

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

VICTOR AMARAL COSTA

**DO “SOFRIMENTO PSICOLÓGICO” ENTRE UNIVERSITÁRIOS: UMA
ETNOGRAFIA *COM* JOVENS ESTUDANTES E GRUPOS
TERAPÊUTICOS.**

**SÃO CARLOS
Junho de 2010**

DO “SOFRIMENTO PSICOLÓGICO” ENTRE UNIVERSITÁRIOS: UMA
ETNOGRAFIA COM JOVENS ESTUDANTES E GRUPOS
TERAPÊUTICOS.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

VICTOR AMARAL COSTA

**Do “sofrimento psicológico” entre universitários: uma etnografia
com jovens estudantes e grupos terapêuticos.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Antropologia Social. Orientadora: Prof. Dr^a. Marina Denise Cardoso.

**SÃO CARLOS
Junho de 2010**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

C837sp Costa, Victor Amaral.
Do “sofrimento psicológico” entre universitários : uma
etnografia com jovens estudantes e grupos terapêuticos /
Victor Amaral Costa. -- São Carlos : UFSCar, 2014.
304 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2010.

1. Antropologia social. 2. Etnografia. 3. Estudantes
universitários. 4. Vulnerabilidade juvenil. 5. Grupos
terapêuticos. 6. Saúde pública. I. Título.

CDD: 306 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL
Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8371 - ppgas@power.ufscar.br



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

Victor Amaral Costa

05/07/2010

Profa. Dra. Marina Denise Cardoso
Orientadora e Presidente
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Prof. Dr. Jorge Luiz Mattar Villela
Universidade Federal de São Carlos / UFSCar

Profa. Dra. Eunice Nakamura
Universidade Federal de São Paulo / UNIFESP - Santos



Dedico esta dissertação
aos sonhos não realizados de meus pais, nos quais encontrei a motivação necessária para
seguir sempre adiante.

Vi sempre o mundo independentemente de mim.
Por trás disso estavam as minhas sensações vivíssimas,
Mas isso era outro mundo.
Contudo a minha mágoa nunca me fez ver negro o que era cor de laranja.
Acima de tudo o mundo externo!
Eu que me agüente comigo e com os comigos de mim.

Álvaro de Campos, Heterônimo de Fernando Pessoa,
“Eu que me agüente comigo” in “Poemas”.

Resumo:

O tema central desta dissertação é como uma dada modalidade de sofrimento, o *sofrimento psicológico*, é construída e vivida por jovens estudantes universitários. Seus objetos de análise serão as práticas e discursos que produzem o *sofrimento psicológico*, bem como as formas de superação desta experiência. Após identificar a importância e a recorrência do *sofrimento psicológico* na construção de uma experiência de vida entre estes estudantes, busquei explorar o tema através de uma pesquisa etnográfica. Assim, esta dissertação se inicia aprofundando algumas questões levantadas pelo discurso dos estudantes a respeito de como é “*sofrer psicologicamente*” e qual a relação que esta experiência tem com a “vida universitária”. Nesta primeira etapa recorri a entrevistas abertas realizadas com estudantes que haviam passado por processos psicoterapêuticos. Num segundo momento, a pesquisa adentra nas fronteiras de uma instituição de pesquisa e extensão universitária filiada ao SUS, na qual se desenvolve um Projeto de Extensão intitulado “Grupo Terapêutico Juventude Universitária” (GTJU). O Projeto criado pelo Programa de Saúde Mental (PSM) da Unidade Saúde Escola (USE) pretendia desenvolver táticas terapêuticas para auxiliar estes jovens a lidar com o *sofrimento psicológico*, já que se observava dentre os profissionais uma demanda excessivamente alta para tal coorte de jovens. Deste momento em diante, o *sofrimento psicológico* entre os jovens universitários passa a ser analisado pelo prisma da Saúde Pública. Portanto, a etnografia se aprofunda para além da observação e da colaboração com os grupos terapêuticos e com o Programa de Saúde Mental. Algumas categorias nativas observadas durante a terapia de grupo e no decorrer das reuniões do PSM me levaram a estender a análise para os discursos institucionais e técnico-científicos que orientavam determinadas práticas terapêuticas. Discursos sobre as juventudes – com especial atenção ao *protagonismo juvenil* – e saúde – com seus desdobramentos sobre a saúde mental e sobre o conceito de *vulnerabilidade* – são articulados para a configuração de uma modalidade específica de sujeito: o cidadão.

Palavras-chaves: jovens universitários, sofrimento psicológico, saúde pública, grupos terapêuticos, protagonismo juvenil, vulnerabilidades, sujeito, cidadania, noção de Pessoa, etnografia.

Abstract:

The main subject of this dissertation is how a form of suffering, the *psychological distress*, is constructed and experienced by young college students. The objects of analysis are the practices and discourses that produce *psychological distress*, as well as ways to overcome this experience. After identifying the importance and recurrence of *psychological distress* in the development of life experience among these students, I sought to explore the subject through an ethnographic research. Thus, this dissertation begins going deep into some issues raised by students' speech about how it is to “*suffer psychologically*” and what relationship this experience has with “university life”. In this first step I resorted to open interviews with students who had undergone psychotherapeutic processes. At a second moment, the research enters the boundaries of a research institution and university extension affiliated with the SUS (“Unified Health System”), which develops an Extension Project titled “Group Therapy University Youth” (GTJU). The project created by the School Health Unit (USE) Mental Health Program (PSM) intended to develop therapeutic tactics to help these young people cope with *psychological distress*, as professionals observed an excessively high demand for this cohort of young people. From this moment on, *psychological distress* among young college students becomes analyzed through the prism of Public Health. Therefore, the ethnography delves beyond observation and collaboration with the therapeutic groups and the Mental Health Program. Some native categories observed during group therapy and along the meetings of the PSM led me to extend the analysis to the institutional and technical-scientific discourses that guided certain therapeutic practices. Discourses on youth – with special attention to *youth protagonism* – and health – with its unfoldings about mental health and the concept of *vulnerability* – are articulated to the configuration of a specific type of subject: the citizen.

Keywords: University students, psychological distress, Public Health, therapeutic groups, youth leadership, vulnerabilities, subject, citizenship, the concept of Person, ethnography.

SÚMARIO

REGRAS DE CONVENÇÃO	10
LISTA DE ABREVIATURAS	11
FIGURAS E FOTOS NO CORPO DO TEXTO	11
AGRADECIMENTOS	12
APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO – EM FAVOR DE CERTA LEITURA	18
CAPÍTULO I – NAS FRONTEIRAS DE UM DISCURSO: Os estudantes universitários e os enunciadados do <i>sofrimento psicológico</i>	35
1.) <i>Projetos de vida</i> na universidade: por que os estudantes sofrem?.....	37
2.) Universo de estudo.....	59
CAPÍTULO II – OS LIMITES DA INSERÇÃO E A DIRETRIZES INSTITUCIONAIS DO CAMPO DE ESTUDO: A Unidade Saúde Escola	71
1.) O “participador observante”: implicações da figura do “colaborador”.....	72
2.) A Unidade Saúde Escola:.....	84
2.1.) A Instituição: Objetivos.....	84
2.2.) Infraestrutura.....	93
2.3.) Programas de Saúde e Projetos.....	95
2.4.) Coordenação, Quadro Técnico e Recursos Humanos.....	98
2.5.) Formas de Ingresso para se tornar usuário da USE.....	99
CAPÍTULO III – AS DORES DO SOFRIMENTO: Sobre a constituição de uma linguagem	102
1.) Etnografia e sofrimentos: uma gramática abreviada das dores.....	103
2.) Quem são e como sofrem os universitários: As dores e seus processos.....	120
CAPÍTULO IV – JOVENS ESTUDANTES E GRUPOS TERAPÊUTICOS: “Fabricando” a “saúde mental” e seus sujeitos	136
1.) Constituição e possibilidades de intervenção: uma análise descritiva das intenções do Grupo e de seus sujeitos.....	138
2.) As táticas do “Grupo Terapêutico Juventude Universitária”.....	159
2.1.) O “fazer” da terapia: implicações sobre uma estratégia de “saúde”.....	173

2.2.) O resgate dos <i>recursos</i>	187
2.3.) Compartilhando e construindo <i>repertórios</i>	194
CAPÍTULO V – REGIMES DE DISCURSO E DISCURSOS DO REGIME: Comentários sobre as juventudes e a Saúde Mental.....	206
1.) As ressonâncias dos discursos governamentais sobre as juventudes.....	207
2.) <i>Vulnerabilidade</i> e juventudes: o que os universitários têm a ver com isso?.....	214
3.) <i>Protagonismo juvenil</i> e <i>Projetos de Vida</i> : discursos e expectativas para com os jovens universitários.....	223
CONSIDERAÇÕES FINAIS	232
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	238
BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA	249
ANEXOS	253
ANEXO A: Regimento Interno da USE (RI).....	254
ANEXO B: Projeto de Extensão “Grupo Terapêutico: Juventude Universitária”.....	264
ANEXO C:	
- Entrevista Inicial: “entrevista de acolhimento” (EA).....	267
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	282
ANEXO D: Beck Depression Inventory (BDI).....	284
ANEXO E: Beck Hopelessness Inventory (BHI).....	286
ANEXO F: Fotos da Sala-Oficina.....	287
ANEXO G: Relatório dos encontros do Grupo 4 (G4).....	291
ANEXO H: Sítio da internet sobre o Programa de Saúde Mental da USE (Janeiro de 2008).....	304

REGRAS DE CONVENÇÃO

- *itálico*: as palavras e expressões que forem anotadas com destaque em itálico se referirão a termos que devido a sua importância analítica, transcende o seu significado usual e obtém status de conceito dentro do campo discursivo nativo. As citações em itálico correspondem aos enunciados nativos tanto no campo da fala quanto no da escrita de seus saberes técnico-científicos. E quando incorporados aos períodos de minha análise, também se manterão destacados em itálico.

- “entre aspas”: as palavras, expressões e frases entre aspas destacarão aquilo que foi ou frequentemente se é dito pelos sujeitos participantes desta pesquisa ou ainda para pontuar citações em geral para embasamento científico e teórico. Elas também terão a intensão de colocar em destaque termos que, devido à análise proposta, deverão ter seus sentidos relativizados à luz das condições etnográficas conduzidas pelas minhas interpretações.

LISTA DE ABREVIATURAS:

- UFSCar:** Universidade Federal de São Carlos
UNICEP: Centro Universitário Central Paulista
USE: Unidade Saúde Escola
PSM : Programa de Saúde Mental
GTJU: Grupo Terapêutico: Juventude Universitária
TO: Terapia Ocupacional
ProEx: Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar
RI: Regimento Interno da USE
EA: Entrevista de Acolhimento
BDI: Beck Depression Inventory
BHS: Beck Hopelessness Inventory
G1: Grupo Terapêutico 1 (2007-transcrito)
G2: Grupo Terapêutico 2 (2007-transcrito)
G3: Grupo Terapêutico 3 (1º semestre de 2008, com minha participação)
G4: Grupo Terapêutico 4 (2º semestre de 2008, com minha participação)
PNJ: Plano Nacional da Juventude
ONG: Organizações Não-Governamentais
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
CNPD: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

FIGURAS E FOTOS NO CORPO DO TEXTO:

Página 143: Foto 1 – Dinâmica realizada no primeiro encontro do G3.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de 7 anos de pesquisa e seus desdobramentos estão inextricavelmente ligados à minha relação com a UFSCar, com o Departamento de Ciências Sociais e com a cidade de São Carlos. A esta cidade e a estas instituições que tanto me proporcionaram em termos de crescimento pessoal e profissional minha gratidão é incomensurável. Aproveito a oportunidade para agradecer sinceramente a todo corpo docente que lutou para fundar o Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do qual tive a honra de integrar a primeira turma no ano de 2007. Meus especiais agradecimentos ao Prof. Dr. Luiz Henrique Toledo e à Profa. Dra. Clarice Cohn pela amizade, carinho, compreensão e por todos os esforços mobilizados na coordenação do Programa.

Dentre todos os professores e professoras que participaram da minha formação a contribuição de minha orientadora Profa. Dra. Marina Denise Cardoso transcendeu, e muito, os limites de uma relação acadêmica, sendo ela em vários momentos minha terapeuta, colega e parceira de angústias quanto aos caminhos desta pesquisa. Sua dedicação e seriedade quanto à leitura de meus textos, manuscritos e/ou desabafos só não foram maiores do que sua paciência e tolerância para com minha indisciplina intelectual.

Certamente este trabalho não seria possível sem a colaboração de todos os estudantes que tão prontamente confiaram suas intimidades e suas histórias a mim, numa aposta de fé, crendo que esta pesquisa poderia e deveria ser enfrentada. Senão fosse pelo compromisso assumido com eles, minhas forças, por vezes escassas, teriam se esvaído completamente.

A todos os profissionais e estagiários da Unidade Saúde Escola dedico-lhes todo meu respeito e admiração. Em especial a todos aqueles que estiveram próximos e interessados a respeito de minha pesquisa dentro do Programa de Saúde Mental.

Às coordenadoras do Grupo Terapêutico Juventude Universitária reconheço aqui que minha dívida é impagável. A prontidão com que me receberam, a alegria com que me auxiliaram e a ternura com que se abriram ao diálogo para que esta pesquisa fosse possível demonstraram qualidades de uma nobreza de espírito raríssima. Tanto a Terapeuta Ocupacional quanto a Psicóloga merecem, sem dúvida, terem seus exemplos de dedicação, de ética e de compromisso com a Saúde Pública registrados e replicados. Infelizmente, por questões também relacionadas à ética da pesquisa antropológica em saúde, não posso citá-las

nominalmente, muito embora quem quer que tenha passado pelo acolhimento terapêutico empreendido por elas terá seus nomes gravados na alma.

Agradeço imensamente o privilégio de ter contado com os professores Dr. Jorge Mattar Villela (UFSCar) e Dra. Eunice Nakamura (UNIFESP) na minha banca de defesa. Suas leituras atentas, curiosas e sinceras fizeram com que suas arguições incidissem sobre pontos fundamentais que, até então, não estavam totalmente claros a mim. Portanto, a contribuição de ambos é gigantesca para o melhor arranjo dos dados desta etnografia e, conseqüente, para a redação do texto final.

Às colegas e aos colegas de mestrado, especialmente Maria Carolina Araújo, Lecy Sartori, Messias Basques, Thais Regina Mantovanelli, Gil Vicente Lourenção, Kléber Felício, Pietro Picolomi quero lembrar-lhes uma máxima maussiana de que a “dádiva nunca se encerra”. Graças ao incentivo e apoio de vocês pude materializar meus delírios acadêmicos pessoais neste trabalho. Como manda a etiqueta, fica o crédito apenas das alucinações profícuas e criativas. Qualquer outra impostura de minhas elocubrações se deve apenas à minha insanidade.

Os dois anos iniciais de mestrado teriam sido infinitamente mais extenuantes senão fosse pelo companheirismo e carinho de minha namorada da época e hoje grande amiga Cinthia de Araújo Monteiro. Obrigado por deixar minha vida mais alegre e interessante, Cindy.

Aos mais que amigos, irmãos de alma, Daniel Pereira Ramiro (Tixa) e Kaique Rossini cujos laços de compreensão mútua foram solidificados ao longo de 15 anos de convivência e fortalecidos pelos estudos nas Ciências Sociais, meu agradecimento estará sempre presente na lealdade que lhes dedico. Ao amigo, irmão e compadre Murillo Ferretti de Souza agradeço pelos anos mais produtivos, felizes e harmônicos que tive durante minha graduação. Sem as suas broncas talvez não tivesse me formado.

Mas, dentre os amigos-irmãos, aquele que deu a maior contribuição para que eu pudesse finalmente compreender as nuances, os aspectos positivos e negativos, as lacunas e as continuidades desta pesquisa foi meu compadre Bernardo Curvelano Freire. Sua leitura nem um pouco compassiva me fez encarar os desafios de reescrever esta dissertação após a defesa com humildade e seriedade. Suas cobranças intelectuais para com meu trabalho, mais do que me deixar intimidado, demonstraram para mim a fé que ele tinha em minha capacidade. Por todos os seus votos de confiança, por sua imensa generosidade desde a época que me recebera em sua casa no primeiro ano de graduação e até, por fim, pela disposição e

acurácia com que se dedicou à leitura deste trabalho minha dívida para com Bernardo é impagável.

Outra importante interlocutora de meu trabalho que muito contribuiu para minhas ponderações foi a psicóloga Vanessa Amaral Costa que, graças a Deus, é minha irmã. A ela meus agradecimentos por sua paciência desde que veio ao mundo.

Preciso também render minha eterna gratidão ao amigo-irmão e conterrâneo que nos deixou meses antes de minha defesa de título, Rafael Montan Torres. O “Peru” como era chamado entre seus “parentes” de curso e de universidade foi quem primeiro me recebeu na UFSCar e seu carinho, amizade e cumplicidade foram permanentes e irrestritos até o fim.

Por último, nada disso teria sido sequer concebível sem o apoio e compreensividade de meus pais que, mesmo não entendendo muito bem o que é que eu fazia nas Ciências Sociais e na Antropologia, apostaram em mim com toda fé. Dedico a Antonio Jair Costa e a Raquel Morato do Amaral Costa todo amor que tenho pela minha profissão e todos os méritos desta pesquisa.

APRESENTAÇÃO

À época em que cursava a graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal de São Carlos, achei necessário procurar atendimento psicoterapêutico devido a uma série de mal-estares emocionais e físicos que, *a posteriori*, acabou por ganhar o nome de “depressão”. Após o trancamento de um semestre letivo, retornei às minhas atividades acadêmicas buscando entender aquela experiência sob uma perspectiva antropológica. Pretendo então que este texto seja a exploração de minha trajetória de pesquisa. Contudo, esse caminho será transcorrido por um estudante universitário de antropologia. Ou seja, o pesquisador esteve também sujeito ao mesmo “*sofrimento psicológico*” que pesquisa. Esta expressão é, portanto, a categoria nativa central deste trabalho.

O trânsito entre a condição de nativo e pesquisador é uma tensão absolutamente presente nesta etnografia. Quero com isso ressaltar que o estranhamento desta experiência etnográfica tem, sobretudo, limites. Limites e fronteiras que pretendo deixar bem claros logo na Introdução deste trabalho

Com o intuito de demarcar palavras, expressões, ideias que emergem do campo discursivo dos nativos desta etnografia utilizo o recurso de destaque “entre aspas”. A ideia é, portanto, convidar o leitor a percorrer uma trajetória que, ao se destacarem determinadas impressões correntes no uso cotidiano (através do uso das aspas), se possa progressivamente estranhá-las e, assim, compreender melhor de que maneira elas acionam, na prática, um determinado conjunto simbólico que orienta os interlocutores desta pesquisa.

À medida que tais palavras e expressões ganharem contornos bem delimitados devido à preeminência de seus referenciais teóricos e de seus usos específicos dentro do recorte etnográfico que proponho, tais destaques virão *em itálico*, identificando que estas palavras e/ou expressões se tratam na verdade de conceitos nativos. As citações textuais destacadas do corpo do texto em itálico (para estas, as referências estarão na Bibliografia Específica) corresponderão aos discursos, saberes e noções nativos – exceto nas ocasiões em que estes termos se referirem a expressões de outros idiomas. Em alguns momentos no decorrer do texto, elas também poderão vir também entre aspas significando que elas foram ou são expressas literalmente pelas pessoas com as quais dialoguei. Os conceitos nativos propriamente ditos, como *sofrimento psicológico*, *protagonismo juvenil*, entre outros, se restringirão ao mínimo necessário para que a fluência da leitura não seja constantemente interrompida.

Conceitos consagrados da Antropologia e que servirão como ferramenta de análise dos dados levantados por esta etnografia serão grafados com a inicial em MAIÚSCULO. Também me utilizarei do recurso de palavras com iniciais em maiúscula para destacar áreas disciplinares específicas, como, por exemplo, Antropologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Saúde Pública, etc.

Outro destaque que merece relevância é que todos os nomes das pessoas que participaram desta pesquisa foram alterados para preservar a privacidade de suas histórias. Ou, no caso das terapeutas que contribuíram para a pesquisa, foram mantidas apenas a suas referências profissionais (Psicóloga, Terapeuta Ocupacional).

A Introdução é um convite à leitura desta pesquisa sob determinadas condições e aspectos. Seu propósito é mostrar como eu me tornei objeto de minha pesquisa, num primeiro momento para que, posteriormente, pudesse investir sobre os significados do que é ser estudante universitário e de como estes sujeitos sofrem psicologicamente. A intenção é que, através do exercício ininterrupto do antropólogo em se construir enquanto mais um sujeito desta pesquisa, me seja permitido tomar a própria experiência **com** a etnografia como objeto de um olhar etnográfico. Minha preocupação é que a tensão inerente a esta transição seja instrumento de análise e não a fronteira que define o que pode ou não pode ser problematizado pela Antropologia. Certamente há ainda muitas brechas, frestas e emendas pouco resistentes nas correlações que proponho neste estudo. Diversos outros termos, conceitos e noções presentes em etnografias correlacionadas a este tema podem e devem ser estranhados em novas condições de pesquisa. No entanto, aqui se pretende dar os passos iniciais para alguns exercícios de reflexão.

Caminhando neste sentido, o Capítulo I trata de apresentar os estudantes e a modalidade de sofrimento em questão: o *sofrimento psicológico*. O intuito é discriminar ao leitor quem são estes jovens que sofrem, quais são suas realidades, quais são suas expectativas em relação à universidade e à vida como um todo, como eles sofrem e, mais incisivamente, quais são os diversos problemas vivenciados por estes estudantes que merecem a adjetivação de “psicológicos”.

O capítulo II explora os redirecionamentos da minha abordagem inicial graças a uma oportunidade de pesquisa dentro da Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar. É função deste capítulo em particular, relatar quais foram as condições da minha inserção como pesquisador numa instituição de Saúde Pública que tratava os estudantes e seu *sofrimento psicológico*. Ali, tratarei de evidenciar quais são os paradigmas conceituais, metodológicos e ideológicos da USE. Mais adiante, no capítulo IV retomarei estas digressões para analisar

mais pormenorizadamente as táticas mobilizadas pelo Grupo Terapêutico Juventude Universitária (GTJU), Projeto de Extensão vinculado ao Programa de Saúde Mental da USE.

No capítulo III ofereço uma grade interpretativa que possa reunir alguns pontos em comum a respeito de como estudantes e terapeutas compreendem o significado do sofrimento e das dores que lhe sustentam. A questão que tentarei demonstrar é que existe uma linguagem comum a ambos para significarem os “problemas”, as “dores”, as “queixas” e o “sofrimento”. E, afinal, o que esta linguagem oferece em termos de recursos terapêuticos?

O capítulo IV é o enlace de toda a pesquisa. Nele retomaremos a perspectiva de estudantes, terapeutas e instituição para compreender os objetivos do GTJU e de suas táticas terapêuticas. Quais são os valores que embasam a construção de um “sujeito jovem, saudável e universitário”?

O capítulo V surge como uma necessidade de desvincular as perspectivas mobilizadas por esta etnografia de um tom demasiadamente pessoal. Propus, então, situar todos os conceitos e noções nativas no seu solo epistemológico de origem. Para isso me pareceu inescapável uma contextualização política para os conceitos, para os discursos e para a ideologia de “saúde” e “juventude” subjacente à perspectiva de Estado e como este, por sua vez, atua como agente legitimador dos valores positivos e negativos ao que se entende por estas duas categorias.

