, Júlia Lelis; ROMERA, Liana Abrão; LIMA, Maria Cristina Pereira. Lazer entre universitários da área da saúde: revisão de literatura. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4221-4229, 2018.

WENCESLAU, Leandro David; RÖHR, Ferdinand; TESSER, Charles Dalcanale. Contribuições da Medicina antroposófica à integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. **Rev. Interface**, São Paulo, v. 18, n. 48, p. 127-138, 2014.


YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Título	O olhar e a escuta para o acolhimento e o cuidado de universitários em sofrimento psíquico: contribuições da educação e da psicanálise
Autoras	Débora Maria Biesek Giseli Monteiro Gagliotto
Assistência Editorial	Andressa Marques Taís Rodrigues
Capa	Larissa Codogno
Projeto Gráfico	Leticia Nishara
Preparação	Mariana Perlati
Revisão	Renata Moreno
Formato	14x21
Número de Páginas	144
Tipografia	Adobe Garamond Pro
Papel	Alta Alvura Alcalino 75g/m ²
1ª Edição	Maio de 2023

Caro Leitor,
Esperamos que esta obra tenha
correspondido às suas expectativas.

Compartilhe conosco suas dúvidas e sugestões:

sac@editorialpaco.com.br

 11 98599-3876

Publique sua obra pela Paco Editorial

EDIÇÃO DE QUALIDADE, DIVULGAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO NACIONAL



Teses e dissertações

Trabalhos relevantes que representam contribuições significativas para suas áreas temáticas.



Grupos de estudo

Resultados de estudos e discussões de grupos de pesquisas de todas as áreas temáticas.



Capítulo de livro

Livros organizados pela editora dos quais o pesquisador participa com a publicação de capítulos.




Técnicos e Profissionais

Livros para dar suporte à atuação de profissionais das mais diversas áreas.

Envie seu conteúdo para avaliação:

livros@pacoeditorial.com.br

11 4521-6315

 11 95394-0872

www.editorialpaco.com.br/publique-na-paco/

Todo mês novas chamadas são abertas:

www.editorialpaco.com.br/capitulo-de-livros/

Conheça outros títulos em
www.pacolivros.com.br

PACO  EDITORIAL

Av. Carlos Salles Block, 658
Ed. Altos do Anhangabaú – 2º Andar, Sala 21
Anhangabaú - Jundiaí-SP - 13208-100