Há, portanto, três etapas de pesquisa: 1) a que investiga diretamente os discursos dos estudantes universitários sobre o *sofrimento psicológico*; 2) a que trata esta problemática como uma questão institucional e ganha espaço dentro da perspectiva da Saúde Pública; 3) e, por último, a que traz à tona um discurso ideológico sobre as expectativas da formação do “sujeito jovem” e de sua “saúde”. É da união dessas três etapas da pesquisa que minha experiência como etnógrafo atravessará minha experiência como nativo. Esse será meu percurso analítico.

Seguindo essa proposta, ressalto que esta trajetória buscou acionar diversos dispositivos metodológicos que permitissem investigar a fundo até onde a minha experiência poderia ser estranhada. Dito isto, alerta que estarão subjacentes às entrelinhas deste texto uma autoanálise etnográfica sobre o “fazer a etnografia” e da complicada relação entre ser antropólogo e nativo.

INTRODUÇÃO

EM FAVOR DE CERTA LEITURA

A verdade não é a teoria nem a organização. É depois do surgimento da verdade que a teoria e a organização têm de sair da má situação em que ficam. Elas sempre acabam por se reencontrar nela e por recuperar as coisas, prontas a deformá-las e a mentir. A autocrítica deve sempre ser feita pela teoria e pela organização, nunca pelo desejo.
(GUATTARI, 2004:364).

INTRODUÇÃO

Como o título desta dissertação sugere, os protagonistas desta etnografia são os estudantes universitários. Mas não quaisquer estudantes. O grupo aqui “tratado”, nas duas acepções do termo, são aqueles estudantes que passaram por uma experiência dolorosa de sofrimento. Um sofrimento que, dadas as condições de sua emergência e desenvolvimento, não era somente físico ou mental. Era um conjunto de dores que se associavam no corpo e na alma e colocavam para estes estudantes questões efetivamente existenciais. Como, por exemplo, sobre o que fora até então suas vidas, suas escolhas e, principalmente, sobre o que seriam seus destinos profissionais, sociais¹, afetivos, familiares, etc. Enfim questões que abarcam todas as esferas de relação destes sujeitos e que, portanto, os fazem refletir sobre si mesmos. E a questão da reflexão é central para esta pesquisa. Tanto no sentido de como estas pessoas se veem refletidas dentro de sua malha social de relações, isto é, sua noção de Pessoa (MAUSS, 2003), como no sentido de se utilizar de novos parâmetros para refletir sobre o que sua trajetória tem significado para si próprio, acionando um movimento que se costuma chamar de introspecção. E é aí que o adjetivo “psicológico” ganha força para qualificar este tipo de sofrimento. A dor que lhe advém é extremamente íntima e com sensações que só o/a estudante, na sua subjetividade, pode imputar algum sentido.

Contudo, antes de adentrar os meandros das particularidades do sofrimento vivenciado pelos universitários, é necessário apresentá-los. Ou melhor, é necessário me apresentar. Utilizar-se do recurso da primeira pessoa do singular para apresentar dados de pesquisa não é um método convencionalmente utilizado no meio acadêmico. Mas, no caso desta pesquisa em especial este recurso é incontornável, pois que o pesquisador é, para dizer o mínimo, da mesma natureza de seus pesquisados. Durante toda a pesquisa fui eu, também, um estudante universitário. E isso é de fundamental importância para que os leitores deste trabalho entendam como consegui acesso às pessoas aqui pesquisadas, bem como pude refletir ou estranhar seus discursos sobre o que é ser estudante, sobre o que é este sofrimento, sobre como se sofre e sobre quais recursos terapêuticos se lançam mão para superar a condição de

¹ Sociais, sem nenhum destaque, compreende um significado mais geral, utilizado por nossos interlocutores para se referir ao âmbito de relações que são públicas, como as que se têm com os amigos, seja na esfera individual, seja na esfera dos grupos que comungam de afinidades esportivas, religiosas, políticas, ou mesmo de afinidades de entretenimento como as festas ou outras atividades culturais como apresentações de teatro, dança, música, etc. “Atividades culturais”, ou “cultura” simplesmente, quando aparecerem sem nenhum destaque também se referem a um uso não acadêmico do termo: estas expressões fazem menção a atividades de lazer e/ou entretenimento que, segundo nossos sujeitos aqui pesquisados, envolvem algum tipo de deleite estético ou então que agregue conhecimentos diversos sobre arte.

sofrimento psicológico enunciada pelos meus pares. Assim, é inescapável que eu explore, mesmo que superficialmente, a minha experiência particular com este tipo de sofrimento.

Portanto, eis me aqui. Tudo começa aos dezoito para dezenove anos de idade com o ingresso no curso de Ciências Sociais da UFSCar. Na verdade, não. Assim como muitos, senão todos os estudantes, a história começa muito antes. Entrar numa universidade pública renomada, frequentemente, não é projeto apenas do universitário. É, sem dúvida, uma expectativa coletiva de todos aqueles que participaram na sua preparação; em especial, a família. A minha história não é diferente. Fui o primeiro da minha família (até onde eu a conheço) a entrar numa universidade pública. Muito bem. “Mas, do que se trata mesmo seu curso?”. Esta foi a pergunta que mais ouvi durante toda a minha permanência na universidade – pelo menos, até este momento. E até hoje, confesso que, dependendo de quem a diz, tenho imensas dificuldades em responder. Isto, já de partida, me colocava frente a frente com uma imprecisão pouco tolerada no meu meio familiar em especial, mas, sem dúvida, também muito pouco aceita na nossa sociedade em geral². Afinal, se a universidade o prepara para uma vida profissional, o mínimo que se pode exigir do estudante é que ele saiba responder, ao menos genericamente, que tipo de profissional ele espera ser, certo? Bem: nem tão certo assim. Ao longo desta pesquisa descobri que esta pergunta era respondida com muita dificuldade por quase todos os estudantes, independentes do curso que se escolhera, pois era natural que ao tomar conhecimento das imensas possibilidades que qualquer curso oferece, a incerteza por quais desses caminhos seguir era tão grande, ou maior, do que aquela que nos acomete antes de escolher o curso que concorreremos no vestibular. Este, portanto, era o primeiro ou o mais evidente “choque de realidade” com as expectativas interiorizadas por estes jovens; ou, como observei em alguns casos, o confronto era da “não-expectativa” com a “obrigação” de se ter uma.

Havia ainda outro fator interessante e, a princípio, encantador: a saída da casa dos pais para morar em uma *república*. *República* são as moradias estudantis na qual se

² Já me antecipando às eventuais críticas por falar de uma “sociedade em geral”, me refiro a esta expressão apenas como um Campo Moral (BOURDIEU, 1989 e 2002) de orientação para alguns valores. Dentre eles, ousou dizer como nativo de minha própria pesquisa que, sim, há uma forte presença das expectativas amplamente difundidas para com uma definição profissional clara e objetiva em relação aos estudantes universitários. As famílias que investiram na formação de seus filhos e filhas com o objetivo de que estes entrassem na universidade são poderosos instrumentos de pressão para ver estas expectativas sociais concretizadas. Isto está indissociavelmente ligado a um regime de governamentalidade (FOUCAULT, 1990, 2008a) que atua na “fabricação” de sujeitos aptos a desempenhar o papel que se espera deles. Se esta afirmação não é válida para uma generalização total e absoluta, há de se levar em consideração um corte geracional em relação à faixa etária dos pais destes alunos, pois que, não muito tempo atrás, as carreiras escolhidas tinham um destino menos incerto que nos dias de hoje; sejam elas para atuarem no “mercado”, seja para atuarem na política, no sistema judiciário, na academia, etc.

reúnem diversas pessoas de cidades diferentes ou comuns e que passam a compartilhar uma residência, seja ela uma casa ou apartamento geralmente alugados. A configuração deste novo “ambiente doméstico” tem infinitas particularidades que não cabem a esta etnografia aprofundar. Mas não é mera ironia a expressão anterior entre aspas. É necessário ao menos ressaltar que, via de regra, o mundo das *repúblicas* mistura, cada qual em diferentes dosagens, as fronteiras do público e do privado e isto requer um tempo para se compreender – maior ou menor, conforme as “habilidades sociais” de cada estudante. Disto decorre que a convivência neste tipo de ambiente é um exercício constante de negociação para delimitar aquilo que é indispensavelmente privado aos seus residentes. E a convivência, como se diz corriqueiramente, é complicada. Às vezes não se trata de gostar ou não das pessoas com as quais se divide a casa ou o quarto, mas sim de diferentes hábitos rotineiros que agradam uns, desagradam outros ou ainda é indiferente para alguns tantos. Assim, aquilo que antes era, ou deveria ser, a alegria de ser ter em mãos a sua “carta de alforria” implica em outros tantos problemas desconhecidos ou que ainda se tinha pouca habilidade em administrar.

Longe de passar indiferente a tudo isso, acabei por morar em três *repúblicas* nos meus dois primeiros anos de graduação. No entanto, a falta de um ambiente privado para estipular uma rotina de estudos e trabalho, sem ser constantemente atrapalhado por festas, reuniões políticas de centro acadêmico, por pessoas que preferem passar a noite ao invés do dia acordados, falta de colaboração com as atividades domésticas, como lavar louça, tirar o lixo para fora, manter o mínimo de salubridade nos banheiros, entre outras coisas que não é o caso de citar, mas que todo estudante sabe, foi me deixando sem um referencial de “lar”. Para alguns, a ausência desse referencial era compensada por retornos constantes nos finais de semana para a casa dos pais na cidade de origem. Não era e nem podia ser o meu caso por questões financeiras.

Aí entra outra questão importante e muito comum aos estudantes que passam pela experiência de *sufrimento psicológico*: a questão do como se sustentar neste novo ambiente. E se sustentar envolve uma série de fatores que não só os de subsistência mínima. É necessário investir na sua formação e isto não é barato. Além de pagar aluguel, água, luz e, nos dias de hoje, telefone e internet (mesmo que dividido), tem-se, no mínimo, alimentação, transporte, livros ou cópias dos textos das disciplinas, congressos e eventos acadêmicos e, não menos importante na ótica destes estudantes, as festas, os shows de música, teatro, dança e tudo que envolve atividades de lazer. É, realmente, uma vida intensa. E não são poucos os estudantes – ou, no caso, suas famílias – que não têm condições financeiras de arcar com todos estes custos. Pois então há de se trabalhar, “arrumar um emprego”, certo? Seria ótimo se

a grade curricular da maioria dos cursos prevesse tal possibilidade. Mas grande parte dos cursos são integrais, isto é, tem aulas de manhã e à tarde. E, não obstante, cada professor, na melhor das intenções, exige do aluno uma dedicação ímpar que mal lhe sobra tempo para as outras cinco ou seis disciplinas do semestre, quanto mais para trabalhar. Em um dado momento para estes estudantes que experimentavam a sensação de *sofrimento psicológico*, o rendimento acadêmico começava a declinar e emergia uma autoavaliação de incapacidade, incompetência e outros sentimentos negativos. Sem esquecer que a conta no banco ficava, a cada dia, mais negativa também.

Para além das condições externas e dadas pelas circunstâncias do jogo ao se adentrar as fronteiras da universidade, existem aquelas de cunho mais subjetivo. E a “vida universitária”³ – expressão corrente no vocabulário dos estudantes cujo significante é bastante denso – é rica em novos referenciais para se autocompreender e atuar como sujeito⁴ no mundo. Aliás, para a maioria destes estudantes a universidade é a primeira experiência real de

³ Esta expressão pronunciada frequentemente entre nós, estudantes universitários, representa a percepção nativa de que a entrada na carreira universitária propõe – principalmente quando ela inclui a saída do núcleo familiar – novos referenciais para um *projeto de vida*. O conceito de *projeto* é de extrema importância para esta dissertação e será discutida com mais acuidade no capítulo I. Por enquanto quero apenas enfatizar que a “vida universitária” constitui-se, tanto para os estudantes quanto para a sociedade da qual a universidade participa, uma “fase de transição” para a consolidação (ou não) das expectativas geradas pela ideia de *projeto de vida*. Por isso, a grande característica da tal “vida universitária” é disponibilizar aos estudantes uma profusão de novos elementos que possam ser agregados aos critérios de “realização pessoal” de acordo com os sistemas de valores pelos quais essa “vida” transita. Critérios, aliás, de todas as ordens, sejam eles relativos à carreira, aos relacionamentos interpessoais e, inclusive, à “saúde”. Não obstante, acredito poder estender a ideia de “vida universitária” como sendo um recorte espaço-temporal de um período liminar (cf. TURNER, 1974 [1969]) bastante importante – senão o mais – para a construção de Pessoa (cf. MAUSS, 2003: 367-398) pretendida por estes jovens que ali ingressam.

⁴ Como me foi cobrado na banca de defesa pelos meus arguidores Prof. Dr. Jorge Mattar Villela (UFSCar) e Profa. Dra. Eunice Nakamura (UNIFESP) seria preciso optar por definir o “sujeito” como conceito nativo ou analítico. Como se trata de uma pesquisa que lida com um campo epistemológico comum aos nativos e ao pesquisador opto por não destacá-lo, via de regra. Pois o essencial aqui é não engessá-lo como instrumento exclusivamente analítico, estancando o processo de interferência que as reflexões nativas (seja de estudantes ou seja de profissionais da saúde) têm sobre ele. Não se trata, entretanto, de refazer um itinerário ontológico sobre seus usos dentro do universo simbólico nativo, já que isso pediria dados etnográficos e bibliográficos com os quais esta etnografia não teve tempo de se aprofundar. Não seria nem honesto e nem prudente determiná-lo como conceito absolutamente nativo, já que me apoio em um referencial teórico específico para compreendê-lo. Nem por isso, deixaremos de analisar seus qualificativos à medida que a etnografia for revelando alguns de seus atributos. Neste sentido, vez por outra, ele aparecerá destacado entre aspas reivindicando uma atenção diferenciada do leitor em relação aos seus predicados. Para estipularmos um marco conceitual mínimo que ofereça ao leitor qual é o meu entendimento sobre este conceito, tomo como princípio a definição de Foucault:

“Esta forma de poder [poder disciplinar, em especial, o poder dos saberes psiquiátricos] aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, **liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm de que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos.** Há dois significados para a palavra sujeito: sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a. (FOUCAULT apud DREYFUS; RABINOW 1995: 235).

diversidade: seja ela meramente de gostos, seja ela de raça, de expressão de gênero, de diversidade religiosa, de opiniões políticas e, muito importante, de expressão afetiva nos relacionamentos de amizade e namoro. Tudo isso amplia, e muito, os horizontes de expectativas e de elementos que serão reconhecidos como indispensáveis a sua noção de Pessoa (MAUSS, 2003).

A noção de Pessoa é sem dúvida, a categoria analítica fundamental desta pesquisa. Em sua expressão maussiana mais pura, é ela que consegue articular diversos extratos simbólicos, profundos ou superficiais, de sua percepção de um “eu no mundo” (MAUSS, 2003), sem tomá-lo apenas como unidade empírica; isto é, como um indivíduo⁵. Seja como categoria analítica da Antropologia, ou seja como dispositivo do discurso nativo, é esta noção que permite soldar dimensões individuais e coletivas num processo de “fabricação” do sujeito na universidade. E ela se torna ainda mais importante quando o estudante, imerso num processo de revisão biográfica desencadeado pelo *sofrimento psicológico* passa a refletir sobre sua “pessoa”, sobre sua “identidade”, sobre seu “eu”⁶.

Portanto, é importante lembrarmos junto com Mauss que, por mais natural que a ideia de “pessoa” possa nos parecer – sendo esta uma categoria inata ao pensamento humano, como ressalta o autor – é necessário atentar que cada sociedade, cada grupo, de acordo com sua época, investe atributos específicos para com os indivíduos que dão suporte a este signo. Assim, Pessoa, como conceito antropológico, remeterá à ideia de uma categoria de pensamento datada, específica e que agrega diversos elementos coletivos numa unidade de pensamento que, para nosso contexto de análise, coincide com a singularidade do indivíduo, com a noção que temos de um “eu”, de uma primeira pessoa autora de sua história e de suas idiossincrasias e, mais recentemente, dotada de propriedades “psicológicas” capazes de refletir o que lhe é próprio, imanente e particular. Como já foi largamente explorada na bibliografia antropológica, partimos do pressuposto que essa constituição exclusivamente individual da Pessoa enquanto sujeito não passa de mera ilusão, embora muitas abordagens

⁵ Para esta etnografia o indivíduo deve ser compreendido sob a ótica dumontiana (cf. DUMONT, 1985). Tanto em seu aspecto “infra-sociológico”, isto é, como uma unidade empírica do gênero humano que, contudo, **não** representa uma forma universal de pensar a Pessoa (cf. MAUSS, 2003) em quaisquer tempos e/ou lugares, como também sob a forma de ideologia (1985:20-21), que orienta diversos desdobramentos do que Dumont chama de “pensamento ocidental”. Ou seja, o indivíduo atua como “unidade de valor” (sagrado) sobre o qual incidem uma infinidade de investimentos simbólicos das sociedades que compactuam dessa ideologia. Dumont esclarece que esta tipologia solapa diversas nuances na forma de produzir essa relação indivíduo-sociedade, mesmo no “mundo ocidental”. Mas, como Goldman acena (1996:90-94), o problema de Dumont se concentra mais na “noção de sociedade” que emprega este tipo de pensamento do que na “noção de Pessoa” que deriva dessa ideologia. Etnograficamente, nas circunstâncias aqui analisadas, o indivíduo é a unidade empírica sobre a qual incidem os investimentos terapêuticos na constituição de um sujeito.

⁶ As aspas são para ressaltar estas expressões como dispositivos recorrentes no discurso nativo.

sobre a formação do sujeito tendam a tratar as influências histórico-sociológicas como epifenômenos deste processo.

Contudo, para esta pesquisa em especial, as dimensões sociais da formação da Pessoa serão os subsídios necessários para explorar como se pretende constituir um tipo de sujeito: no caso específico desta pesquisa, sujeitos que se reconhecem como “estudantes universitários”. O processo escolhido para compreender como se dá a constituição deste tipo de Pessoa é o *sofrimento psicológico*. Ao longo da pesquisa, percebi que este processo poderia demonstrar com clareza as duas dimensões envolvidas no processo de fabricação da Pessoa: as sociais e as subjetivas, já que ambas se mostravam inextricavelmente ligadas nos enunciados destes estudantes a respeito do *sofrimento psicológico*. Cabe a mim, como pesquisador, separar momentaneamente esta ligação para que se possa apreciar o verdadeiro peso destas dimensões.

Para isso tomo como ponto de partida que há na formação da Pessoa “estudante universitário” dois tipos de confrontação em jogo para se estipular um referencial relativamente “estável” para seu “eu”.

O primeiro tipo de choque, se assim posso dizer, seria a de uma confrontação exterior do estudante como sujeito. Isto é, aqueles tipos de conduta, valores ou expectativas que, até então, eram estranhos e que passam a serem apreendidos de “fora para dentro” quando em contato com estes novos referenciais. Contribuem para esta reflexão os fenômenos da saída de casa, a proposição de novas regras e novas fronteiras entre o que é público e o que é necessariamente privado (e as *repúblicas* emergindo nesse contexto como um “quase paradigma” desta questão), usufruto ou não das possibilidades que a universidade e a “vida universitária” oferecem, expectativas familiares e pessoais a respeito do curso que raramente se concretizam, dificuldades financeiras, etc. Esta confrontação com o mundo exterior remete os estudantes a perguntas como: Que tipo de pessoa quero ser? O que é preciso para se chegar lá? Por onde? Isto pôde ser comprovado não só pela minha experiência, mas também como por diversas conversas com estudantes próximos às minhas redes de relações que abrangiam os mais variados cursos.

O segundo tipo de confronto experimentado por estudantes durante o processo de *sofrimento psicológico* é aquele que ocorre de “dentro para fora”. Há uma ativa reflexão por parte destes estudantes com respeito às maneiras de como se sente, se pensa e se age e se tudo isto está ou não de acordo ou se convém ou não aos círculos de amizade, acadêmicos, profissionais, de lazer e, sempre tão fortes, aos círculos familiares aos quais eles pertencem. E há ainda a questão mais fundamental a ser respondida: toda essa maneira de se portar, de

acordo com os campos de sociabilidade que este estudante se relaciona, realmente o satisfaz? Até que ponto?

Para exemplificar um pouco do que eu digo antecipo um trecho de um depoimento gravado em uma das entrevistas semiestruturadas que realizei com Marcos, estudante de Engenharia de Produção da UFSCar que completaria seu sétimo ano de graduação.

*Naquela época tava bem foda. Falo como se fizesse muito tempo né? Graças à Deus parece mesmo... mas isso foi ano passado! **Era um compromisso atrás do outro e eu queria fazer tudo, fazer estágio, jogar bola, ir nas festas, estudar, namorar, queria curtir a facul até onde desse, né. É tanta coisa diferente que ce quer experimentar, conhecer, aproveitar...** gente de tudo quanto é canto e de tudo quanto é tipo ce encontra aqui. E isso é massa! Normal eu acho. Todo mundo quer aproveitar isso. Mas chega um ponto que isso também desgasta, tá ligado? **Já tava precisando crescer pra dar conta da minha vida, botar meus projetos pra funcionar, só que eu não conseguia me desvencilhar desse mundinho aqui, né. E eu já tava meio mal de antes e não tinha percebido. É que eu sempre fui muito ansioso. E tinha a família, grana, trampo do estágio que lá na rotina mesmo me deixou meio em crise se eu queria fazer aquilo mesmo da minha vida, e pra piorar começou a faltar tempo pra ter um lazer, sabe, jogar uma bola, ir pra umas baladinhas e tal... tava cada vez mais estressado, cansado e comecei a perder o tesão de curtir o mundinho universitário, tá ligado? Aquela coisa de ficar locão nas baladas já não tava dando mais o mesmo barato... Quando ia nas reps [repúblicas estudantis] dos meus amigos, nas festas, parecia que eu tava forçando a barra porque na verdade eu não tava afim, queria descansar, precisava descansar, e ainda tinha que estudar, mas também começou pintar aquela dúvida, né: “será que é isso mesmo que eu vou fazer da minha vida?”. Meu, isso dá uma angústia... Aí também a coisa lá em casa deu uma apertada com negócio de grana e o meu estágio ia acabar e eu comecei a ficar encanado que não ia dar pra ficar aqui sacrificando todo mundo lá em casa... Aí, não teve jeito né, a crise veio à galope. Eu tava sofrendo pra caramba com tudo aquilo, mas quando conversava assim com meus amigos, mesmo os mais próximos, e explicava o que tava rolando, eles me apoiavam tal na hora, diziam que é normal mesmo, que tudo isso faz parte do processo, mas a atitude deles comigo, no geral, não mudava. Eles não entendiam que eu tava precisando de um tempo... eu mesmo não entendia, porque me pegava me cobrando pra participar mais da vida da galera, dos meus brothers, mas tava numa vibração tão ruim que eu não queria que eles me vissem daquele jeito, nem estragar a curtidão deles. Então me isolei no meu sofrimento, né. E aí o psicológico danou-se de vez, fiquei mal de verdade, não dava pra ficar aqui daquele jeito e ainda deixando seus amigos, pelo menos aqueles de verdade mesmo, tudo mundo preocupado. Eu acho que tranquei o curso mais em função de uma cobrança social pra eu voltar a ser a pessoa que eu era, do que em relação a dificuldade de tocar a vida acadêmica. E lá na casa dos meus pais achei que seria mais fácil de tratar porque, mesmo eles não entendendo muito o que tava acontecendo, aliás, nem eu tava entendendo nada, pelo menos eu tinha o apoio deles pra ficar numa boa pra, justamente***

isso né, começar a entender o que tava rolando, procurar ajuda profissional, mudar algumas coisas.

Entrevista gravada em fevereiro de 2006.

Quando todos estes questionamentos de si para consigo mesmo e de si para com o mundo não encontram muitas respostas, ou elas acabam se sobressaindo pelo seu aspecto negativo, estas reflexões costumam atingir um ponto limite. É quando, de fato, se “cai na real”. Tal expressão é usada pelos estudantes quando se quer demonstrar que, para se colocar o sujeito em suspenso e acionar um processo de reflexão e reprogramação das atitudes, sentimentos e valores, ele precisa, anteriormente e fatalmente, “cair em si”. Na verdade, a expressão semanticamente correta seria “cair de si”. Neste “buraco” em que é jogado o sujeito que sofre – e que não por acaso é chamado de “depressão” por aqueles que comungam de um referencial terapêutico pautado pelos Saberes Psi⁷ – é uma posição “privilegiada” para se analisar as rupturas e continuidades necessárias ao seu projeto de ser. Que tipo de sujeito eu sou? Inevitável questão para quem quer saber se chegará ou não a ser “alguém na vida”. Afinal, uma das primeiras e mais recorrentes constatações dos estudantes que passam por este tipo de sofrimento, e chegam à conclusão de que são necessárias algumas mudanças, é: “Quero ser alguém na vida”. No limite, esta afirmação supõe uma vontade inadiável de superar o processo de transição que a “vida universitária” irrompeu ou intensificou. Para refinar o que digo, cito um trecho de um texto relativamente antigo mas que permanece muito atual sobre “O tempo e o espaço no mundo estudantil” de Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron:

Por diferentes que sejam, por grandes que possam ser as desigualdades que os separam, tanto nas condições de existência como nas oportunidades de sucesso, **os estudantes têm ao menos em comum a vontade de realizar**, tanto no mito da unidade [unidade do estudante com os grupos escolhidos de adesão, isto é, melhor dizendo, o mito da “identidade”] como no jogo da diversificação, **a identificação individual** a alguma coisa que, sem ser um modelo, **é menos que um ideal e mais que um estereótipo**, e que define uma essência histórica do estudante.(...) Se os comportamentos nos quais o

⁷ Saberes Psi é termo derivado de pesquisas antropológicas que se debruçaram sobre o tema da psicologização da sociedade brasileira diante do recente fenômeno da urbanização e modernização dos grandes centros a partir da década de 80 no Brasil e que ganhou corpo principalmente com o advento da disseminação do discurso psicanalítico dentro do campo da saúde. Seu principal expoente é Sérvulo A. Figueira (1985, 1988). O que este autor pretende com o termo é evidenciar que, embora exista um campo de disputa para definir as qualificações do que seja a ideia de psique e dos caminhos a percorrer para se intervir nela, a partir de um dado momento histórico esses diversos saberes passam a tomar como dado a constituição psicológica do sujeito como a principal dimensão de sua “fabricação”. Estão incluídos nesse termo os saberes psicanalíticos, os saberes das diferentes escolas da Psicologia e a Psiquiatria.

observador reconhece geralmente **o estudante** são, de início, comportamentos simbólicos, isto é, **atos pelos quais o estudante testemunha diante de si e dos outros sua aptidão a ser o autor de uma imagem original do estudante, é porque está condenado, pela posição transitória e preparatória** em que está colocado, **a ser somente o que projeta ser**, ou mesmo, puro projeto de ser. (BOURDIEU; PASSERON, 1968: 70. Negritos meus).

É claro que isso comporta insondáveis variáveis pessoais e tentar solapá-las por seus denominadores comuns seria uma tarefa relativamente simples e sem grandes avanços em termos semânticos. Quando se atém aos depoimentos desses jovens os “porquês” de suas “angústias” aparecem aos montes. Eles são como que os desencadeadores do processo de sofrimento e, quando conjugados num momento de fragilidade emocional, a força desses “porquês” pode ser multiplicada por todo e qualquer evento que provoque uma sensação de ruptura; isto é, de que o processo em curso de construção de uma “identidade” para o sujeito se vê de alguma maneira interrompido. Isto emerge com significativa ênfase quando se põe em questão a ideia de “projeto de vida” ou de “projeto de ser”, como foi dito logo acima.

Resgatando o que foi dito até aqui, insisto mais uma vez: por tudo aquilo que a universidade representa e aliado ao que a “vida universitária” comporta, o mínimo de consentimento que se tem entre aqueles que dela participam é de que ela é um “processo de formação”. Oportunamente, este “processo de formação” engloba mais variáveis do que apenas a profissional. Ali a diversidade de estímulos põe o indivíduo numa posição privilegiada para se testar em seus conhecimentos práticos, teóricos, existenciais, seus talentos, aptidões e, não menos importante, suas inaptidões também. Quando estas últimas passam a se sobressair e a capacidade de gerar respostas satisfatórias se torna insuficiente à luz da consciência deste sujeito, temos aí todo combustível necessário para que essa sensação de ruptura entre o que se fora e o que não se pode mais ser dê a ignição final para que o processo de *sofrimento psicológico* irrompa.

Numa primeira etapa desta pesquisa comecei por entrevistar alguns estudantes que haviam passado por experiências de *sofrimento psicológico*. Quando comecei a fazê-las descobri que esta era uma rede bastante grande para ser percorrida por um pesquisador só. Após uma entrevista, o entrevistado recomendava outro estudante que havia passado por experiência semelhante, que recomendava outro, que recomendava outra e assim por diante. Num dado momento, resolvi que era necessário descobrir outros meios de pesquisa, pois os discursos e os seus elementos constituintes começaram se repetir enfadonhamente.

Era, portanto, necessário sondar novas de adentrar o discurso sobre o *sofrimento psicológico* vivido por parte dos estudantes. Foi quando uma oportunidade ímpar surgiu. A descoberta de que havia dentro da própria Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), na Unidade Saúde Escola (USE), grupos terapêuticos⁸ constituídos de estudantes universitários para abarcar tal “epidemia”⁹ por psicoterapia serviu para reascender minhas esperanças de uma pesquisa de campo nos moldes tradicionais da Antropologia – isto é, por meio da observação participante. Logo descobriria que seria necessário muito mais do que isso: seria exigida uma participação ativa do antropólogo dentro do cotidiano do Programa de Saúde Mental (PSM) como condição de acesso êmico a todas as nuances que atravessavam aquela realidade institucional.

Preocupado com quais caminhos seguir diante do discurso apresentado pelos estudantes, a possibilidade de pesquisar *in loco* as táticas terapêuticas acionadas no enfrentamento do *sofrimento psicológico* pareceu-me um horizonte extremamente promissor.

Sendo esta uma instituição vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), suas concepções terapêuticas estavam sustentadas por uma ideologia de Estado que organiza conceitos e valores e que, por sua vez, são transversais àquilo que se entende por “saúde”. Esta realidade colocava o sujeito como a figura central do processo de constituição de uma dada “saúde” em meio a um jogo de oposições conceituais, como, por exemplo, “bem-estar” e “sofrimento”, e, não obstante, dirigia-o aos caminhos institucionais disponíveis à “promoção da saúde física, mental e social dos indivíduos”¹⁰.

Atentos à demanda de universitários que lhes batia à porta, o PSM entendeu a necessidade de se criar mecanismos terapêuticos especializados para dar conta dessa clientela em particular. Havia neste contexto uma questão gerencial a se pensar: recomenda-se, na prática psicoterapêutica, que o profissional não seja próximo ao círculo das relações pessoais

⁸ Estes grupos eram constituídos de universitários inscritos no Programa de Saúde Mental da USE e se dispunham a “acolher esse jovens em sua dor e auxiliá-los a encontrar os caminhos de sua realização pessoal”. (palavras da Terapeuta Ocupacional responsável, no momento em que ela me argüia a respeito de minhas intenções de pesquisa).

⁹ Não quero adentrar ao rigor do termo utilizado. Ele surgiu em uma conversa informal com uma das psicólogas responsáveis pelo atendimento aos estudantes que procuravam ajuda dentro da própria universidade. Reivindicar um uso técnico para o termo “epidemia” requereria dados quantitativos e uma discussão bibliográfica específica para embasar ou não tal afirmação. No entanto, naquele contexto, a ideia de “epidemia” parecia evocar um aumento significativo em um período de tempo relativamente curto de anos na procura por psicoterapia entre os estudantes universitários da UFSCar. Dentro dos meus limites de acesso a dados que possam dar uma ideia dessa procura, o que pude mensurar pelas listas de espera da Unidade Saúde Escola (USE) – instituição na qual desenvolvi minha etnografia e lugar onde se realizam as pesquisas de extensão e os estágios dos cursos terapêuticos e de saúde em geral (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem, Educação Física), atendendo a demandas do SUS em São Carlos – é que ela gira em torno dos 40% (entre os anos de 2006 e 2007: variando pouco conforme o ano) de toda a fila do Programa de Saúde Mental.

¹⁰ Texto presente no site do Programa de Saúde Mental:

http://www2.ufscar.br/comunidade/use_mental.php . Acessado em Novembro de 2007. Ver Anexo H.

de seu cliente. No caso do PSM, uma grande parcela dos atendimentos era realizada por estagiários dos cursos de Psicologia e Terapia Ocupacional – ou seja, também estudantes universitários. Isso não era, de fato, um impedimento, mas causavam desconfortos tanto para os usuários quanto para estagiários. Quando iniciei minha participação junto ao PSM, uma média de cinco em cada dez “entrevistas de acolhimento” (EA’s)¹¹ encaminhadas especificamente para este Programa eram de estudantes universitários.

Devido a tal contexto, surgiu então a proposta de realizar o atendimento dessa clientela sob a forma de grupo terapêutico. Encabeçado pela Terapeuta Ocupacional do PSM, é enviado à Pró-Reitoria de Extensão um Projeto de Extensão multidisciplinar intitulado “Grupo Terapêutico Juventude Universitária” (GTJU). A referência à multidisciplinaridade do Projeto fazia alusão às duas especialidades que estariam presentes na terapêutica proposta: a Psicologia e a Terapia Ocupacional. Este Projeto teve início em 2006 e se estendeu até final de 2008. O atendimento era aberto a todos os estudantes universitários que residissem nos distritos abrangidos pelo Departamento Regional 3, área de atuação da USE definida pela divisão territorial do SUS. Entretanto, a grande maioria dos pedidos por atendimento era de alunos da própria UFSCar. Dos participantes dos Grupos Terapêuticos observados, apenas um era estudante universitário de outra instituição, a UNICEP (Centro Universitário Central Paulista).

A descoberta de que havia, dentro da própria UFSCar, um Projeto de Extensão¹² da Unidade Saúde Escola (USE) para “cuidar” e “acolher” os estudantes universitários em situação de *sofrimento psicológico* se deu através de um e-mail institucional, enviado pelo Centro de Comunicação Social da UFSCar (CCS) no final do ano de 2007. O e-mail dizia o seguinte:

Grupos terapêuticos para universitários estão com inscrições abertas. O Programa de Saúde Mental da Unidade Saúde-Escola (USE) da UFSCar está oferecendo vagas de atendimento para dois grupos terapêuticos. As atividades são direcionadas para universitários de 18 a 25 anos. Os encontros serão realizados às terças-feiras, das 9 horas às 10h30, ou às quintas-feiras, das 10h às 11h30, na USE.

¹¹ Entrevista de Acolhimento é um procedimento de triagem para identificação das “queixas” que o indivíduo traz consigo. De posse destas informações, os profissionais da USE encaminham a pessoa ao(s) Programa(s) adequado para tratar de seus “problemas de saúde”. Esta triagem é feita por profissionais de diversas áreas da saúde, como enfermeiras, psicólogas, terapeutas ocupacionais, etc. Todos estes profissionais passam por uma breve capacitação para aplicar o roteiro de perguntas estipulado pela instituição. Ver Anexo C.

¹² A diferença entre Projeto e Programa será devidamente explicada no capítulo II. No momento indico que o Projeto é uma “ação de saúde” cuja iniciativa é tomada ou pelos técnicos ou pelos professores que trabalham na USE. Já o Programa remete a uma iniciativa institucional.

Inicialmente, a ideia me pareceu interessante por achar que o Grupo Terapêutico poderia me servir como algo parecido com um “grupo de controle” para a pesquisa que eu já desenvolvia. Reunir jovens universitários para conversarem sobre a situação de *sofrimento psicológico* pela qual passavam animou minhas expectativas. Acreditei que este caminho seria um atalho promissor. Mal poderia prever que as observações feitas a partir dali é que reorientaria toda minha visão a respeito da pesquisa em andamento.

Entrei em contato com as coordenadoras do Projeto, via e-mail, explicando que tinha interesse em entender a demanda por psicoterapia entre os estudantes universitários e os procedimentos terapêuticos utilizados para reestabelecer a “saúde mental” destes indivíduos.

Após algumas correspondências com a coordenadora responsável (a Terapeuta Ocupacional), marcamos uma reunião para que eu apresentasse, pessoalmente, os objetivos de minha pesquisa e para negociar se haveria a possibilidade de me inserir nos Grupos Terapêuticos.

Esse processo de negociação iniciou-se em fins de 2007 e começo de 2008. Durante o ano de 2007, o Projeto de Extensão contara com a colaboração de uma aluna bolsista do curso de Terapia Ocupacional, cujo trabalho incluía a gravação e a posterior transcrição das reuniões realizadas pelo Grupo.

Entretanto, alimentava ainda esperanças de realizar uma pesquisa etnográfica nos estritos padrões que ela evoca, isto é, através da tradicional observação participante¹³. Quando expliquei que a condição ideal para realizar minha pesquisa não poderia se dar apenas pelo acesso aos prontuários, às gravações de áudio, às entrevistas com os participantes, que ela requeria a participação e observação das dinâmicas terapêuticas *in loco*, as coordenadoras ficaram curiosas de como se processariam estes dados e um pouco receosas das perturbações que minha presença poderia acarretar ao processo terapêutico do Grupo. No entanto, pude contar com a compreensão de ambas, principalmente porque a vice-coordenadora, a Psicóloga da equipe técnica, já conhecera a experiência etnográfica através de disciplinas que havia cursado no mestrado e no doutorado. Isto certamente foi um fator que facilitou a aceitação dos meus propósitos de pesquisa. Mesmo assim, o cuidado com o acesso às pessoas e aos dados fornecidos pelo Programa sempre foi constante.

¹³ A referência clássica ao método é Malinowski (1974). No entanto, incontáveis situações de pesquisa geraram e continuam a gerar debates sobre quais são os termos que atuam na interpenetração, interferência, contágio ou indissociabilidade entre sujeito e objeto na pesquisa etnográfica. Para esta dissertação, situamos o debate por meio dos autores MAGNANI, 2002, GOLDMAN, 2003 e FAVRET-SAADA, 2005.

Passado o período de recesso das aulas voltei a entrar em contato com a Psicóloga e com a Terapeuta Ocupacional responsáveis pelo Projeto. Elas me colocaram em contato com a aluna bolsista que, em meados de fevereiro de 2008, terminara a transcrição das reuniões dos dois Grupos Terapêuticos formados no ano anterior e que, graças à autorização das coordenadoras, me disponibilizou o material.

Apresentações e formalidades iniciadas, passamos a marcar reuniões semanais para discutir a construção dos novos Grupos a serem formados para aquele ano. Destas reuniões participávamos eu, a Terapeuta Ocupacional (TO) responsável pelo Projeto e outra aluna bolsista da Terapia Ocupacional selecionada para acompanhar os Grupos Terapêuticos daquele ano. Nestas reuniões emergiram sugestões de divulgação para o *campus* do atendimento oferecido bem como a utilização dos dados já obtidos a fim de futuramente realizar uma publicação conjunta para “expor os problemas vivenciados pelos jovens universitários” e relatar “como” e “em que condições esta clientela se mostrava mais vulnerável ao sofrimento”. Nestas conversas eu era frequentemente chamado a opinar – em princípio como antropólogo – sobre as “especificidades do momento atual pelo qual passava essa juventude universitária”¹⁴.

De minha participação como “colaborador”¹⁵ do PSM e do Projeto de Extensão GTJU, procurei obedecer rigorosamente aquilo que me foi evidenciado como a tônica predominante de suas práticas. Num primeiro momento, tive a impressão de que o Projeto denotava saber, já de antemão, qual seria o percurso terapêutico necessário para alcançar a “saúde mental e social” do jovem universitário. Quanto a isso, sua apresentação parece ser taxativa em relação àquilo que se pretende:

O Programa de Saúde Mental da USE/UFSCar atento aos números significativos de inscrições de universitários para atendimento nesse Programa, propõe a realização de grupos terapêuticos com tal clientela, coordenados por psicóloga e terapeuta ocupacional. Será utilizada a metodologia participativa (dinâmicas, reflexões e discussões), com uso de recursos variados (música, filmes, textos). Espera-se favorecer o empoderamento da juventude atendida por essa ação, estimular o protagonismo juvenil, contribuir para a construção de projetos de vida saudável, diminuir os índices de vulnerabilidade, ao oferecer ao jovem elementos para que se torne o principal responsável por sua história. (Projeto GTJU. Anexo B. Meus destaques).

¹⁴ Todas as expressões deste parágrafo foram pronunciadas pela Terapeuta Ocupacional.

¹⁵ Papel atribuído a mim pela Terapeuta Ocupacional. Desenvolverei melhor as consequências deste papel durante o Capítulo II.

O Projeto GTJU parece, portanto, colocar como sua principal meta a criação de conteúdos psicopedagógicos por meio dos quais cada estudante construirá seus próprios parâmetros de “bem-estar”. Quero aqui, a partir desse excerto, destacar alguns de seus desdobramentos subjacentes, principalmente aqueles que indicam suas concepções de “saúde” e “juventude”.

1- Se a juventude é percebida, tanto por terapeutas como pelos próprios jovens, como uma “fase de transição” há de se buscar quais são os caminhos oferecidos para se pensar como operar a construção desta Pessoa (cf. MAUSS, 2003).

2- O ideal de uma “vida saudável” parece ser um horizonte indiscutível e sagrado na ótica das instituições que lidam com jovens, pois se trata de um requisito básico da conformação de uma “cidadania” desejada. Portanto, é necessário que se ofereçam aos jovens “recursos” para que eles possam pensar um “projeto de vida” para si. Estes “recursos” tenderiam a ganhar o status de valores morais ao endossar um processo bem-sucedido de Pessoa no qual aquisições materiais, reconhecimento profissional e apoio familiar, como exemplos, se tornariam índices subjetivos de um “bem-estar”. Esta última noção apontaria, objetivamente, este ou aquele jovem como uma pessoa capaz de “realizar-se”.

3- Como o jovem não é considerado uma “pessoa pronta” ele é, por essa mesma condição, “vulnerável” à incorporação heterogênea de toda sorte de elementos positivos ou não. “Vulnerabilidade” e “saúde” são conceitos que não combinam, pois senão a ideia de “saúde preventiva” não faria o menor sentido.

4- Para que o “projeto de vida” coincida com uma “vida saudável” é necessário que ambos estejam articulados num todo coerente. Ou seja, a construção da Pessoa adulta passa obrigatoriamente pela definição de normas morais que indiquem um sentido a existência da vida em questão.

5- A “vulnerabilidade” só será mitigada na medida em que este jovem tiver clareza das condutas adequadas ao seu “projeto de vida”. Nestas circunstâncias, é necessário que ele seja o “protagonista” de seu “projeto”, elaborando para si uma conduta ética coerente com aquilo que é entendido como absolutamente essencial à sua vida. Ao se direcionar nesse sentido, o sujeito toma posse dela: uma pessoa que detém clareza sobre aquilo que quer da sua vida passa a ser um “sujeito empoderado”.

6- O sofrimento, por conseguinte, é visto como consequência da incapacidade de se realizar enquanto sujeito de fato e de direito; isto é, seu princípio é produzir um sentido a sua vida afetiva e profissional as quais devem ter um compromisso com uma “vida saudável”.

Adentrando pelas portas da USE, passei a reparar que ao iniciarem-se os encontros do GTJU, o principal acento dado àquelas experiências de sofrimento era como a partir delas poderia se aprender a construir certa “saúde” e, quiçá, a construir certo “sujeito”. O passado ou o presente do *sofrimento psicológico* será utilizado pelas terapeutas como matéria-prima para um futuro “sujeito saudável e empoderado”. Para isso é fundamental “aprender com a experiência”. Dito isto, alerto o leitor para o deslocamento operado nesta pesquisa: meu interesse deixa de ser, pelas conjunturas do campo e da inserção, o “**por que?**” se faz terapia; interessa-me, de acordo com ênfase dada pelos meus interlocutores (terapeutas e estudantes), “**o que?**” se faz com a terapia para produzir uma dada “saúde” e um dado “sujeito”.

É a partir deste momento da pesquisa que surge a necessidade de compreender mais profundamente os discursos institucionais sobre os jovens em geral; qual é o valor atribuído pelas instituições de Estado ao seu “processo de transição”, como esta orientação mais geral rebate sobre as especificidades do *sofrimento psicológico* vivenciado pelos universitários, e quais as metodologias utilizadas para superá-lo.

Dito isto, me proponho nesta dissertação analisar os termos deste sofrimento e seus significados quando sobrepostos em um ambiente em que a “transição” é hiperestimulada: pois, afinal de contas, o estudante está ali para sair “outra pessoa” ao final deste processo. O mínimo de expectativa que os une é ser um bom profissional; pelo menos, durante os primeiros semestres. Se a universidade é uma “fase de transição”, o *sofrimento psicológico* coloca os estudantes em contato com um processo íntimo de transformação. Há, neste caminho, referências sociais incontornáveis que são incorporadas aos discursos e práticas terapêuticas, como evidenciarei nos capítulos seguintes.

Portanto, para que esta etnografia não tomasse rumos e conclusões demasiados pessoais, foi necessário alçar um voo mais panorâmico sobre os discursos e conceitos mobilizados nas táticas terapêuticas tanto do GTJU quanto individuais. Ao recorrer aos discursos acadêmicos e institucionais que dão suporte aos conceitos operados nesta estratégia de constituição do “sujeito jovem e empoderado”, compreende-se um pouco melhor e mais profundamente quais são os valores em jogo na conformação de um “jovem saudável”, isto é,

aquele que tem plenos poderes para determinar os limites e a extensão de seu sofrimento, bem como os caminhos para superá-lo.

Fato é que todas estas noções e conceitos nativos elencados até agora fazem parte de conjecturas que se encontrarão diluídas ao longo desta dissertação. No entanto, é necessário levar em consideração que o presente autor que vos escreve também é fruto deste processo de “transição”. Não há como definir todos os termos que, por ventura, se constituíssem como categoria nativa em termos estritamente antropológicos sem o contágio do meu entendimento nativo a respeito delas. Nem por isso tentarei fugir das digressões de alguns conceitos escolhidos criteriosamente fazendo-os estranharem-se a si próprios nos enunciados que se encontram. Tarefa fatalmente incompleta, sem dúvida, visto que o estranhamento de conceitos facilmente acionados no discurso podem nos remeter a um volume altamente fatigante de explicações. Portanto, num dado momento da redação desta dissertação, a opção por apenas alguns destes conceitos se mostrou absolutamente necessária para não tornar este texto ilegível.

O que aqui será estranhado por meio de uma análise pormenorizada dos discursos, tanto dos sujeitos quanto das instituições e de seus saberes subsidiários, visa recompor os significados embutidos nesta maneira peculiar de “fabricação” do sujeito que entrelaça o estudante universitário com seu *sofrimento psicológico*. Mas isso será feito, é bom e honesto que se diga, por um estudante universitário que também passou pela experiência de *sofrimento psicológico*.

CAPÍTULO I

NAS FRONTEIRAS DE UM DISCURSO:

Os estudantes universitários e os enunciados do *sofrimento psicológico*.

Somente os propósitos específicos do conhecimento decidem se a realidade manifestada ou vivida deve ser investigada em um sujeito individual ou coletivo. Ambas são igualmente “pontos de vista” que não se relacionam entre si como realidade e abstração, mas sim como modos de nossa observação, ambos distantes da “realidade” – da realidade que, como tal, não pode de qualquer maneira ser da ciência, e que somente por intermédio de tais categorias assume a forma de conhecimento.

(SIMMEL, 2006:15).

Este capítulo abordará os discursos elaborados pelos estudantes universitários a respeito de suas vivências dentro deste universo atentando para a forma pela qual a “vida universitária” e as expectativas por ela geradas contribuem para uma reflexão profunda sobre os caminhos a se tomarem diante de uma situação de sofrimento.

Da minha vivência terapêutica e da proximidade com casos semelhantes na minha rede de relações surgiram algumas inquietações que resultaram num primeiro projeto de investigação. Por meio da realização de entrevistas abertas com pessoas próximas às minhas relações de contato, comecei então a verificar se de fato a minha experiência poderia ser estendida para um conjunto mais amplo de pessoas vinculadas ao mesmo universo sociológico. Qual não foi minha surpresa ao descobrir, conversando informalmente com profissionais das redes de assistência oferecidas a esses estudantes, que as terapeutas consideravam o *sofrimento psicológico* recorrentes nesse meio como “praticamente uma epidemia”. Isso instigou uma aguçada curiosidade sobre o assunto a qual me levou a questionar outros terapeutas, que não os vinculados à universidade, sobre o *sofrimento psicológico* entre estes estudantes. Contudo, os profissionais terapeutas com os quais entrei em contato¹⁶ não sabiam elencar exatamente os porquês da procura por psicoterapia neste grupo de jovens. Um conjunto de causas completamente heterogêneas para justificar este sensível aumento de demanda, articuladas das formas mais extraordinárias possíveis, levou-me a indagar se a “epidemia” estava relacionada, ou a um grande desajustamento coletivo sem precedentes na história dos estudantes com relação ao seu modo de vida, ou se era devido a uma grande inaptidão do adjetivo “psicológico” para circunscrever os “problemas” encarados como constituintes desse sofrimento no contexto da “vida universitária”.

Fato notório é que, quando questionados a respeito da “superação” ou “cura” definitiva de seus sofrimentos, estes estudantes costumavam ressaltar que tal experiência os impingia a um constante e vigilante processo de reflexão acompanhados de modificação íntima, sem vislumbrar um fim, um encerramento definitivo do processo. Isto é, as condições de transitoriedade da formação universitária eram transpostas a um processo permanente de construção do seu “eu” através do qual a condição de *sofrimento psicológico* experimentada atuava como um dos principais desencadeadores de tal formação íntima.

Notei que a conquista de um estado de “cura”, “superação” ou “solução” dos “problemas psicológicos” era usualmente compreendida como momentânea. Estes estudantes

¹⁶ A sondagem deste campo não se deu apenas através dos profissionais responsáveis pelo atendimento psicoterapêutico na UFSCar. Ela incluiu diversos encontros formais e informais com psicoterapeutas das cidades de Piracicaba e Campinas que, normalmente, atendiam em consultórios privados.

costumavam indicar, via de regra, uma relativa insegurança com relação ao estado de “estabilidade” e “felicidade” experimentados no presente, como demonstram os depoimentos abaixo.

Curada eu não estou, mas hoje eu sinto menos medo daquelas coisas voltarem... Hoje eu me sinto mais capaz de lidar com a crise se ela voltar.

Tatiana, 22 anos, estudante de Pedagogia, entrevista gravada em Setembro de 2005¹⁷.

Curar eu acho que não curou não. Eu acho que tenho que ficar esperta porque ta latente, né. Mas basta você saber lidar com isso. Ce tem que saber seu ponto máximo.

Fabiana, 24 anos, estudantes do penúltimo ano de Ciências Sociais. Entrevista gravada em outubro de 2005.

Dentre os estudantes entrevistados parecia haver inicialmente, certo apego à ideia de uma trajetória biográfica constituída em torno daquilo que era encarado como “problemas” e que resultaram no *sofrimento psicológico*. Diversos tipos de situações das quais precipitavam os sentimentos de “angústia” e “ansiedade”, emergiam dos discursos sobre o sofrimento como verdadeiros índices de que “havia, por trás dessas situações, um problema psicológico a ser tratado”¹⁸.

Por fim, gostaria de demonstrar que estes “problemas” estão indissociavelmente ligados às expectativas de vida que estes estudantes constroem para si, donde a “vida universitária” goza de um espaço privilegiado, e como o sofrimento resulta da ineficácia de sua atuação como sujeito na consecução de seus objetivos pessoais, sejam eles profissionais, acadêmicos, afetivos ou sociais. Portanto, adentremos, enfim, aos discursos dos próprios estudantes.

1.) *Projetos de vida na universidade: por que os estudantes sofrem?*

Neste primeiro item farei o exercício de pontuar algumas ideias que emergem da fala dos estudantes a respeito do *sofrimento psicológico* e de que forma elas puderam me

¹⁷ Tatiana passara por “surto psicótico” durante o quarto semestre da graduação.

¹⁸ Assertiva de um amigo psicólogo quando conversávamos informalmente sobre minha pesquisa. Não custa lembrar que, para os meus interlocutores terapeutas, os sentimentos de “angústia” e “ansiedade” são vividos como potencialmente negativos, ou seja, como articuladores físico-morais (cf. DUARTE, 1986) de um “problema de saúde”. Embora as sensações desagradáveis possam ser sentidas **no e a partir do corpo**, é necessário ressaltar aqui que estes sentimentos se vinculam ao campo das emoções e, portanto, sua origem está no pólo que se convencionou adotar como “mental”, “espiritual” ou “transcendental” (cf. DUARTE, 1994, 1998).

orientar diante de certos aspectos significativos sobre o fenômeno. Esses aspectos são muitos, evidentemente. No entanto, destacarei aqueles que me possibilitaram abandonar um determinado direcionamento analítico (previsto pelo meu projeto de mestrado) em favor de outra perspectiva. A intenção é, portanto, marcar algumas das ênfases dadas pelos próprios universitários em seus enunciados sobre o tema e que serão retomadas tanto pelas táticas terapêuticas do GTJU como pelos discursos “técnico-científicos” sobre “saúde mental” e juventude.

A seguir, explorarei as entrevistas que realizei ao final de minha graduação.

Eu: Como que irrompeu sua depressão aqui na universidade?

Claudia: Acho que minha crise foi existencial. Que que eu to fazendo nesse curso, não combina comigo, quero fazer outra coisa... achei que passar na faculdade ia ser o auge da minha vida e quando eu entrei eu vi que o curso não era nada do que eu queria.

Eu: E você acha que isso desencadeou uma crise?

Claudia: Eu acho que você acumula coisas né. E uma hora você explode e chega a conclusão que ce não sabe porque ta acontecendo aquilo.

Claudia, 26 anos, estudante de Matemática. Entrevista realizada em Outubro de 2005.

Eu: Mas como que estava o contexto emocional quando o primeiro surto eclodiu?

Tatiana: Ah tava tudo muito ruim né, com a saída da casa dos pais, fim de relacionamento, com esse negócio de ser mulher, de ter que ter uma vida de adulto, com essas e essas responsabilidades e eu sou muito o contrário dessas coisas, sabe? Aí chegou uma hora que explodiu e eu não tive controle. (...)

Eu: E a situação financeira sua? Como estava? Ela foi um fator um importante na sua crise?

*Tatiana: Ah, assim... creio que a situação financeira sempre esteve do mesmo jeito, assim, essa cobrança... meus pais, meu pai é aposentado só que trabalha de cobrador de ônibus. Minha mãe ... (inaudível). Mas isso nunca foi jogado na minha cara sabe, que eu to aqui e to dando tudo pra você então você tem que dar um retorno. **Isso é uma cobrança minha...** só que eu sei que eles querem ter uma realização comigo e com minha irmã e tal. Mas só o fato da gente ter passado, da gente ta estudando numa universidade pública, pra eles já é uma satisfação: vou ser, sei lá, uma pessoa de sucesso, **ter auto-realização, enfim. É lógico que você tem que ser feliz, ter um bom trabalho, tem que ter dinheiro, ter família, casar, filhos...** é claro que eu*

*penso nisso também, por mais que eu tenha um monte de outras preocupações hoje, essas coisas ficam. **Eles não cobram isso de mim, mas eu internalizo... por mais que você vá conhecendo outras coisas, que existem outros estilos de vida...** só que eu tenho que buscar uma independência financeira, estabilidade. **Eu tenho isso como uma obrigação minha pra comigo mesmo, sabe?** E tem mais: eu acho que eu e minha irmã temos que dar alguma forma de sustento para os meus pais, porque daqui a pouco eles vão estar cansados, velhos e a vida não é só trabalho. Não quero que a vida deles seja só trabalho por minha causa, sabe? E parece que cada vez mais eu fico longe de conseguir...*

Eu: O que essa experiência de crise, e o próprio tratamento, como isso te afetou?

*Tatiana: Eu olho para o episódio da minha crise, durante aquela semana que eu não consegui dormir e parece que foi tudo um dia só imenso e de repente assim apaguei e acordei depois de uns três dias dormindo e acordando pra comer uma vez só no dia e pra ir no banheiro, acordei e parece que, não sei como voltei, **eu olho assim pra mim e vejo: era um outra coisa, uma outra pessoa, era uma outra...** sei lá que era **aquela sensação que eu não consigo explicar.***

Tatiana, estudante de Pedagogia, 22 anos. Entrevista gravada em Setembro de 2005¹⁹.

Eu: Quais motivos você acha que contribuíram pra você entrar em depressão?

*Túlio: Bom, motivos para a depressão: estar num ambiente que você sentia que não era seu ambiente, você se sente um corpo estranho a todo momento ali, me sentia, assim sabe, **“não pertença a isto aqui e estou fazendo uma coisa forçada”**, sabe uma coisa de você ta num lugar, estudar num lugar, saber que você fez a escolha errada, que é um ambiente que você não gosta, que você ta apegado a outras coisas e pessoas e ainda, assim, continua forçando, forçando, forçando a barra?*

Eu: Como foi passar pela depressão?

*Túlio: Olha digamos assim: **no momento você acha que não tem saúde, que seu problema é maior que todo mundo**, ce vai ficar naquela pra sempre, ce não agüenta mais, ce não sabe o que fazer, **mas é um momento esclarecedor**, a hora que você começa a sair, aí vem aqueles “aaahh..., se eu soubesse”, “ah, então é isso, né”. Você sente isso de fato, né... difícil dizer... Quando começou a desencadear isso em mim, eu não via perspectiva nenhuma pra mim, **eu tinha uma auto-imagem completamente...** assim, né, de mim... **auto-estima não existia praticamente, nem vaidade, auto-confiança...** na vida a gente sempre tem uma insegurança normal em relação ao futuro, mas tava assim, meu futuro era virar mendigo?, que eu*

¹⁹ Tatiana, como havia comentado anteriormente, era moradora do alojamento da UFSCar e teve um episódio de “surto psicótico” no 4º semestre da graduação. Passou por tratamentos psiquiátricos, inclusive com algumas mudanças de diagnóstico e medicação. Ela havia retornado aos estudos há cerca de um ano quando realizei essa entrevista em 2005.

não ia virar nada, sabe esse tipo de coisa? Eu sempre ali, meu: “o que estou fazendo aqui?”, “que faço nesta universidade, neste curso?”, sabe...

Eu: E você fez terapia por quanto tempo? Ou continua fazendo?

Túlio: Fiz terapia em 2001, 2002, 2003, quando fui pra São Paulo eu não fiz, aí fiz em 2004 e to dando continuidade,

Eu: Por que você não deu continuidade em São Paulo?

Túlio: Ah, lá eu tava animado, tava bem, correndo atrás do meu projeto.

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005²⁰.

Das entrevistas que realizei²¹, os próprios estudantes consideravam a conquista de um diploma universitário a confirmação de que se foi preparado para o “papel” ou “função” que se exercerá na sociedade. Minhas entrevistas tinham a intenção de questioná-los a respeito do *sofrimento psicológico* que se vivenciara, ou se estava vivenciando, e se haviam e quais eram as conexões daquela modalidade de sofrimento com a “vida universitária”.

Levando em consideração esta tendência, achei necessário atentar às formulações a respeito desta ideia central para os estudantes: o *projeto de vida*. Gilberto Velho (1987) já apontara a importância desta categoria nativa no que concerne a construção de um “sentido da vida”, principalmente para os segmentos médios urbanos. Contudo, é importante destacar que, embora não tenha feito um levantamento socioeconômico dos estudantes que entrevistei, a narrativa de algumas trajetórias não se limitava a essa classe de indivíduos. Uma das hipóteses que levanto para a disseminação da ideia de *projeto de vida* entre estudantes com trajetórias tão díspares quanto aquelas que me foram apresentadas é que a universidade se constitui num processo de consolidação de expectativas de ascensão e prestígio – ou mesmo de legitimação de certo *status* de origem. No mestrado, meu projeto inicial de pesquisa estava orientado para a compreensão deste problema. Invariavelmente ele

²⁰ Túlio havia trancado o curso no ano de 2002 em decorrência de uma “intensa depressão” que já se seguia há alguns anos e, por falta de renovação de matrícula, estava num processo de tentar o reingresso no curso, “apenas pra ter um diploma”. O sentimento de desconforto na universidade e os fracassos na tentativa de reingresso no curso de Ciências Sociais eram indícios de que ele tinha que “correr atrás daquilo que ele realmente gostava”. Havia retomado os estudos de teatro, feito um curso de radialista em São Paulo e estava trabalhando na área.

²¹ Ao todo foram nove: oito foram gravadas enquanto conversávamos livremente sobre o tema. À medida que ia tomando contato com as formulações nativas busquei orientar melhor minhas perguntas e definir quais eram realmente imprescindíveis. Destas entrevistas elaborei uma espécie de questionário aberto para tentar abordar o *sofrimento psicológico* através de comunidades do orkut (www.orkut.com) que se preocupavam com tema. No entanto, de uns dez contatos iniciais, recebi apenas seis respostas. O conteúdo destas últimas indicava as mesmas tendências observadas nas primeiras entrevistas, entretanto, com formulações substancialmente menos ricas.

emergira em todas as entrevistas e de acordo com o que se observou nestes depoimentos, a vivência psicoterapêutica ajudara estes estudantes a circunscrevê-lo: como se daria a reformulação dos atributos da “personalidade” em função de suas expectativas de “realização pessoal”, ou mesmo, o que era bastante comum, como se readequaria uma ideia de “*projeto de vida*”? Esta última noção, expressa literalmente pelos estudantes, comportava expectativas de diversas ordens que se projetavam na universidade – e na “vida universitária” – e, ainda mais, para além dela. Em relação a esta questão em especial, Gilberto Velho aponta que:

Nesse ponto coloca-se a questão de saber até que ponto *projetos* [de vida] *individuais* são reconhecidos como legítimos e “naturais”. Sob uma perspectiva de camada média intelectualizada [ou, no caso desta etnografia, de uma camada de pessoas solidárias a certa “intelectualização”] **nada mais “natural” do que a idéia de que cada indivíduo tem um conjunto de potencialidades peculiar que constitui sua marca própria** e que a sua história (biografia) é a atualização mais ou menos bem-sucedida daquelas. (VELHO, 1987:22. Grifos do autor).

Diante da intenção de verem seus objetivos de vida concretizados a iminência do ingresso na vida adulta, as cobranças “internas”, a responsabilização pessoal de circunstâncias extra-individuais (principalmente familiares), a busca de felicidade e de realização à luz de certas expectativas afetivas e profissionais, dentre outras situações contextuais e imprevisíveis obrigava estes estudantes a se reorientarem de forma a rever o planejamento do que se quer e o que se pode ter do futuro. Todos estes fatores apareciam com uma frequência endêmica nos discursos sobre a experiência de *sofrimento psicológico* entre os universitários. Tais elementos encarados momentaneamente como “problemas”, passavam a se tornar “sintomas” à medida que eles se prolongavam sem encontrar alguma solução eficaz. A consequência mais comum na vida destes estudantes era a paralisação em muitos dos aspectos. Essa paralisação, que no meu caso, no caso de Alexandre, Marcos e de outros tantos estudantes que evidenciaremos ao longo desta dissertação desencadeia frequentemente uma ruptura para com as atividades sociais cuja forma encontrada para simbolizar esta necessidade de afastamento e introspecção era o trancamento, interrupção ou mesmo mudança de curso de graduação que se estava cursando.

No entanto, a “suspensão” de si para com as atividades que se realizava e a reflexão trazida pelo *sofrimento psicológico* predisponha estes estudantes a uma resignificação do seu passado e do seu presente. Isto é, um novo olhar sobre o passado, tendo em conta as circunstâncias presentes, partindo do *sofrimento psicológico* e com a ajuda da psicoterapia, dispunha estes indivíduos a lançarem mão de uma atitude interpretativa a

respeito de suas trajetórias, reconstituindo discursivamente aquilo que eles achavam ser suas principais características pessoais.

Túlio: Antes da terapia eu tava estudando, não sabia porque, não sabia onde que eu ia, sempre que tentava pensar em alguma coisa eu ficava fantasiando o que ia ser, sabe? Sabe aquela coisa de você colocar sua meta como uma coisa inatingível, meu? Não pensava que as coisas teriam degraus pra chegar lá. Eu queria sair daonde eu tava e chegar lá. E todos os meus problemas iriam se resolver. Hoje já não. Tenho noção do que eu quero, pra onde que quero ir, pra onde eu to olhando, quais são minhas responsabilidades, principalmente profissionais nessa área, o que eu anseio fazer por ela e até coisas novas que eu posso fazer em cima disso. Eu já tenho claro, muito bem aceito, que vai ser uma coisa gradativa, sabe, questão de reconhecimento, de realização, de ganho profissional, de ganho pessoal...

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

De fato, a maneira como os abordava, isto é, entrevistando-os de preferência em suas respectivas casas e com o gravador ligado, na maioria das vezes influía nesta atitude interpretativa. Iara Maria de Almeida Souza (1998) ressalta a recorrência dessa maneira de discursar quando se trata de acusar todo um processo biográfico, multicausal, no intuito de reconstituir uma trajetória que culmina ou no sofrimento ou na “doença”:

No ato de reconstituir narrativamente uma trajetória em que não apenas um caso de doença, mas a própria biografia do indivíduo é refeita, procura-se encobrir inconsistências e preencher as lacunas presentes na história. Através do relato, um comportamento, recordações e eventos são retrospectivamente reconhecidos como recorrentes e representativos de uma tendência; são tratados como ‘documento de’ ou como ‘apontando para’ um suposto padrão subjacente à trajetória do indivíduo. E depois de revelado ou, para dizer melhor, construído o padrão, este pode ser confirmado por eventos posteriores. (SOUZA, 1998:165).

Diante desta tendência faz-se necessário destacar algumas das variáveis mais significativas que se configuravam como “problemas” (responsáveis pelo estímulo à procura de uma ajuda psicoterapêutica) e que, como tais, eram percebidos como obstáculos à expectativa de “realização pessoal”²². Ficava claro, à medida que as entrevistas prosseguiam, que a busca de novos parâmetros subjetivos estava na ordem do dia. Parâmetros estes que deveriam servir a uma dupla função: tanto à busca de sentido para uma experiência de

²² “Quando há ação com algum objetivo predeterminado ter-se-á o projeto”. (VELHO, Op. Cit.:26. Grifos do autor).

sofrimento, quanto às ações e mudanças necessárias para que esta condição (de sofrimento) não voltasse a ser novamente um impedimento à realização de seus anseios pessoais²³. Era necessário, portanto, uma “mudança de atitude”.

Eu: E depois, né, de toda essa conjuntura desfavorável que você falou aí, das perdas e tal, qual foi o momento que você percebeu que tava precisando de uma ajuda terapêutica?

Carla: Depois desse último fato aí, né [final conturbado de um relacionamento], eu fiquei mal, mal mesmo, fisicamente, sabe? Eu quase tive um ataque cardíaco, né. Minha ansiedade foi bater na lua e meu coração disparado o dia inteiro. Aí minha mãe me levou direto pro médico, aí eu fiz um eletrocardio e ele me disse: “Minha filha, você é muito nova pra... ta numa situação dessas, vamos entrar com medicamento já”. Aí ele me disse que eu precisava procurar ajuda urgente, já me passou direto prum psiquiatra que me passou medicação já, um ansiolítico e um anti-depressivo, e ali mesmo já começou a terapia, pra por pra fora e sair do buraco né. Porque além do... de quimicamente, fisicamente, eu ta desregulada, eu, nossa, psicologicamente um turbilhão, né... aí eu comecei com psiquiatra e depois passei prum psicólogo. Fiz dois meses só. Não gostei muito, mas foi importante...

Eu: Por que você acha? Você acha que conseguiu aprender alguma coisa com a terapia nesse tempo?

Carla: Aprendi... Aprendi a ser mais organizada... Aprendi a enxergar certas coisas em mim que eu ainda não tinha noção... Eu aprendi, por exemplo, que eu sou muito perfeccionista, uma pessoa muito...

Eu: Idealista?

Carla: Idealista... é... e eu sou muito exigente comigo mesmo, sabe? E eu comecei a ver que, meu, ninguém ta nem aí! Quem ta se importando, quem ta se culpando sou eu! Se eu to triste, decepcionada, magoada, se a minha moral ta baixa nesse momento que eu to vendo que todas as coisas não são como eu imaginava, né, minimamente que fosse, isso tudo ta doendo em quem? É minha dignidade, minha alma que ta doendo, entendeu?

Carla, 23 anos, estudante do curso de Imagem e Som. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

Este depoimento é significativo. Carla conjuga, de forma emblemática, elementos dispersos heterogeneamente em diversos outros depoimentos. A abundância de elementos dolorosos e da ampla gama de relações que eles produzem tenderiam mais a confundir do que a esclarecer num primeiro momento. Por isso, ao invés de atentar para a

²³ Sobre esta questão discorrerei com mais profundidade nos capítulos III e IV.

heterogeneidade de sua composição, passo a analisar aquilo que é mais essencial e primário, visto que aparece com frequência quase unânime nos enunciados deste discurso.

Para Carla, as perdas do namorado, do pai, das expectativas do curso de Artes Cênicas que se tinha ao iniciá-lo, a mudança para São Carlos e para outro curso de graduação (Imagem e Som), isto é, a perda de diversas referências para as suas expectativas pessoais, trouxe a ela sentimentos de aviltamento “moral”. A “dignidade” que dói demonstra que uma série de valores que eram vistos como positivos por ela não serviriam de parâmetros para as suas ações e sentimentos no futuro. Pelo menos, não mais naquele momento. Era necessário, pois, reconstruir seus planos a partir das novas configurações sociais e afetivas que se apresentavam em seu mundo.

Nas diversas narrativas sobre o sofrimento vivido por estes estudantes, embora as histórias e contextos sejam absolutamente diversos, a busca pela reconstituição de seus parâmetros morais acontece sob a forma de “revelação”. Isto é, o sujeito passa a enxergar que determinada orientação moral é irrealizável diante das contingências. Uma das consequências mais recorrentes desse tipo de “revelação” aparece sob a forma da culpabilização individual: o sujeito se sente incapaz de conduzir certo conjunto de valores diante de seu presente. É deste primeiro ponto que partirei.

Necessário dizer que a principal evidência de que “algo estava errado” consigo era a “sensação de incapacidade” ou “frustração” na consecução das suas expectativas. As questões relacionadas ao desempenho interpessoal se tornavam uma maneira de aferir a capacidade destes indivíduos transitarem entre os diversos “mundos”²⁴ constituintes da “vida universitária”: seja no movimento estudantil, nos esportes, nas festas, nos relacionamentos afetivos e sexuais, no próprio universo acadêmico de pesquisa e, ainda, nas possibilidades de inserção profissional no mercado de trabalho. Há de se ressaltar que, para cada um destes “mundos”, se requisitavam “habilidades” específicas de socialização.

Alexandre: Eu já melhorei bastante minha relação com a vida universitária, porque passei entender melhor que se valoriza por aí. Mas ainda acho difícil me adaptar. Sou muito tímido, principalmente pra falar com mulheres, e ainda não tenho uma imagem assim, vamos dizer, agradável, não sou habilidoso com esportes, educação física pra mim sempre foi um martírio, se bem que hoje tenho um bom preparo físico porque ando muito de bicicleta, nado na piscina da federal [UFSCar] e isso melhorou minha saúde em geral assim, mentalmente inclusive. Embora eu more aqui dentro [alojamento de estudantes] e viva esse mundinho o dia inteiro, é difícil me relacionar com as pessoas aqui durante o dia, as aulas,

²⁴ Expressão nativa para se referir aos diversos sistemas de valores que estão em constante contato e/ou confronto no universo simbólico pelo qual a vida destes estudantes transita.

as pessoas tão preocupadas com outras coisas. Aí tem as festas. Mas eu não gosto das festas, não gosto muito de beber e também não posso porque tomo medicação pra ansiedade e falar pra mim é difícil, mesmo depois de treinar com fono... No curso, assim, não sei mais o que fazer, parece que determinados professores não gostam de mim e por mais que eu me esforce, eles fazem questão de me prejudicar. Teve uma disciplina aí que eu fui monitor, informal, ajudei um monte de gente, bixos meus, a estudar pra prova, todo mundo tirou nota de média pra alta e o professor me deu nota baixa de novo. Só pode ser implicância...

Alexandre, 26 anos, estudante de Matemática. Entrevista gravada em Agosto de 2005.

O critério de realização parecia, portanto, diretamente proporcional às ideias de “trânsito” e “inserção”. Isto significa que, por mais que o próprio indivíduo (estudante) se responsabilizasse por sua condição de sofrimento (ou seja, tal sentimento seria consequência de inaptidões íntimas, e disto decorre a primazia explicativa das “psicologias” para com as “causas” deste sofrimento), os critérios de “realização pessoal” eram mensurados segundo a capacidade deste indivíduo ser aceito coletivamente. Não obstante, eram comuns as referências à “sensação de solidão” como índice de sofrimento.

*Carla: Entrei na faculdade, num curso de cênicas que foi um curso que me abriu muito. E aí teve a morte do meu pai. Isso foi um baque violento pra mim. E depois que meu pai morreu minha família voltou pra cá [São Carlos] e eu fiquei sozinha lá no sul, fiquei morando mais um ano lá, tive uma transferência forçada, obrigada, pra cá. Aí eu tive que mudar de curso, mas aí, enfim, até aí, eu achei que **consegui superar numa boa essas coisas**. Aí eu mudei pra cá né, consegui estabelecer minhas relações aqui tudo, e daí no final do ano passado minha turma se formou. Então todos os meus grandes amigos foram embora. E daí meu namorado também foi embora. E aí eu me vi sozinha aqui. **O primeiro semestre desse ano pra mim foi muito difícil porque foi o período de eu conseguir me situar e aprender a viver sozinha.***

Carla, 23 anos, estudante de Imagem e Som. Entrevista gravada em Setembro de 2005²⁵.

Túlio: Uma das coisas de eu ter que fazer psicoterapia é a solidão, meu, sabe... Não tenho com quem conversar essas coisas... Tem coisa que eu quero conversar com alguém, falar pra alguém, mas não tenho pra quem falar... Então eu uso como tipo uma válvula de escape para falar certas coisas.

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

²⁵ Carla já passara pelos diagnósticos de “síndrome do pânico” e “depressão”.

*Isabela: Eu me mostrava para os outros forte. Mas não era o que eu estava sentindo. Então eu fui buscar apoio na Psicologia. E quem não tem psicólogo? Vai buscar apoio aonde? Então eu vejo muito assim **a depressão é a perda de relações sociais**, mas você quer essa perda e ao mesmo tempo você precisa dessa perda, só que as pessoas têm que te ajudar de alguma forma e é muito difícil você sair dela sozinho. Eu precisei de um psicólogo. **As pessoas em volta precisam mostrar carinho, essas pessoas tão sentindo falta de conversar, não de sair. Elas precisam de carinho, tipo “olha, eu to sentindo falta de você, to sentindo falta de almoçar junto”**, **alguma coisa que requer o mínimo de sociabilidade da pessoa, elas não precisam de outros fatores, sei lá, um bar, ela precisa que você vá lá conversar...***

Isabela, 24 anos, estudante de Psicologia. Entrevista gravada em Setembro 2005.

Um segundo fator que levava esses estudantes a colocar os “problemas” do *sofrimento psicológico* nos termos de uma readequação de “personalidade” e de *projeto de vida* era o processo de “descoberta” de um diagnóstico. Mesmo aqueles que passaram por processos psicoterapêuticos cuja metodologia abria mão de qualquer tipo de classificação patológica, a condição de sofrimento frequentemente evocava a categoria clínica da *depressão*²⁶ por parte desses estudantes. Quero ressaltar com isso que a *depressão* servia como o índice mais recorrente de *sofrimento psicológico*, senão como “doença”, certamente como manifestação de um estado de perturbação (sintoma)²⁷. Desta maneira, o processo de “descoberta” de um nome para aquilo que se sentia deve trazer à tona características de sua “personalidade” que eram impeditivas à sociabilidade desejada²⁸, nome este com incrível talento para alocar os “problemas” dentro de relações sintomatológicas que confirmavam o estatuto perturbador do sofrimento que se vivia.

²⁶ Passo a destacar *depressão* em itálico (e não mais com aspas fazendo referência a palavra dita pelos discursos), pois, a partir de agora, este termo poderá ser demonstrado como categoria nativa. *Depressão* é, no caso desta pesquisa, um índice de mensuração patológica do sofrimento, utilizada como categoria operativa pelos terapeutas e como símbolo capaz de congrega diversas formas de sofrimentos físico-morais vivenciados pelos estudantes universitários. Como esta etnografia se desdobra sobre um ambiente acadêmico, a questão da nomeação para a perturbação que se sente é de extrema importância para aqueles que buscam se inserir num meio mais intelectualizado, donde a ciência teria a primazia explicativa para os fenômenos; inclusive aqueles de ordem subjetiva. Portanto, *depressão* é uma categoria nativa transversal a todos os sujeitos desta pesquisa.

²⁷ Mais uma vez é Velho quem pondera: “A noção de *depressão*, **embora não seja exclusiva**, está muito vinculada a um tipo de camada média urbana relativamente intelectualizada e bastante ‘psicologizada’. Isso não significa, obviamente, que indivíduos de outras categorias sociais não fiquem deprimidos, mas sim que existem trajetórias e experiências sociais mais ou menos delimitadas socialmente que produzem universos que utilizam com mais frequência ou elaboram certas expressões, frases, cujo sentido está fortemente vinculado e marcado por essas fronteiras sociológicas”. (VELHO, Op. Cit.:21. Itálico do autor. Negritos meus).

²⁸ Dentre as principais estão: timidez excessiva, problemas de dicção, “excessos” de todos os tipos de sentimentos como emotividade, compaixão, raiva, ansiedade e principalmente medo. Medo de falar o que sente para o namorado, medo de conversar com o orientador, medo de assumir uma sexualidade latente, medo de abandonar a graduação ou pós-graduação, medo de não conseguir se sustentar financeiramente, etc.

*Tatiana: E tem essa palavra aí né. **Hiperativo**. Eu tenho muita dificuldade de me concentrar, de parar numa posição pra enfrentar a leitura, por exemplo. Esse negócio de que tem que parar, esquecer de tudo, não é fácil pra mim, entendeu? Isso gera muita ansiedade pra mim... só que eu to treinando isso agora. **Esse negócio de descobrir que eu tinha um problema me fez ficar vigiando**, o que é que eu to pensando, falando, **virou assim uma neurose. Isso me deixava com um medo terrível**, desconfiava de tudo.*

Tatiana, 22 anos, estudante de Pedagogia. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

*Túlio: Eu acho que assim meu... apesar de coisas que eu tenho que trabalhar ainda, **uma questão da ansiedade**, aquela coisa da imediatez né, mesmo sabendo que a coisa é gradativa logicamente você fica ansioso pra que essas coisas um dia cheguem a acontecer. Essa ansiedade fica refletindo em certos aspectos né. **Se você não aprender a transformar ela numa coisa positiva, tipo, usar ela pra não te deixar acomodado é uma coisa. Outra coisa é ela se transformar em angústia. Pra mim isso é sintomático**, quando por exemplo, eu começo a comer muito...*

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

O processo de sofrimento reconstituía através de sua narrativa uma série de fracassos sucessivos como as “causas” da condição atual. A *depressão* surgia então como um verdadeiro ente²⁹ latente de todo processo. Fracassos eram vistos como consequência de inaptidões pessoais. Estas, por sua vez, estavam associadas à inadequação de certos valores e padrões de conduta³⁰ que buscavam inserir o jovem estudante em formação no universo de suas expectativas. Isso evocava um processo de construção biográfica, no qual problemas pessoais (familiares, afetivos e até biológicos), eram chamados a ratificar uma condição inapelável de seu estado.

²⁹ De maneira concisa, justificável apenas para os fins pretendidos no momento, “ente” se define por “o que é, em todos os significados existenciais do ser” (ABBAGNANO, 1998:343). Escolhi a palavra “ente”, e não “entidade”, com o intuito de preservar as potencialidades virtuais da “psicopatologia”, ou seja, aquela possibilidade criativa que permitem às relações entre os sintomas transitarem entre suas categorias nosológicas. Evito, assim, reificá-las em tal ou qual “doença”. A atualização desta última dependerá de inúmeros fatores; dentre eles o principal seria o tipo de psicoterapia que se adota. Por isso, minha referência se limita às suas possibilidades, já que nesta fase da pesquisa ainda não havia optado pela análise do GTJU e das perspectivas filiadas a Saúde Pública.

³⁰ Referentes à socialização primeira (família, amizades escolares, vizinhança, grupo religioso, esportivo, etc.) num período anterior ao “novo mundo” que se apresentava: a universidade. Como exemplo destes valores e condutas **não compactuados** pelos membros desse “novo mundo”, mas muito presentes no universo pré-universitário, citamos o reforço à discriminação sexual, racial, econômica, ou todas elas associadas, e à complicada relação de proximidade e distância em relação ao uso de substâncias ilícitas como maconha, cocaína, ácido lisérgico, ecstasy, etc. Não que a universidade não reproduza, na atividade cotidiana de seus membros, todos esses preconceitos. De todo modo, a tolerância é apreçoada ao menos no nível dos discursos.

*Carla: Só que junto com isso [mudança de cidade, transferência de curso, morte do pai, abandono dos amigos] **tinha várias encanações na minha cabeça** sobre relacionamento e tal, e daí eu tive uma bomba fortíssima que caiu na minha cabeça né, **numa coisa que eu idealizava, que eu pensava que tava certo, que era o melhor pra mim e daí caiu essa bomba na minha cabeça e daí eu não tive as manha de segurar a onda, ta ligado?** Eu entrei num buraco assim dum dia pro outro. Porque assim, eu tava sozinha, mas eu tava levando numa boa, sabe? Eu tava conseguindo me manter, né. E daí quando eu tive essa decepção foi... de um dia pro outro assim... num escorregador direto pro buraco.*

Carla, 23 anos, estudante de Imagem e Som. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

*Claudia: **Eu acho que minha depressão é hereditária, congênita... tem haver com problemas hormonais eu acho... porque eu sempre fui assim, depressiva.** Tem hora que ela vai e tem hora que ela volta.*

Claudia, 26 anos, estudante de Matemática. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

Um acompanhamento mais prolongado da pesquisa com os mesmos estudantes desde a época da entrevista revelou que embora eles vivenciassem o *sofrimento psicológico* como constituinte de sua noção de Pessoa, ao evocar uma relação íntima com alguma “psicopatologia” (com especial predominância da *depressão*) o que estava em jogo era a busca de um sentido **retrospectivo** para a experiência atual e/ou recente. O “ser depressivo” articulava elementos de uma vida pretérita, mas não pautaria, necessariamente, uma perlaboração da noção de Pessoa.

Pesquisador: De que maneira então a psicoterapia alterou sua visão sobre futuro, expectativas? Você teve de reformular algumas coisas por causa da depressão?

*Isabela: **Eu tive sempre muita dúvida do que eu queria de metas, voltei da depressão só com uma certeza, de que eu tinha crescido,** de que agora eu precisava escolher, tenho caminhos, tenho escolhas, tenho responsabilidades, preciso trabalhar, voltei mais com essa ideia, mas não de futuro lá na frente. Eu sei que eu tive vontade de estudar bastante, de fazer meu caminho, eu não tinha essa consciência tão na ação, tipo assim, de fazer mesmo, eu pensava “bom lá pra frente eu vou fazer isso”, mas eu percebi que, agora eu vou ter de cuidar dos meus pais... Aí eu tive de acordar.*

Pesquisador: Bom, então, com esse despertar, de uma certa maneira, você se sente curada?

Isabela: Eu acho que não to curada, mas vai ser difícil eu entrar de novo em depressão porque eu já tenho meios de lidar com os problemas, mas não que eu não possa me surpreender com alguma coisa que as vezes eu queira muito, muito mesmo, e não consiga e daí tenha esse sentimento, ou perder alguém, ou algum sentimento muito forte, acho que aí pode desencadear o processo... mas você não pensa isso no dia a dia, você só pensa quando fala isso depois pra alguém, pro psicólogo, pra você, por exemplo, agora nessa entrevista...

Isabela, 24 anos, estudante de Psicologia. Entrevista gravada em Setembro 2005.

Têm-se aqui uma ênfase. Diante da vivência psicoterapêutica, estes estudantes passaram a ponderar o *sofrimento psicológico* como uma importante oportunidade de **aprendizado** sobre as maneiras de se situar no(s) “mundo(s)”. Respeitando este destaque, resolvi então operar uma rotação de perspectiva: ao invés de atentar às representações (cf. DURKHEIM, 1970) destas experiências em relação a um sentido pretérito, a questão passa a ser, nesta etnografia, em que medida o *sofrimento psicológico* revela uma necessidade de se construir uma relação pedagógica do sujeito para consigo e para com os “mundos” à sua volta através da “saúde mental”. Toda a análise que se segue depende deste ponto de convergência: como *sofrimento psicológico* e “vida universitária” coincidem na percepção de meus nativos como contextos de “transição”? Isto é, de que forma universidade e terapia se tornam espaços-temporais pedagógicos privilegiados, que podem e devem ser utilizadas para a aquisição de novas “habilidades”? E, posso adiantar que não se trata desta ou daquela “habilidade” em especial. Importa sim o movimento que elas são capazes de engendrar, permitindo ao estudante um novo olhar para si e para com os “mundos” que o envolvem. De forma que a formação do sujeito integrado com suas coletividades terá de passar também pelo “saber fazer, pensar, sentir” por si e pelos outros – ou, ainda, através dos outros – segundo as “competências”³¹ que cada Campo Social³² exige, ou, não menos, segundo as vicissitudes que eles apresentam.

³¹ Embora as palavras “competência” e “habilidade” tenham aparecido poucas vezes nas falas dos estudantes, faço uma analogia com as ideias que elas evocam. Aqui se pode pensar “competência” como um conjunto de “habilidades” que se mobiliza em prol de determinado fim. As definições mais rigorosas, bem como a apropriação dessas ideias pelos saberes que se dedicam ao estudo da “saúde mental” na juventude serão alvo de uma descrição mais detalhada no capítulo IV.

³² “Campo social”, seguindo a linha bourdiana, se refere aos “mundos” possíveis que as inter-relações sociais propõem aos sujeitos que aderem a determinado conjunto de valores. Dá a ideia de uma “comunidade” que, mesmo às vezes escapando a uma existência “concreta” ou “consciente”, podem partilhar desses valores. Sugere, não obstante, um “campo de virtualidades” que tal ou qual regime de socialidade disponibiliza aos sujeitos que dele almejam participar ou, no como se diz no idioma nativo, que neles pretendem se inserir.

*Túlio: Achei que a depressão foi necessária. Lógico que se você pudesse escolher: você quer passar por ela ou não? Lembrando momentos, assim, lógico que eu falaria não. Mas eu acho que foi porque depois, todo aquele momento sombrio, acho que não estaria como estou hoje, sabe? Pelo menos, sei lá, tem um plano... que seja mesmo de desfrutar melhor as oportunidades, pequenas ou grandes, que aparece, meu. **Acho que a depressão é um aprendizado.***

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

*Tatiana: **A terapia ajudou nisso: a evitar as coisas que me prejudicam, a querer e conseguir discernir sabe?** O que é que me faz mal. Se isso, assim sabe, aqui ta chegando o seu limite.*

Tatiana, 22 anos, estudante de Pedagogia. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

*Carla: Primeiro eu mudei o jeito de perceber as coisas, hoje em dia eu sou muito mais sensível. Muito mais compreensiva com os problemas dos outros sabe, se eu vejo uma pessoa mal, eu consigo compreender que aquela pessoa ta mal e que ela não ta mal à toa, entendeu? Cada um tem os seus problemas, cada um sabe onde o buraco aperta, né. **Aprendi** a ser mais organizada, **aprendi** a não me culpar tanto e, de certa forma, não depositar todas as minhas esperanças, não em alguém, mas nas outras pessoas em geral. Antes eu até depositava um pouco de mim na pessoa. E hoje eu **aprendi** a não fazer mais isso. E até é um ponto de vista meio desgostoso, me sinto até um pouco arrependida de ter pensado, porque hoje eu sou muito desacreditada no ser humano do que eu era antes. Apesar de mais sensível hoje, de estar mais aberta aos problemas dos outros, eu me sinto um pouco mais desgostosa com o ser humano.*

Carla, 23 anos, estudante de Imagem e Som. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

Quero, enfim, ressaltar que o *sofrimento psicológico* para estes estudantes universitários se constitui numa importante etapa de construção de “ser sujeito”, isto é, de deter possibilidades de agir sobre si e sobre as pessoas e os “mundos” que o circundam. A presença viva do sofrimento é, portanto, revelada pela incapacidade ou indisposição sobre alguma forma de agir, notadamente aquelas que remetem a contextos interpessoais. A falta de vontade de se relacionar com as pessoas aparecem frequentemente elaboradas como “sintomas” no discurso dos estudantes.

*Carla: Muitas amigas eu até dei uma cortada meu, **eu to num processo, eu to no meu tempo.** Agora eu preciso me resolver sozinha, porque na hora que eu to na minha cama, deitada, chorando, ninguém ta nem aí, entendeu?*

Carla, 23 anos, estudante de Imagem e Som, entrevista gravada em Setembro de 2005.

Eu: De que maneira o que você vivia, em algum momento, pôde ser identificado como depressão? Quando você constatou “estou deprimida”?

*Isabela: Olha... acho que foram os sintomas mesmo, **sintomas psicológicos**. Não queria sair da cama, principalmente quando voltava para a casa dos meus pais em São Paulo, comia muito, engordei muito, **me retraí com as pessoas**, passei, veja bem, justo eu que adoro uma balada, comecei a ficar mais em casa e dizia pros outros que **tava precisando de um tempo pra mim**, sabe, essas coisas... Isso tudo porque também eu tava querendo ficar mais próxima da minha família. Nessa época minha mãe descobriu que tava com câncer, meu avô também morreu por causa disso, um câncer no pescoço, meu cachorro de infância morreu... Ah, e você não acredita, fui assaltada também, no semáforo... Quebraram o vidro do meu carro voou vidro em mim e levaram minha bolsa, então, tudo isso, foi criando em mim assim, **um medo, uma sensação eminente de perda** a qualquer momento...*

Eu: Você acha que isso tudo foi um processo então...? Ou teve, ou tiveram algumas coisas que você considera que foram o estopim?

*Isabela: Alguns fatores são o estopim, né. **A pessoa tem algumas formas de reagir às perdas. Quando se perde essa capacidade elas caem na depressão. É isso, assim, a depressão é tipo a falta de ação da pessoa.** Por exemplo, isso que eu fazia né “Ah não vou sair, vou ficar em casa lendo, vendo filme, quero ficar com minha mãe” é pra parecer pros outros que eu estou sempre firme, forte. Então usava esse artifício, e nem percebia também né era meio involuntário, inconsciente, eu fico quieta pra não parecer que estou deprimida.*

Isabela, 24 anos, estudante de Psicologia. Entrevista gravada em Setembro 2005.

Embora fatos que independam da mobilização do indivíduo sejam conjugados para evidenciar situação de *sofrimento psicológico*, a ação (“involuntária” ou “inconsciente”) engendrada por essa experiência buscará associar-se às dimensões “exteriores” e “interiores” ao sujeito. Esta relação será ponderada como “problemática” quando se constatar um desequilíbrio entre essas dimensões, mais especificamente quando se tornar evidente uma relação de insuficiência “interna” para com as contingências “externas”. A “saúde mental” terá, portanto, o papel de mediar a introjeção de novos valores e de articulá-los a novas condutas, ambos consuetudinários à realização de um *projeto de vida* estipulado antes e durante a “vida universitária”.

Todavia, o que considero importante reter, de acordo com as expectativas alimentadas por esse “sujeito universitário”, é que, para eles, a “saúde mental” será capaz de “fortalecê-lo” diante daquilo que é tomado por um “problema”. Um dos critérios que

utilizados para atestar a conquista da “saúde mental” é quando o tal “problema” deixa de ser encarado como uma forma de agressão ao indivíduo. Pois, uma das maneiras desse “problema” se apresentar como “psicológico” é quando o sujeito se auto-responsabiliza pelo sofrimento que se sente através de um questionamento de cunho “moral”, num sentido bem específico. Isso é particularmente bastante evidente quando, retomando o depoimento mais acima, Carla enfatiza que:

*Quem ta se importando, quem ta se culpando sou eu! Se eu to triste, decepcionada, magoada, se a **minha moral** ta baixa nesse momento que eu to vendo que todas as coisas não são como eu imaginava, né, minimamente que fosse, isso tudo ta doendo em quem? É **minha dignidade, minha alma que ta doendo**, entendeu?*

A força de um “código moral”, às vezes, se apresenta nas formas mais veementes naqueles que a sentem como inerentes a sua maneira de existir como sujeito. Cito como exemplo, dentre os universitários, aqueles que trazem consigo normas de uma educação familiar mais arraigada em valores religiosos ou tradicionais. Para estes, ao se verem em uma situação que lhes obriga a ser mais flexível³³ o sofrimento se apega a uma trajetória de vida construída sobre valores “ultrapassados”. Ter de redimensioná-los à luz das circunstâncias “mundanas” demanda um extraordinário dispêndio de “força de vontade”. O “código moral” se apresenta então como um verdadeiro obstáculo à “realização pessoal” deste estudante.

*Túlio: Na questão mais pessoal, eu acho que em termos de família, aquela **moral católica, pra mim isso desabou total**, meu... por ver o ponto que a minha família se encontra hoje... meus pais se separaram, sabe... e pra mim, família tinha que viver bem e junto. Assim, **hoje em dia, escola, família, igreja, tudo isso que a gente tem contato, não vai te dar nada pro mundo de hoje, meu.***

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

Carla: Taí o grande dilema, ta ligado? E é uma coisa que a terapia não conseguiu fazer por mim e que eu to tentando fazer sozinha, é se eu consigo perdoar isso ou não. Eu até me esforço, eu vejo que faz parte do processo de amadurecimento, né, você conseguir aceitar muita coisa e perceber o outro e blá, blá, blá, mas tem coisa que, meu, se você não aceita, você não aceita e o negócio não vai pra frente né, delimitar seu terreno, não ultrapassar sua barreira.

³³ Dentre esse perfil de estudante, havia algumas expressões freqüentes para indicar essa “necessidade”, como, por exemplo: “preciso aprender a ser menos cabeça-dura”, “tenho que tentar ser menos intransigente”, “quero conseguir ter mais jogo de cintura”, “não posso mais ser tão rígido comigo mesmo”.

Carla, 23 anos, estudante de Imagem e Som. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

Há também aqueles que tendem a encarar a relação com outros “códigos morais”, que não os seus, de maneira mais fluida. Entre estes, a “vida universitária” parece ser um poderoso catalizador das reações que eles estabelecem com os “mundos” e com as pessoas que se encontram na universidade. Notadamente são estudantes que dizem gostar de um ritmo de vida “mais acelerado”, predominante em centros regionais mais urbanizados ou nas próprias capitais³⁴.

*Claudia: **Eu entrei na faculdade, eu mudei. Sou uma pessoa mais flexível, sou mais aberta, menos preconceituosa. Eu era muito “pessoas assim não, pessoas assim não, essas pessoas sim”, muito pré-conceito, sabe? Quando você entra na faculdade você aprende a aceitar as pessoas do jeito que elas são. Quando você entra na faculdade ce não é mais o fulano, filho de sicrano. Você é fulano que faz Matemática e acabou. Parece que as pessoas quando entram na faculdade, elas nascem de novo. Isso é encantador, mas também gera desconfianças que você vai aprendendo com a vida mesmo, na cabeçada, né... e eu acho legal isso na faculdade, sabe... você aprender a conviver com as incertezas sobre o mundo, as pessoas, o que que você vai ser amanhã, sem que isso gere dentro de você essa ansiedade que, se você deixar ela te dominar, ela te imobiliza e te põe no buraco.***

Claudia, 26 anos, estudante de Matemática. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

No entanto, essa forma “mais aberta” de se relacionar com os “mundos” que se apresentam à “vida universitária” e com os quais o estudante, ao tomar contato, compreende-os como diferentes daqueles “mundos” que ele mais se alinha pode em determinadas circunstâncias ter alguns efeitos nefastos. A amplitude e a plasticidade de certos referenciais de valores para a vida tencionam a produzir, nestes estudantes, sensações de “insegurança”, “medo”, de “retração pessoal”. Ou seja, ao mesmo tempo em que eles apontam a necessidade de conviver com essas diferenças, verifica-se também a importância de se apoiar em alguma referência de valor menos transigente.

Pesquisador: E o que você acha que mudou na sua relação com as pessoas depois da terapia?

*Marcos: Olha, francamente, não sei se mudou muito ou não... **Tenho pra mim uma coisa que é pra fora e outra que é pra dentro. Assim: não sei se você vai entender, mas é que com certeza **minha relação com as pessoas*****

³⁴ Ver sobre isso SIMMEL, 1987; VELHO, 1985, 1987; MAGNANI, 2002, 2003; RUSSO, 1993, 1994, 1999.

*mudou, assim, pra fora eu consigo me sentir mais seguro pra falar, no meu jeito de andar, de me comportar. Se vou nesse ou naquele grupinho e tal já não me sinto tão inseguro, tão peixe fora d'água, porque sei que todo mundo é diferente e que cada um faz o que pode pra se sentir bem, e eu entendo isso. Tem gente que se apega à religião, tem gente que se apega a time de futebol, outro lá no grupinho da capoeira e **tem aquele que, aparentemente, pelo menos pros outros, não se apega nem lá nem cá. Eu achava que era assim né, que podia ser assim...** Só que eu fui vendo que essa minha ideia de que tudo pode ser igual né, pelo menos na democracia, ninguém é melhor do que ninguém, **essa coisa de não saber muito o que os outros esperam que você faça ou diga, ce sempre não querendo ser desagradável com ninguém, ce fica meio cabreiro, né. Sempre que ce vai conversar com alguém, pelo menos eu, quando ia conversar com uma pessoa ou interagir com um grupinho ali que eu não conhecia, eu ficava muito ansioso...** Isso pra mim é um problema sério né, porque já tenho histórico. **Então, às vezes, o que ta pra fora não é a mesma coisa que ta ali dentro de você. Por isso eu acho importante, nessas horas, você ter uma referência, ce tem que se apegar a certas coisas mesmo, certos valores, pra você saber se impor também, pra não se sentir tão vulnerável.***

Marcos, 26 anos, estudante de Engenharia de Produção. Entrevista gravada em Fevereiro de 2006.

Estas duas maneiras de se encarar a relação com o que se entende por “moral”, não são vistas como dicotômicas ou excludentes – como bem representa o depoimento de Marcos acima. Oscilar entre um pólo de valores mais rigoroso e fechado para um mais flexível e aberto parece ser um dilema sempre presente quando a questão é se colocar como sujeito em contextos de interação interpessoal. Como bem exemplifica o depoimento de Túlio, estudante de Ciências Sociais:

*Túlio: Nós não temos mais lugar no mundo. Porque, pros nossos pais, o que a gente come não é comida, o que a gente escuta não é música, o que a gente usa não é roupa decente, aquela outra coisa de, né meu, aproveita o dia porque o futuro pode não existir, sabe, você não tem história, porque eu passei pelo regime militar, então você já nasceu na democracia, então não tem mais história pra você. **Ou seja, nós somos pessoas sem lugar meu, somos, assim, aqueles filhos do meio da história... é uma coisa muito... a nossa geração ainda não se situou, meu. Sabe por que não se situou? Porque a gente não tem referencial, ninguém nos ensinou. A gente ta aprendendo sozinho.** Nossos pais, talvez nossos avós, a evolução do mundo e da sociedade era uma coisa mais lenta, meu. Eles conseguiam ir se situando, aprendendo no mesmo andar da carruagem. Nós não. Nós a cada momento é uma coisa daqui a 10 minutos pode ser outra. Na época deles a única coisa que era assim era a inflação (Risos). A gente não sabe o que pensar amanhã mais. É incerto demais. Sabe, antes nossos pais conseguiam um emprego e se aposentavam neles, né?!*

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

Como já ressaltai anteriormente, essas tendências foram verificadas num universo de nove entrevistas realizadas entre 2005 e 2006. De caráter aberto, elas tinham intenção apenas de mapear o aparecimento de algumas categorias nativas a respeito do *sofrimento psicológico* entre os universitários. Dentre essa profusão de elementos que começo a explorar, a mais recorrente ideia estruturante do discurso era a de “eu”; observação um tanto ridícula podem pensar alguns. Explico-me: não se tratava de um mesmo “eu” em todas as circunstâncias. Existia, em primeiro lugar, um “eu” pretérito que na atualização do sofrimento se configurava no “eu” presente. Isto é, o *sofrimento psicológico* atual era resultado de um processo biográfico cujo produto era o “eu” presente. Pelo menos era esta a forma com que o percurso transcorrido se apresentava à constatação de que se vivia sob a influência de um “problema psicológico”. Por conseguinte, havia, sempre em lugar privilegiado, um “eu” futuro que revelava algumas expectativas de concluir um *projeto de vida* numa dada direção – que não aquela que havia se iniciado anteriormente, pois que o resultado havia sido doloroso.

Carla: E uma coisa que aconteceu também é que eu tinha uma autoestima até que muito boa, né. Eu sempre tive na minha cabeça assim: eu sou bonita, eu sou inteligente, eu sou legal, eu consigo lidar com isso aqui tudo e não sei o quê. Quando aconteceram essas coisas né não existe mais autoestima. Até hoje eu to tentando buscar. Eu não sei como aquela outra Carla era feliz daquele jeito, entendeu? Não sei como conseguia se sentir bem, se sentir feliz, se sentir completa. Eu tinha uma sensação de falta muito grande, né. Faltava tudo! Faltava eu! Cadê eu? Eu tinha desaparecido, né?! Quem eu era, como eu era, por que que eu era assim, por que que tudo isso tinha acontecido e aí você já começa a se fazer de vítima né. Por que que aconteceu comigo, eu sou uma idiota... aí meu, é claro, toda a autoestima vai por água abaixo, ta ligado?

Eu: Pra você saúde está diretamente vinculada à autoestima então?

Carla: Claro! Como não? Sem autoestima você cria uma imagem distorcida de você mesma, né...

Eu: E o que você fez para resgatar essa autoestima que você tinha no passado?

Carla: Eu to fazendo ainda né... ah, não sei... várias coisas. A principal eu acho foi me apegar mais ao trabalho, tentar correr atrás de construir uma carreira né, que eu to começando ainda... e eu acho que levo jeito pra coisa e conforme eu vou fazendo as coisas, meus trampos, minhas pesquisas, eu vou me sentindo mais segura de mim, porque independente dessa situação agora, que ta uma merda, mais pra frente eu sei que eu vou ter meu lugar ao sol, ta ligado? Me apegar a um futuro que ta ao meu alcance agora, mesmo não tando nas minhas melhores condições psicológicas, vamos dizer, é, pra mim, uma boa estratégia pra desviar o foco da dor que ta lá

dentro, sabe, na minha cabeça, porque, se deixar ela vir meu, ela rebenta até a alma...

Carla, 23 anos, estudante de Imagem e Som. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

O “eu” futuro, neste sentido, é onde se encontra a realização: de bem com sua “autoestima” e desempenhando satisfatoriamente seu trabalho, o futuro promete um “lugar ao sol” para Carla. Conquistá-lo possibilitará inclusive, entre outras coisas, uma nova forma de encarar o seu passado e de valorar a experiência de *sofrimento psicológico*. “Superar” esta experiência indicará a ela que efetivamente se **aprendeu** algo importante para seu amadurecimento.

Outro ponto importante do depoimento acima é as dores que se encontram “dentro da cabeça” de Carla. Se ela permitir que estas dores irrompam, o sofrimento poderá tomar conta de toda a seu ser: a fragilidade de suas “condições psicológicas” pode comprometer “até a alma”. No caso específico da “saúde mental”, a dor, que pode ser observada mais atentamente no plano físico dos sentidos (donde se verifica a presença perturbadora da “ansiedade”, ao menos no que diz respeito aos estudantes universitários), e o sofrimento, que unifica os sentimentos e as emoções que alimentam essas dores (como o “medo”, a “frustração” e, principalmente, a “angústia”)³⁵, se situam ambos numa “região moral” que compreende, dependendo das expectativas terapêuticas de estudantes e profissionais, a “alma”, a “mente”, a “cabeça” ou, na sua versão mais reducionista, o “cérebro”. Todas estas expressões apareceram na fala de terapeutas e estudantes de maneira bem distribuída. Pode-se dizer que, de acordo com esta aceção, a “saúde mental” não pode prescindir (também) de um investimento “topográfico”, cuja extensão a ser conhecida depende da relação estabelecida entre o cliente e seu terapeuta.

Cabe aqui um parêntese sobre “saúde mental”. Os Saberes Psi (cf. Figueira, 1985) não são consensuais quanto ao alcance do termo “mental” e do que seja realmente a “mente”. Muito menos quanto às reais potencialidades de intervenção e compreensão de seu funcionamento. Seja ela a estrutura do *self*, seja a atualização física do conceito filosófico de “espírito”, seja ela uma estrutura neurológica, elas convergem minimamente quanto à ideia de que a “mente” é o *locus* da articulação entre comportamentos e sentimentos, ou vice-versa, conforme as preferências metodológicas. É “lá”, portanto, que se imprime toda sorte de (in)habilidades sociais do indivíduo; o que implica que todo “problema” desta ordem se dá no

³⁵ Aprofundarei mais estas questões durante o capítulo III, especialmente no subitem 2.2. “As dores e seus processos”.

nível subjetivo e, com isso, só os Saberes Psi saberão intervir. Como bem recorda Russo a respeito do fenômeno da “psicologização” dos estratos médios das cidades de Rio de Janeiro e São Paulo:

A “psicologização”, ou **a volta para dentro de si mesmo**, pode ser interpretada como a busca “dentro de si” do que antes estava “fora” – parâmetros, regras, orientação. Essa busca requer o “auto-conhecimento”, levando o sujeito a colocar em questão sua personalidade, sua interioridade, pois *é lá* (e não “fora” nas regras dadas “externamente”) que está a chave para um comportamento saudável e ajustado. (RUSSO, 2002:43. Negritos meus. Itálicos da autora).

A questão que levanto a partir das ponderações acima é em que medida “saúde mental” e “vida universitária” podem se constituir em importantes instrumentos pedagógicos de determinada relação do sujeito para consigo. “Aprender com a experiência” é uma questão absolutamente presente nestes dois movimentos: terapia e “vida universitária”.

Decerto que, a partir deste ponto em comum, observa-se no discurso dos estudantes uma problematização absolutamente “mundana” dos fatores que os dispõem ao sofrimento. Independentemente do método psicoterapêutico que se recorre. Mas, definitivamente, não se tratam de “mundos” quaisquer. São os “mundos” com os quais o *projeto de vida* deste estudante dialoga que fornecerão os elementos disponíveis à elaboração de uma linguagem sobre o *sofrimento psicológico*. A universidade, ou melhor, a “vida universitária” pondera critérios importantíssimos na constituição desta linguagem. Este tipo de **aprendizado** imediato e presente na vida desses estudantes se torna uma fonte preciosa de matéria-prima para se pensar uma elaboração ativa dos parâmetros de “bem-estar” e de “realização pessoal”. As psicoterapêuticas parecem se apropriar dos elementos dispostos neste universo de significação e estimular o indivíduo a pensar em estratégias pedagógicas para se colocar na direção de sua “realização”, “felicidade” e, quiçá, de sua “saúde mental”. Portanto, universidade e terapia, associados num discurso sobre *sofrimento psicológico*, parecem dispor esses indivíduos diante de uma atitude positiva de enfrentamento e de aprendizado sobre as vicissitudes dos “mundos” em que se transita e que, porventura, se inserem.

Tais mudanças na forma de problematizar a etnografia se tornaram ainda mais preeminentes quando adentrei o campo de uma instituição de Saúde Pública. Esta modalidade de inserção me fez abandonar de vez as formas de representação (cf. DURKHEIM, 1970) do *sofrimento psicológico* associado às especificidades da “vida universitária” (projeto inicial de mestrado) e atentar para o movimento de construção de um tipo específico de sujeito: um

sujeito capaz de elaborar seus próprios parâmetros de “bem-estar”, de desenvolver novas estratégias para se inserir na sociedade e extrair dela as “habilidades” e “competências” necessárias à realização de seu *projeto de vida*.

Nestas circunstâncias, o adjetivo “psicológico” tem justamente a intenção de fazer com que essas qualidades sejam interiorizadas e passem a se constituir enquanto estratégia de subjetivação de uma determinada “saúde”. A “saúde mental”, pela via da intervenção psicoterapêutica, será alcançada na medida em que ela for capaz de auxiliar o sujeito a “promover” seu “bem-estar”.

Pesquisador: E como você se sentiu depois da terapia, o que é que você acha que mudou na sua vida cotidiana, assim... (Isabela me interrompe)

*Isabela: **Eu virei adulta!** Me senti assim, é... **eu, da depressão e da terapia, eu vi que não sou mais criança, tenho minhas responsabilidades, tenho que viver minha vida, meus pais estão ali, mas um dia eles vão [embora], é... preciso me virar como, tipo, ter certos conceitos, certas respostas, ter certas atitudes que eu antes não tinha, que eu não via como... Ah, sei lá, eu vi que meus pais não eram mais heróis e que eles são pessoas comuns, e eu vi que, na terapia, tem muitos erros na minha criação, como todos os outros pais do mundo, eu acho assim é... eu fiquei muito adulta assim, muito forte, tanto que eu vejo que eu vou deprimir, eu vou pro psicólogo, eu já sei... esse ano eu não sei se tive depressão, mas eu fiquei quieta, que eu precisava de um tempo. Mas, ao mesmo tempo, não era depressão porque eu ia trabalhar todo dia, eu transformei todas as minhas relações de amigos, namorado, tudo para o trabalho. E isso, de certa forma, me fazia super bem naquele momento. Mas eu estava sempre alerta aos sinais...***

Isabela, 24 anos, estudante de Psicologia. Entrevista gravada em Setembro 2005.

Sob este aspecto, a experiência de *sofrimento psicológico* parece colaborar com o crescimento destes sujeitos – desde que se consiga enfrentá-la e superá-la. Portanto, a relação positiva ou negativa que se estabelece com esta vivência depende diretamente do grau de sucesso obtido com os aprendizados que se acumula através dela. Aprendizados que, inicialmente, favorecem o fortalecimento de uma “saúde mental” que se encontrava fragilizada, mas que, posteriormente, servirá também à transformação deste estudante num “sujeito maduro para a vida”.

Nestas circunstâncias, proponho apenas uma linha de continuidade entre minhas pretensões iniciais com o projeto de mestrado (estudar as formas de representação do *sofrimento psicológico* no meio universitário) e o que a minha inserção etnográfica, numa instituição de Saúde Pública, pôde colocar em evidência no que tange ao meu estudo.

Compreender como a universidade participa no entendimento de uma modalidade específica e bastante recorrente de sofrimento é uma primeira etapa. Partindo deste entendimento, a questão é como a “vida universitária” e o *sofrimento psicológico* vivenciados concomitantemente servem à construção de um tipo específico de sujeito pela via da “saúde mental”. Essa continuidade entre uma primeira abordagem com os estudantes a respeito do tema “*sofrimento psicológico*” e a reorganização de uma experiência de vida pela ótica da “saúde mental” só foi possível graças a um determinado contexto institucional. É disto que trataremos no capítulo seguinte: dos limites da inserção etnográfica. No entanto, todas essas questões anteriores não serão deixadas de lado; elas tornarão a reaparecer nos métodos e objetivos operacionalizados pelo GTJU. Mas, por ora, estas primeiras impressões servirão de baliza para orientar a forma com que eu pude interpretar aquilo que emergia dos enunciados destes estudantes e das terapeutas do GTJU.

2.) Universo de estudo

Mesmo antes de começar a descrição sobre como se deu minha inserção no papel de pesquisador e “colaborador” no GTJU, antecipo desde já algumas referências a ele. Sem fazer menção, ainda, às estratégias empreendidas pelos grupos terapêuticos, apoiarei-me em alguns diálogos registrados nestes grupos para que seus enunciados possam contribuir na delimitação dos contornos desta etnografia no que diz respeito ao universo dos estudantes universitários que sofrem “psicologicamente”.

O total de universitários consultados para esta pesquisa foi de 20 estudantes, 12 mulheres e 8 homens. Suas idades variaram entre 20 e 29 anos. Destes, 19 eram da própria UFSCar. Nove foram consultados sob a forma de entrevistas abertas, realizadas ou na minha casa ou na casa destes estudantes, num ambiente particular e restrito ao entrevistador e entrevistado, com o gravador ligado (com exceção de uma).

Ao todo 12 estudantes participaram dos Grupos (os quais passei a acompanhar no ano de 2008), sendo que tive a oportunidade de entrevistar um de seus participantes (Alexandre) ainda no ano de 2005 – por isso, 20 estudantes diferentes, somando-se entrevistas e Grupos. Os dados referentes aos estudantes e usuários da USE se baseiam em 4 Grupos. Dois deles foram acessados por mim através da transcrição realizada pela Estagiária do Projeto em 2007 e pelos prontuários individuais e do Grupo. Os outros dois Grupos foram aqueles em que pude participar de seus encontros. Os 4 Grupos compreenderam o espaço de 2

anos (2007-2008), sendo reservado, em média, um semestre para cada um. Os dois Grupos de 2007 se desenrolaram concomitantemente no segundo semestre deste ano. Portanto adotarei, por ordem cronológica, a nomeação de G1, G2 (2007) e G3, G4 (2008).

A maioria dos estudantes pesquisados se deslocou de suas cidades de origem, sem a companhia familiar, exclusivamente para cursar a graduação ou pós-graduação em São Carlos (17). Apenas um havia nascido e ainda morava com a família em São Carlos. Uma estudante foi obrigada a se transferir de curso e de universidade por conta da morte do pai – ela saiu do curso de Artes Cênicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ingressou no curso de Imagem e Som da Federal – para reencontrar os laços parentais maternos que eram oriundos de São Carlos. Outro se mudara para São Carlos ainda durante o final do ensino médio. Portanto, dos 20 estudantes, 19 não haviam crescido na cidade.

As origens familiares destes estudantes são diversas, com predominância de moradia e criação nas cidades do interior de São Paulo: Bauru (1), Sorocaba (1), Indaiatuba (1), São Carlos (1), Franca (1), Ribeirão Preto (2), Jales (1), São José do Rio Pardo (1), Araras (1). Dois destes estudantes foram criados na capital do estado (São Paulo) e dois na região da grande São Paulo (Mogi das Cruzes e São Bernardo do Campo). Outros estudantes (4) vieram de cidades de outros estados como Minas Gerais (Veríssimo), Bahia (Vitória da Conquista), Rio Grande do Sul (Rio Grande) e Pernambuco (Recife). Alguns ainda (2) tiveram um percurso variado ao longo da vida familiar morando em cidades como Porto Alegre, Curitiba, Belo Horizonte e Rio de Janeiro.

Os universitários pesquisados abarcavam os seguintes cursos: Ciências Sociais (4), Pedagogia (1), Psicologia (1), Imagem e Som (1), Engenharia de Produção (2), Matemática (3), Biologia (2), Enfermagem (1), Ciências Contábeis (1) – UNICEP. Havia também pós-graduandos: dois doutorandos (uma jovem que cursava doutorado em Engenharia Química e um jovem que cursava doutorado em Engenharia de Materiais) e duas mestrandas (em Ecologia e Ciência da Computação).

Fato de importante destaque é que o “momento de crise”, isto é, da irrupção da “necessidade de buscar ajuda”³⁶ se apresentara a estes universitários numa temporalidade bastante semelhante. Dos estudantes de graduação, cinco disseram que o “momento de crise” surgiu durante a metade final do curso, nove enquanto cursavam o último ano e dois após o tempo de formação previsto na estrutura curricular de seus respectivos cursos. Dos estudantes

³⁶ Expressões recorrentes nos depoimentos dos estudantes.

de pós-graduação, as mestrandas estavam no que esperavam ser o último ano, e os doutorandos na última metade do processo de titulação.

Um aspecto bastante presente nas “queixas” destes universitários era a situação financeira. Dos 20 estudantes pesquisados apenas 4 consideravam que esta questão não era um limitante importante às suas vidas e à sua formação. Todavia, como não aprofundei meus questionamentos sobre as circunstâncias socioeconômicas de cada um destes universitários, não posso senão indicar alguns fatores mais gerais. Sete dos vinte universitários moravam no alojamento de estudantes da UFSCar. Dois deles dependiam integralmente de toda a assistência oferecida pela universidade aos estudantes (moradia, bolsa atividade, bolsa alimentação, além de se desdobrarem com bolsas de iniciação científica e de extensão). Portanto, a vaga definição de “classe média” para estes estudantes comporta graves nuances particulares. Objetivamente, o principal fator perturbador da situação financeira era a limitação de tempo e acesso para atividades de lazer e extra-curriculares (como cursos de línguas e congressos por exemplo).

Com relação a medicalização destes sujeitos, fazem-se necessárias algumas ponderações. Dos 20 estudantes pesquisados 12 foram ou estavam medicados. Havia, no entanto, 10 estudantes que diziam ter alguma espécie de diagnóstico. Os diagnósticos que me foram declarados se dividiam em: *depressão* (9), *síndrome do pânico* (3), *transtorno bipolar* (2), *transtorno de déficit de atenção e hiperatividade* (2), *esquizofrenia* (2) e *transtorno obsessivo compulsivo* (1). Como se pode concluir dos números indicados entre parênteses, alguns destes estudantes conjugavam dois e às vezes três diagnósticos. Um destes estudantes, embora tivesse algum diagnóstico, não explicitou qual era a categoria em questão. Dois estudantes abdicaram de tomar medicação: um por achar que ela não forneceria solução alguma para seus “problemas”, e outro porque não suportava mais os efeitos colaterais da medicação.

Obedecendo a diferenciação nativa sobre seus efeitos, os medicamentos se dividiam em: 9 *antidepressivos*; 4 *ansiolíticos*; 3 *antipsicóticos*; 1 para *transtorno de humor*; 2 para *insônia*. Contudo, dos 12 estudantes medicados, 9 ressaltaram o papel acessório da intervenção bioquímica. Estes estudantes não atribuíam à medicação um papel preponderante para a “superação” do *sofrimento psicológico*. Os termos utilizados para definir sua função na produção da “saúde mental” destes estudantes são indicativos do tipo de importância que era relegada ao medicamento: “apoio”, “suporte”, “muleta”, “quebra-galho” e até “pílula da alegria artificial”. No entanto, embora isso fosse exposto verbalmente para mim quando os questionava a respeito, fato é que um número significativo de estudantes não abria mão desta

“muleta” e parcela considerável estava medicada. O suporte medicamentoso parece se coadunar com o “medo” e a “insegurança” de que o *sofrimento psicológico* possa, numa nova oportunidade, transformar-se em “crise”, “recaída”, ou no “ficar doente de novo”, tornando público que se está mal e que se necessita de tratamento. Embora evitem expor aos seus amigos que se está medicado, por terem certa vergonha desta condição, a medicação tinha o papel de evitar um constrangimento ainda maior: o fato de “perder o controle” e ficar evidente aos outros que se está “desequilibrado”, “descompensado” ou de não ter “base psicológica para lidar com seus problemas”³⁷.

Outra importante particularidade observada no perfil destes estudantes era a recorrência de uma “autoimagem” de “força”, “segurança” e “perfeccionismo” ou que se viu desmontada a partir do *sofrimento psicológico*. Esta questão aparece visceralmente associada às causas de seus “problemas”. Isto pôde ser verificado em algumas entrevistas e ressurgiu novamente em vários momentos no GTJU.

*Eu percebi isso com a terapia. **Eu tento parecer muito forte.** Eu crio uma casquinha pras pessoas não saberem o que está rolando ali. Mas essa defesa não funciona sempre.*

Carla, 23 anos, estudante de Imagem e Som. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

***Eu busco muito a perfeição,** acho que esse é meu problema... Eu passo muito pra plano ideal das coisas. Só que a experiência tem mostrado que certas coisas quando afeta a gente altera tudo, tudo aquilo que a gente vê, que a gente busca...*

Tatiana, 22 anos, estudante de Pedagogia. Entrevista gravada em Setembro de 2005.

***Eu queria muito ser forte** a ponto de não depender mais de vínculo com as pessoas. Por que um dia elas se vão e daí essa perda vai ficar marcada na gente pra sempre. É nessas horas que eu sei que não vou suportar a dor, de ficar sem minha mãe, por exemplo, que eu vejo como eu sou fraca.*

Simone, 22 anos, estudante de Biologia, participante do G1 e do G4.

*Eu queria mostrar pra minha orientadora que dou conta de fazer esse projeto acontecer. **Eu tava muito segura** das minhas capacidades e da viabilidade do meu projeto. Mas aí com essa história dela preferir passar essa bolsa desse projeto com a Psicologia pra outro orientando, mesmo sabendo que meu projeto tem muito mais a ver com esse trabalho... Aí eu já não sei mais... não sei se ela me acha incompetente, se ela não gosta do meu*

³⁷ Todas essas expressões surgiram tanto nas entrevistas e encontros do GTJU, como em diversas conversas com outros estudantes universitários que “conheciam alguém” que havia passado por sofrimento semelhante ou, mais francamente, que admitiam ter vivenciado, em algum momento, tal experiência.

projeto... essa bolsa faria toda diferença pra mim e agora não sei de que jeito termino esse mestrado.

Catarina, 25 anos, mestranda em Ciência da Computação, participante do G3.

*No meu caso, como eu disse no e-mail, eu tenho notado que nos últimos tempos, últimos meses, sei lá, que **eu tenho estado muito perfeccionista**, atento a muitos detalhes, mínimos, e algumas coisas como ele falou, muita cobrança, mas às vezes **eu fico complicando muito as coisas**, sabe, e eu vejo que ta me atrapalhando assim. Às vezes quando eu faço uma coisa eu fico vendo se ta tudo certo, e tal, e isso às vezes me atrasa, entendeu? Isso só não me atrapalha muito porque eu acabo ficando muito tempo dedicado, entendeu, e aí eu acabo fazendo, mas tipo, coisa que poderia ser feito mais rápido, eu vejo que fico às vezes conferindo, sei lá, **inseguro com as coisas**. E aí tem vezes que eu acho que eu to precisando de uma ajuda.*

Fábio, 27 anos, doutorando em Engenharia de Materiais, participante do G2³⁸.

Consequentemente, se tornar um sujeito pouco (ou menos) suscetível ao sofrimento permanece como objetivo a ser conquistado para uma parcela significativa desses estudantes. Portanto, “fazer terapia” implicava em agenciar condições subjetivas e objetivas para “se fortalecer”. A constatação de que se é vulnerável a toda sorte de limitações pessoais e de circunstâncias extra-individuais serviu para estes estudantes calibrarem suas esperanças de realizarem-se. “Adequação de expectativas” e “reformulação de *projetos de vida*” aparecem como conseqüências da constatação de que certos ideais são irrealizáveis. Pela perspectiva dos universitários pesquisados, “encarar o sofrimento psicológico e fazer terapia” resultou no descortinar de um pano de fundo idealizado para, a partir daí, “enfrentar o mundo” tal como ele realmente é.

*Hoje eu estou mais tranqüila, faz tempo que eu não me sinto triste, assim. Eu to **aprendendo a lidar...** Quando eu fico triste **eu me esforço pra superar, coisa que eu não conseguia fazer antes**, se eu me sentia mal, eu me deixava abater, agora eu to me sentindo mais tranqüila. Mesmo quando começa a chegar a aquela coisa, eu respiro fundo e vou pra sala ao invés de ficar no quarto incomunicável, chorando. Aí eu vou pra sala, converso com as meninas, eu tento me distrair, **acho que eu to me sentindo muito mais forte pra lidar com isso**. Eu acho que o Grupo me ajuda bastante, sabe, em **questão de autoconhecimento**. Eu tava tentando fugir muito ao invés de enfrentar, acho que chegou num ponto que eu não conseguia mais, e **enfrentando eu acho que eu to conseguindo me fortalecer**, no sentido de parar de ficar... Assim, menos pesada.*

³⁸ Para Fábio a busca pela perfectibilidade nos resultados acadêmicos estava lhe causando uma angústia muito grande.

Simone, em reunião gravada do G1.

*Eu nunca me senti, assim vai, desrespeitado, mas até porque também eu nunca cheguei admitir pra pessoa, nem pra mim mesmo, “olha estou com esse problema”. Sabe, eu nunca olhei no espelho e falei pra mim mesmo... **Eu tive que ir no psiquiatra, num terapeuta, e diagnosticou, sabe? Mesmo assim eu não queria admitir, “eu não sou fraco pra ter essas coisas!”.** Eu falava: “eu não sou isso”. Aquela velha coisa da auto-afirmação, né. Na verdade, **quando você confronta isso com isso com a realidade, você vê que não é nada disso, você vê que é fraco mesmo.** Sabe, é que você é novo e **ce vê que não aprendeu nada sobre a vida...** como agora eu sei, sendo mais velho, que eu não sei tudo, todo dia, tem sempre uma coisa nova pra aprender, assimilar... **A terapia me ajudou encarar essa realidade, entende?***

Túlio, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

Os estudantes que “sofriam psicologicamente” apontavam esta condição como um passo importante para empreender um movimento de “autoconhecimento”. A experiência dolorosa que “frustrações”, “medos” e “incertezas” acarretavam ao cotidiano destes universitários num momento da vida em que se investe toda uma pedagogia para projetar-se enquanto “sujeito no(s) mundo(s)” era definitivamente “angustiante”. Contudo, como vimos na seção anterior, o sofrimento daquela situação dispunha esses universitários a uma “mudança de atitude”. Esta mudança se daria de acordo com a possibilidade de agregar novos atributos à sua “personalidade”. Atributos que deveriam tornar-se “habilidades” capazes de pôr este sujeito na direção ou de seus *projetos de vida*, ou de outros valores que possibilitassem pensar novas metas para sua “realização pessoal”.

*E, às vezes, eu nem me relacionava com o pessoal do laboratório, e às vezes eu realmente chegava no laboratório, fazia meu trabalho e ia embora. E aí eu via as outras pessoas conversando, convivendo, iam fazer as coisas e nunca ninguém me chamava né, até que de uns meses pra cá eu comecei a me relacionar, que aí eu comecei a ver o quanto é importante, né, ficar ali se relacionando, aí eu comecei a caminhar né, não ir pra lá fazer as coisas e ir embora, ficar lá, conversar, almoçar juntos, sair depois do laboratório, mas realmente, quando a gente tá naquela tempestade fica complicado, você não quer conversar com ninguém, até hoje, quando eu chego no laboratório tem dia que eu não quero conversar com ninguém mesmo, mas **eu tô tentando essa nova atitude.***

Karina, 28 anos, mestranda em Ecologia, encontro do G1.

Para que essa “nova atitude” se tornasse parte da vida cotidiana da estudante, o primeiro passo era aprender com a experiência. O *sofrimento psicológico* colocava este

indivíduo em contato tanto com seus limites pessoais (freqüentemente entendidos como “inabilidades”, “incapacidades”) quanto com as exigências cotidianas que possibilitaria que sua vida se realize.

Como indicam os depoimentos acima, e muitos outros ao longo deste capítulo, o encontro dos estudantes com a psicoterapia, além de propor um novo vocabulário para a “expressão obrigatória dos sentimentos” (cf. MAUSS, 1979), também recorre a uma nova semântica capaz de relativizar o que se vivenciou no passado e de partilhar da realidade dos “mundos” tal como eles o são de fato e, assim, moverem-se na direção de suas projeções de “bem-estar”. Essa importante particularidade foi insistentemente recorrente, tanto nas entrevistas quanto nos Grupos, evidenciando que o “fazer terapia” implicava, também, num “refazer o sujeito” (e, conseqüentemente nas formas dele se relacionar com os “mundos”), segundo uma revalorização das experiências colocadas em questão pela “vida universitária”. É por este caminho que, seja para o estudante e seja para as profissionais, o “fazer terapia” implica num “aprender experimentando” e também num “experimentar aprendendo”.

Outro apontamento importante que merece destaque para que eu possa prosseguir nas análises e eventuais conclusões desta pesquisa diz respeito sobre o que seja este “sujeito”, categoria trickster, que se revela tanto como unidade conceitual nativa, como também recurso discursivo da análise antropológica. Da forma como ele é compreendido pelos nativos em questão, ou seja, como dignatário de uma “identidade”, é preciso prestar especial atenção à sua dimensão coletiva. Dito de outro modo, na concepção que me foi apresentada pelos discursos dos estudantes, o “sujeito” toma forma na medida em que reúna as propriedades suficientes para que ele possa “incluir-se socialmente”. Este é o paradigma do estado “de alta” em “saúde mental” (cf. BATISTA E SILVA, 2004). Tal “inclusão” remete a dois aspectos aparentemente separados por suas origens. Um, cujos predicados de referência são condicionantes de um reconhecimento coletivo, é o princípio fluido da “cidadania”. Fluido porque reúne qualidades imprecisas e insuficientes de se definirem por si sós – como “consciência” e “responsabilidade” (cf. DUARTE, 1993) – sem que haja referências às condições em que seu acesso pode ser reivindicado e/ou imposto. O outro aspecto diz respeito à unidade de significação sobre a qual incidem os valores subjacentes à ideia de “saúde mental”: o indivíduo. Este tem de ser capaz de gerenciar a principal característica do “sujeito”: a “autonomia”. Desta última qualidade é que se pode perceber de forma mais transparente a contradição em jogo na definição do “sujeito” pela “saúde mental”. “Autonomia” que só poderá ser reconhecida em parâmetros “saudáveis” se regulada de

acordo com critérios estabelecidos em outra ordem de significação. Sobre isto Claude Lévi-Strauss aponta que:

É da natureza da sociedade que ela se exprima simbolicamente em seus costumes e em suas instituições; ao contrário, as **condutas individuais normais** *jamaís são simbólicas por elas mesmas*: elas são os elementos a partir dos quais um sistema simbólico, que só pode ser coletivo se constrói. São apenas as **condutas anormais** que, **por serem dessocializadas** e de certo modo abandonadas a si mesmas, realizam, no plano individual, a **ilusão de um simbolismo autônomo**. (LÉVI-STRAUSS, 2003 [1950]:17. Itálico do autor. Negritos meus).

Neste sentido, as referências coletivas se constituem em parâmetros extremamente caros à “saúde mental”: basta observar com atenção que os sintomas “psicológicos” do sofrimento vivenciado por estes estudantes buscam frequentemente sua reflexão, ou melhor, seu reflexo nas expectativas coletivas disseminadas sobre o que é ser universitário. Sejam tais referências produzidas artificialmente (como o caso de um grupo terapêutico), sejam elas estabelecidas pelas relações de vida do “sujeito” (como a família e a universidade), o mapeamento desta rede de critérios simbólicos (e, portanto, morais) é a condição para ressignificá-los à luz de novas experiências de vida. Desta forma, a presença de um discurso “mundano” sobre o *sofrimento psicológico* demonstra que tal sofrimento, longe de ficar relegado apenas ao mundo subjetivo do estudante, está diretamente ligado àqueles tipos de conduta que estes coletivos esperam com o “bem-estar” de seus membros.

Logo, são dois movimentos aparentemente distintos que a transformação do estudante (indivíduo) em “sujeito” implica: o de diferenciação (singularidade de uma trajetória de vida) e o de identificação (busca por um respaldo coletivo aos seus investimentos de “realização pessoal”). Os universitários sentem esta contradição de maneira particularmente intensa. O espaço-tempo em que esta “fase de transição” se situa estimula o estudante a estes dois movimentos concomitantes. É necessário, portanto, diferenciar-se: descobrir suas aptidões, angariar novas “habilidades” distintivas. Assim, à medida que descobre suas qualidades se “fabrica” sua “personalidade”. Mas, não menos, à medida que se aprofunda esta descoberta se qualifica todo um conjunto de predicados que serão definidores de seu “caráter”. Simplificando a ideia: o estudante universitário deposita nesse espaço-tempo de “transição” expectativas individualizadoras (cf. DUMONT, 1985). Todavia, isso não encerra o processo. Há nesta busca do “individualizar-se” uma necessidade premente de se

sentir identificado com certos valores capazes de orientar estes “sujeitos” a escolher estes elementos³⁹, e não aqueles, na constituição de si.

Portanto, há no *sofrimento psicológico* experimentado por estes estudantes as duas dimensões significantes que dão forma ao conceito de “sujeito” de que nos falava Foucault (FOUCAULT apud DREYFUS; RABINOW 1995: 235). A primeira diz respeito a um “sujeito” que está preso à sua “personalidade” e à sua individualidade e o leva a atuar constantemente no sentido de diferenciar-se para construir sua noção de “eu”; esta dimensão significativa do “sujeito” impele-o a uma pró-atividade, isto é, a agir, a fazer algo por si, transformando-o em protagonista de seu “mundo”. Por outro lado, a segunda dimensão significativa deste conceito denota justamente os limites desta diferenciação; para ser ou se tornar “sujeito” é preciso estar inserido no(s) “mundo(s)” constituintes de seus desejos profissionais, afetivos, acadêmicos, etc. E são estas referências coletivas que acabam por aprisioná-lo, controlá-lo ou, como Foucault (2007) sugere, discipliná-lo. É assim que o “sujeito” pode ser alguma coisa ou alguém (engenheiro ou cientista social, pai ou filho ou ambos, namorado, representante discente, entre outros inúmeros papéis que ele pode congrega) e ainda pode ser reconhecido como tal segundo os meios sociais que circula (curso universitário que frequenta, grupo político que adere, religião que frequenta, esporte que pratica, festas que costuma aparecer, etc.). É por congrega estas duas dimensões significantes de maneira tão explícita que, para o estudo do *sofrimento psicológico* entre estudantes universitários, escolhi tratar o conceito de “sujeito” como um processo, e não como categoria exclusivamente analítica da Antropologia. Também não quis enquadrá-la como categoria absolutamente nativa, pois creio estar lidando com um solo epistemológico comum a antropólogos e nativos e, se assim o fizesse, certamente incorreria em explicações tautológicas. Mais uma vez evidencio que o termo, embora seja central nesta etnografia, permanecerá, via de regra, sem diferenciação tipográfica. Quando o coloco entre aspas é para destacá-lo como foco da análise que se desdobra naquele determinado período do texto. E somente isso.

Retomando a análise deste processo, a “vida universitária”, tomada como uma “fase de transição” importantíssima para a constituição destes sujeitos, é compreendida como uma fase de experimentação intensa dos “mundos” que ela congrega – os “mundos” das amizades, das co-residências, da afetividade, da sexualidade, da política, das festas, dos jogos,

³⁹ Elementos distintivos que abarcam diversos critérios de valor como preferências estéticas, musicais, intelectuais, políticas, religiosas, esportivas, afetivas, sexuais, etc.

da vida profissional e suas competições no “mercado de trabalho”, enfim, de um universo povoado de “mundos”, pouco conhecidos e muito ansiados de se experimentar.

De maneira não menos intensa a experiência do *sofrimento psicológico* sugere **novos aprendizados**, principalmente quando vivenciada por estudantes que já se dispunham a essa postura. Ainda mais se atentarmos ao fato de que estes aprendizados estão situados na mesma ordem de importância que o sofrimento: aquilo que se aprende só a vida (através da experiência) ensina. A experiência de vida e os aprendizados que ela evoca são fundamentais para que o sujeito se conheça, se instrumentalize e, assim, supere todas as adversidades que se colocam entre ele e seu *projeto de vida*. Desta forma, “realizar-se” pressupõe, como etapa anterior, adquirir experiências de vida.

Há, entre os universitários, pelo menos duas formas de se aprender com a experiência de *sofrimento psicológico*. A primeira seria através da relativização de sua própria trajetória, experimentando novas formas de valorar e sentir aquilo que é encarado como “problema”. A segunda ocorreria por meio do compartilhamento de experiências com outrem, isto é, com sujeitos que se encontram em condições semelhantes. As duas aparecem fortemente associadas na estratégia da terapêutica de grupo, como apresentarei mais adiante. Por isso, a separação destes movimentos corresponde à minha mera abstração metodológica. O aprendizado que estes estudantes vivenciam com o *sofrimento psicológico* conjuga a relativização e o compartilhamento dos “problemas” de maneira sincrônica. Vejamos o exemplo da conversa entre Psicóloga, Terapeuta Ocupacional e as estudantes Simone e Luana.

Psicóloga: Será que não é hora de repensar? Será que é esse o caminho?

Simone: Eu não ligo mais, não sei se é covardia minha, um jeito mais fácil, pra eu fugir dos problemas, parar de me preocupar. Às vezes, eu tenho medo de fazer alguma coisa.

Terapeuta Ocupacional: Fazer o que? Fale mais.

Simone: Ah, eu não sei do que eu seria capaz. Acho que é mais pelo que eu poderia causar pra minha mãe que eu não fiz nada, sabe, acho que um dia eu consigo.

Terapeuta Ocupacional: O que?

Simone: Acabar comigo, acabar com a minha vida. Eu não tenho vontade de continuar, eu vivo porque eu to viva, eu não tenho aquilo de quero fazer isso, isso.

Psicóloga: Você tem que pensar agora que você tem 21, 22 anos, você tá no último ano de Biologia. O fim do curso é um momento bastante significativo da vida de um jovem, e isso não aparece em você, então será que não é esse o momento da gente cuidar um pouco mais de você.

Simone: Sei lá, acho que é um pouco de egoísmo, não acho isso certo.

*Psicóloga: Não, isso acontece Simone, isso acontece. Às vezes a gente passa por dificuldade que em algum momento e consegue resolver, conversando com os amigos, com o apoio do marido, do namorado, do pai, da mãe, assistindo a missa, ao teatro, aquilo que nos liga a outras culturas, a outros seres humanos, aquilo que nos faz bem. Mas existem momentos que esses recursos não são suficientes, e é pra isso que buscam a gente da saúde, pra cuidar, e nós estamos aqui pra isso. Eu tenho impressão de que a sua estratégia está caindo, nesse momento está claro, vamos ter que buscar uma outra estratégia. Eu fiquei pensando e você está num momento de rush, olha só onde você chegou, **você está terminando um curso superior numa universidade pública, você tem noção do que isso representa? Não é pouca coisa não.***

Simone: Acho que eu tenho problema de auto-estima. Logo que eu passei no vestibular eu queria desistir, eu achava que eu tinha tomado a vaga de alguém.

Terapeuta Ocupacional: Então vamos escutar um pouco vocês. Como é tomar a vaga de alguém?

*Luana: Isso é uma coisa que nunca passou pela minha cabeça, mas é o ponto chave. Não são poucas as dificuldades que a gente passa para entrar na universidade. Às vezes, a pessoa sonhou a vida inteira em fazer um curso, entrar na universidade, e quando entra na universidade descobre que não era nada daquilo, né? E fala: “Gente, mas eu passei a minha vida...”, fora a competição que é pra você achar que roubou uma vaga, né... Então, **eu acho que realmente a universidade vai embutindo um espírito de competição, né, porque quando a gente tá no colégio, a gente tá vivendo com colegas, e é um visão bem seca, bem fria, mas na universidade você, querendo ou não, tá dividindo a sala, são colegas, mas são também seus concorrentes, então, você vai vendo uma pessoa que desde o primeiro ano tá fazendo estágio com bolsa, aí a outra tira as melhores notas, então você vai começando a se cobrar também, muito, e assim, depois que termina a faculdade é aquela coisa né, é um momento chave, né, que você quer deslanchar, se o pessoal não enxerga que vai deslanchar, gera uma angústia muito grande. Então, eu já conversei com amiga minha que eu achei que tava super bem, né porque ela tava fazendo um puta estágio, e ela falou “eu não ando me sentindo muito bem, eu ando muito angustiada, porque eu não sei o que vai ser depois”.***

*Simone: **Eu não sei se eu quero ser bióloga.***

*Luana: Eu, por exemplo, jamais imaginei que eu seria bióloga. A minha vida inteira eu queria fazer medicina. Aí com a pressão do cursinho eu fui vendo que era muito difícil, e que eu tinha que saber se era o que eu queria mesmo, se valia à pena o sacrifício. Não que eu não achasse que não valesse a pena, acho que é uma profissão lindíssima, e vale a pena qualquer sacrifício, **mas eu comecei a analisar se a minha personalidade daria certo como médica.***

E aí eu falei “eu acho que não”, porque eu sou muito humanitária, muito, além da conta, acho que isso me traria alguns sofrimentos assim. Então eu falei, “poderia dar certo”, mas eu fui procurar outra coisa, e aí eu vim pra cá, por acaso, decidi “vou prestar biologia”, então aí eu entrei e no segundo ano eu comecei, nossa, mas agora eu to fazendo biologia, mas e aí? Não tive angústia de achar que eu roubei a vaga de alguém, mas tive a angústia de pensar que era 4 anos, que eu podia perder 4 anos da minha vida, e de repente, abrir uma loja. E é uma angústia que ainda passa na cabeça de muita gente, “eu perdi 4 anos da minha vida e vou fazer outra coisa”, 4 anos que acontece tanta coisa, eu acho que esse é o momento chave. Às vezes quando eu me sinto triste, eu acho que a gente tem que tentar, realmente, a gente tá terminando uma faculdade pública, que é ótima, e muitas pessoas não tem nem acesso à educação básica, e olha tudo o que a gente já passou, então quando eu me sinto triste eu procuro pensar nas pessoas que estão em situação pior. E elas sim talvez teriam o direito de se sentirem muito, mas muito, muito mais tristes, que não tem nem acesso ao ensino básico, algumas vivem em condição sub-humana, não que isso justifique, que não me dê o direito de me sentir triste, mas eu tento pensar nisso, que a gente tá terminando, somos pessoas que não somos deficientes, nem mental, nem físicas, né? Então eu tento pensar, não que seja fácil, mas eu tento pensar dessa forma, eu tento transferir de como é que eu posso pensar tanta besteira, daí eu falo, deixa eu parar, olha, eu participei de uma universidade boa, to terminando, tenho minhas chances, por mais que eu fique angustiada, nossa, o que vai ser depois, vou ter um diploma, então já vai ser alguma coisa, então, é uma estratégia.

Segundo encontro do G2.

No trecho acima o sofrimento exposto por Simone empreende uma relativização das circunstâncias “externas” e “internas” que produzem na estudante a vontade de “acabar com sua vida”. Após as profissionais identificarem as “queixas” e os motivos que, aparentemente, se escondem sob a “angústia” de Simone, a Terapeuta Ocupacional redistribui a relativização inicial, para que outra estudante (Luana) possa compartilhar sua visão sobre as circunstâncias de suas experiências particulares e alheias (Simone).

Não obstante, a linguagem das dores deste sofrimento se apropriará dos elementos dispostos pela “vida universitária” para constituir sua gramática. Desta forma, como recomendara Lévi-Strauss (cf. 1970a:193-236), uma linguagem terapêutica que se propõe a reorganizar a experiência subjetiva também terá de se apropriar dos elementos desta gramática para produzir um sentido e, neste caso, uma certa ideia de “bem-estar”. Como se trata de uma noção essencialmente subjetiva é necessário que todos os sujeitos estejam dispostos a aprender com essas experiências; terapeutas, estudantes, “colaboradores” enfim. O **aprendizado** é dimensão essencial das intenções terapêuticas buscadas por eles.

CAPÍTULO II

OS LIMITES DA INSERÇÃO E A DIRETRIZES INSTITUCIONAIS DO CAMPO DE ESTUDO: A Unidade Saúde Escola

O que é um doente? Antes de tudo um cidadão, em seguida um indivíduo, e podemos, além disso, perguntar-nos que relação pode isso ter com o fato de ser ele um sujeito falante. (...) O problema desse indivíduo pode ser o de saber como chegar a ser sujeito nessas condições? Que fazer para continuar a ser um sujeito falante, e para falar efetivamente? O sujeito não é forçosamente o indivíduo, e nem mesmo *um* indivíduo.

(GUATTARI, 2004:66-67. Grifo do autor)

1.) O “participador observante”: implicações da figura do “colaborador”.

Como já havia acenado na Introdução, após a apresentação dos meus intuitos de pesquisa às coordenadoras do GTJU (Terapeuta Ocupacional e Psicóloga) e à medida que pude ir contribuindo com a montagem dos grupos para o ano de 2008, fui ganhando espaço para dialogar com os profissionais e entender melhor o cotidiano do PSM.

Apesar de todas as vicissitudes que se apresentavam ao PSM, a curta experiência de ouvi-los e observá-los trabalhando a respeito dos problemas que cercavam a “saúde mental”⁴⁰ – fossem eles de ordem metodológica, política e, principalmente, administrativa – me foi essencial para levantar as principais questões pertinentes a esta pesquisa: de que ordem era o investimento terapêutico, sobre o que se intervinha e como se operava a construção da “saúde mental” num sentido bastante amplo?

Durante as reuniões da equipe, em diversos momentos fui questionado sobre todo tipo de assunto que atravessava o cotidiano do PSM, desde os mais frequentes e urgentes (como sugestões para um banco de dados específico para o PSM) até a respeito das variáveis “sociais” daqueles casos clínicos mais emblemáticos. Houve também certo otimismo com relação à ideia dos usos políticos que minha dissertação poderia incitar. De fato, naquelas condições de exíguos recursos humanos para dar conta de todos os trabalhos terapêuticos, administrativos, institucionais e pedagógicos e com a imensa demanda que lhes batia à porta, o resultado eram condições de trabalho definitivamente extenuantes e, muitas vezes, pouco gratificantes em relação às possibilidades de intervenções clínicas.

Por motivos diversos, durante o ano de 2008 a situação do PSM se agravou ainda mais. A equipe, que até março de 2008 contava com sete membros, foi se desmanchando até que, ao final de agosto, restaram apenas três. É necessário ressaltar a alta qualificação dos técnicos envolvidos no PSM: mestres, doutores ou doutorandos. A baixa remuneração, se comparada aos níveis salariais da iniciativa privada, e as condições institucionais desfavoráveis ao pleno desempenho profissional⁴¹ certamente são denominadores comuns que se somaram aos motivos particulares de desistência em continuar trabalhando na USE.

⁴⁰ Já que, como ressaltai anteriormente, boa parte do tempo foi dedicada ao reestabelecimento do funcionamento burocrático-institucional.

⁴¹ Cito, por exemplo, a psiquiatra que se via “tateando no escuro”, pois não podia emitir uma guia de pedido de exame laboratorial via USE. Segundo ela, o que a mantinha vinculada à instituição até então, era o prestígio da universidade e a possibilidade de desenvolver alguma pesquisa. No entanto, as restrições ao exercício pleno de sua profissão e o excesso de trabalho (e de um trabalho incompleto, diga-se) contribuíram para a busca de novos horizontes profissionais.

É preciso, no entanto, problematizar minha participação como antropólogo. Havia uma percepção um tanto difusa dos profissionais que eu, enquanto antropólogo, poderia ajudá-los a precisar melhor os “problemas sociais” envolvidos em alguns casos clínicos. Surgiram conversas a respeito dos protocolos de atendimento ao usuário e seus respectivos diagnósticos e/ou prognósticos. Infelizmente não posso contribuir muito com esta discussão, pois estes momentos foram raros, apesar de fundamentais para nos aproximarmos de uma relação de trabalho. Por ora, o que interessa reter são as especificidades da minha participação. Ao me colocar como sujeito integrante do Grupo, mesmo que na figura de “colaborador”, isso fazia com que fosse necessário acatar determinados objetivos terapêuticos e operacionalizar certa instrumentalidade do conhecimento antropológico em favor de uma “contextualização social” de cada caso, isto é, relativizando os componentes do *sofrimento psicológico* vivido pelos estudantes.

Ana Maria Canesqui (1994) já apontara algumas das dificuldades em participar ativamente no cotidiano das instituições que cuidam, particularmente, da “saúde mental”. Seja na condição de técnico, ávido por transformar o trabalho em mote de pesquisa antropológica, ou na condição de antropólogo, que se vê incorporado e sensibilizado pelo discurso dos pacientes, clientes ou usuários. Resguardado pelas precauções identificadas pela autora, busquei não confundir minhas pretensões de pesquisa com as pretensões terapêuticas da equipe.

Sem adentrar no mérito desses estudos, vale observar as tensões e conflitos entre o ser técnico e o membro dessas equipes, e a opção de pesquisar a própria instituição ou, noutra situação, sendo antropólogo que privilegia o hospital psiquiátrico para efetuar o seu trabalho de campo. No primeiro caso, a confusão advém da permuta da observação participante pela participação observante, como nos lembra Durham (1986), ou na circunscrição do estudo, ao campo formal da instituição, por dificuldades do pesquisador de promover o descentramento das situações que lhes são familiares. No segundo caso, as dificuldades advêm do estranhamento do antropólogo em relação aos diversos discursos sobre a loucura – que se entrecruzam no espaço institucional –, quando o pesquisador quer analisar os diálogos estabelecidos com o louco no nível das designações, estigma ou acusações que permeiam as relações sociais, descartando a produção e os significados sobre a loucura pelos distintos saberes médicos-eruditos e não eruditos. Portanto, em ambas as situações o estranhamento do pesquisador requer maiores cuidados para não comprometer os resultados da pesquisa. (CANESQUI, 1994: 21-22).

Guardadas as devidas proporções, já que o tema desta pesquisa não se trata da “loucura” e nem dos “saberes e práticas psiquiátricas” *stricto sensu*, procurei efetivamente

levar a sério⁴² o que meus interlocutores dizem que pensam e dizem que fazem. O interesse de reorientar minha etnografia para os tipos de produção que atravessam o jovem estudante universitário enquanto sujeito de sua “saúde mental” e, coextensivamente, “psicológica”, estão diretamente vinculados ao lugar que me foi dado como condição de realização desta pesquisa: participar enquanto “colaborador” em duas frentes – como antropólogo e estudante universitário.

Essa modalidade de participação surgiu durante uma daquelas conversas preliminares à formação dos Grupos Terapêuticos. A TO responsável pelo GTJU propôs que daquele momento em diante usássemos o termo “colaborador” tanto para os sujeitos participantes do Grupo (usuários estudantes), quanto para a equipe terapêutica, na qual fora subitamente incluído. Por questões metodológicas, agora eu, a nova Estagiária da TO, a Psicóloga e a, então, coordenadora Terapeuta Ocupacional, formávamos a equipe de “colaboradores” juntamente com os próprios estudantes. Embora esta condição pela qual me foi possível ser aceito dentro do GTJU não fosse pronunciada aberta e explicitamente aos outros membros do PSM, aceitei-a prontamente e passei a tentar suprir algumas expectativas que essa ideia comportava, segundo a visão de suas organizadoras.

A figura de “colaborador” parecia ter a intenção de articular as diversas posições que tanto estudantes quanto membros da equipe procuravam ocupar na delimitação do campo de atuação do Grupo: até onde iriam as fronteiras do *sofrimento psicológico* de seus membros? A notoriedade que esta modalidade de sofrimento havia conseguido conquistar no contexto universitário, predispôs os profissionais do PSM, apoiados em alguma literatura sobre o tema⁴³, a considerarem o estudante universitário com “grau de vulnerabilidade acrescida”⁴⁴. Entretanto, o fenômeno – admitiam as terapeutas (TO e Psicóloga) – era ainda pouco conhecido em relação às suas “causas” mais gerais. O que havia de especial nesta juventude? Por que a “vida universitária”, ao mesmo tempo que proporcionava a uns uma vivência extremamente positiva, para outros alimentava uma experiência tão dolorosa?

Transformar todos os sujeitos participantes do processo terapêutico em “colaboradores” tinha, portanto, intenções mais ou menos explícitas. A primeira era predispor a equipe a ouvir, prestar atenção e se questionar quanto aos referenciais teórico-metodológicos utilizados para circunscrever o “problema”, abrindo-o para a possibilidade de novas causalidades. A segunda era não impor um desnivelamento hierárquico muito grande

⁴² VIVEIROS DE CASTRO, 2002:129-132.

⁴³ Discorrerei sobre a literatura que oferece o apoio institucional e teórico para essa consideração no capítulo IV.

⁴⁴ Ver Anexo B: Projeto de Extensão “Grupo Terapêutico Juventude Universitária”.

entre a clientela e a equipe, para que os usuários se sentissem mais à vontade para investigar tudo aquilo que compunha seu sofrimento – por mais singular que se apresentassem as respectivas “causas”. Enfim, essa tentativa de nivelamento entre os sujeitos envolvidos nesta tática terapêutica tinha a intenção de mobilizar todos em prol de um objetivo comum: investigar as especificidades do *sofrimento psicológico* entre os estudantes universitários respeitando toda e qualquer idiossincrasia que por ventura emergisse nos encontros.

No entanto, é necessário ressaltar que, embora todos desfrutassem do mesmo nível de credibilidade nas suas ponderações, tratar todos os sujeitos como “colaboradores” não supunha nivelar, também, as responsabilidades na eficácia terapêutica. As atribuições se configuravam distintamente de acordo com cada reunião do Grupo, mas cabendo sempre à(s) terapeuta(s) a proposição dos caminhos a se seguir rumo ao que se configurava uma “ação de saúde”.

Diante deste panorama, foi inevitável que as expectativas em relação à pesquisa que pretendia desenvolver fossem altas. Tanto por parte da equipe quanto por parte dos usuários. Nesse sentido a figura de “colaborador”, especialmente pela minha presença ali, servira muito bem às aspirações do Grupo Terapêutico.

Num segundo momento, já não tão explícito, me parece significativo que este “proto-igualitarismo” se deva também a certa dinâmica requerida às táticas terapêuticas do Grupo. Aprofundarei a descrição dessas operações táticas, bem como a estratégia subjacente a elas, mais detidamente no capítulo dedicado ao GTJU (Capítulo IV). Por ora cabe ressaltar, apenas de sobrevôo, que duas categorias nativas me chamaram bastante a atenção, mesmo antes da realização das “dinâmicas de grupo”. Conversas informais com os profissionais do PSM indicaram a importância das ideias embutidas nos usos das palavras “*recursos*” e “*repertórios*”⁴⁵.

Era comumente ouvido, na discussão de alguns casos, que: “fulano não tem recursos para empreender tal mudança na vida” ou que “tal jovem não adquiriu repertórios para aprender lidar com determinada situação”. Essas palavras, quando enunciadas, pareciam subjugar um conteúdo autoexplicativo para os profissionais do PSM. À distância, tinha-se a impressão da falta de um maior rigor técnico. Somente após uma imersão mais profunda no Grupo Terapêutico é que pude discernir que os seus respectivos usos estavam associados a operações particulares e complexas.

⁴⁵ Categorias nativas cujos modos de operação passarei a descrever a seguir. Estão entre aspas para destacar que elas eram frequentemente acionadas no campo do discurso.

A palavra “*repertório*” parecia emergir na fala das terapeutas quando a situação em que se encontrava o “sofredor” requeria um posicionamento deste enquanto sujeito. Não necessariamente um sujeito que movesse a ação. Mas que dela soubesse fazer parte, segundo a posição que lhe era destinada pelas circunstâncias: saber falar, pedir, negar, defender, se associar, esperar, ouvir, interpretar, agir e se deixar agir. Entretanto, *repertório* não se resume à ação propriamente dita, mas à atitude que se compõe de uma série de elementos conjugados diacronicamente. O indivíduo se insere, analisa as circunstâncias, sabe de suas possibilidades, decide agir, não agir, ou ser coagido, toma posição para tal, e empreende o comportamento “adequado” que se justifica contextualmente. O *repertório* indica uma esperada destreza do indivíduo em alcançar seus fins; estes acionam uma espécie de “programação do comportamento” a qual conjuga determinadas “habilidades sociais”, segundo as atribuições que sua condição de sujeito implica.

Nos contextos em que a palavra “*repertório*” surgia, via de regra, era para se fazer notar sua ausência. “Fulana não tem repertórios para impor determinado distanciamento de sua família nas coisas que dizem respeito só a ela”; “Sicrano não sabe através de quais repertórios acessar seu pai”; “Beltrana não tem repertórios para negociar com sua orientadora”. Raramente a palavra “*repertório*” emergiu durante os encontros do Grupo Terapêutico. Seu uso era, sobretudo, profissional. Esses momentos que exemplificamos acima foram colhidos de conversas a respeito deste ou daquele caso, fora do âmbito da terapia, entre os integrantes da equipe terapêutica.

Nessa perspectiva, todos os “colaboradores” envolvidos na terapia (Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Estagiária, Pesquisador e toda equipe do PSM, além dos próprios estudantes-usuários em terapia) estão ali para “agregar novos *repertórios*”⁴⁶. Isto é, novas formas de pensar e agir sobre a própria vida que poderiam ser experimentadas por outras pessoas em outros contextos.

Esta forma de pensar os sujeitos do Grupo – como detentores de *repertórios* diferenciados – parece estar em plena sintonia com a minimização das relações hierárquicas entre os “colaboradores”. Em prol da reconquista de certa “saúde”, todos sujeitos seriam mobilizados e, se colocando no mesmo nível de credibilidade, estaríamos nos dispondo uns dos outros para experimentar novas maneiras de pensar, sentir e agir de modo que a incorporação do pesquisador como “colaborador” não causaria maiores perturbações. De certa forma, seria eu mais um “a agregar *repertórios*” ao grupo de “colaboradores”. E se estávamos

⁴⁶ Expressão utilizada pela Terapeuta Ocupacional.

todos conectados por relações horizontais o acesso aos *repertórios* estava ao alcance democrático de cada um. De acordo com esta importante categoria terapêutica, uma das principais etapas (senão a principal) na “promoção da saúde mental” era o aprendizado de “saber promover a si mesmo enquanto sujeito de sua própria história”.

Seguindo essa percepção etnográfica, a questão do sujeito e de sua atuação sobre si e sobre seus “mundos” de contato parece não poder prescindir do exercício de uma dada “autonomia”. Não obstante, enquanto o *repertório* remete o indivíduo à sua inserção coletiva, os “*recursos*” o fazem mergulhar “dentro” de sua biografia. Os “*recursos*”, nesta acepção, seriam os talentos, as capacidades, ou ainda, as potencialidades que cada indivíduo traz junto consigo. Neste sentido, os *recursos* parecem ficar a meio caminho entre a Natureza e a Cultura⁴⁷, visto tanto quanto capacidades dignas de serem desenvolvidas e treinadas, mas também como qualidades inatas à noção de Pessoa. Ou seja, sua aparição estava vinculada ao recrutamento de certas aptidões latentes ou pujantes que fariam o indivíduo tomar contato com aquilo que o torna único, ou que o associa a determinada “personalidade”.

“Aquele jovem tem ótimos recursos musicais”; “Para quem se fecha tanto na Matemática, e gosta muito disso, é certo que você têm poderosos recursos lógicos”; “O contato com a terra, que te aproxima das lembranças da tua família, pode ser usado como um recurso de pacificação interna pra você”. Tais observações, pronunciadas durante os encontros dos Grupos Terapêuticos pelas terapeutas, demonstravam a inexatidão do que se materializa enquanto *recurso*. É certo que esta categoria acionava um movimento de introspecção. É daquilo que foi herdado como característica de sua “personalidade” que se apoiará o “processo de fortalecimento de sua autoestima”, e de “reformulação de sua autoimagem”⁴⁸. Para efeito de exemplo do que digo aqui, antecipo um momento do Grupo 1 (G1, 2007. Ver no capítulo IV) no qual esta questão é exposta pela Terapeuta Ocupacional para uma estudante (Luana, 22 anos, estudante do último ano de graduação em Biologia) que dizia estar “procurando novas coisas para fortalecer sua autoestima”:

Pode ficar tranqüila, até 29 anos tem muita coisa, muito trabalho. A autoestima é uma coisa que vai sendo construída, é um valor que dá a si mesma, que vai crescendo, que deveria crescer, mas tem influência de

⁴⁷ Dicotomia clássica do pensamento Ocidental que distribui, em planos paralelos, tipos de matérias que correspondem a duas séries ontológicas distintas. Uma corresponde àquilo que é não-humano, que independe do humano, que está para além e aquém do humano, que se origina por si só, que deve sua espontaneidade à Natureza. A outra concerne ao especificamente humano, pensado, criado, produzido, fabricado, que só existe graças a arbítrio do homem diante de sua Cultura. Sobre essas duas séries paralelas se debruçam operações lógicas distintas. Sobre essa distinção ver LÉVI-STRAUSS (1970a:71-84, 1970b: 328-366, 2002).

⁴⁸ Expressões freqüentemente pronunciadas pela Psicóloga do GTJU.

vários fatores. E o que fortalece a nossa autoestima é o outro. As nossas relações sociais, afetivas... Então, sempre quando se fala que aquela experiência “foi legal, foi bacana” é como se você colocasse uma sementinha que vai brotando mais forte dentro de você. Então, o outro pode te deixar pra cima como também pode te deixar pra baixo. Mas não depende só do outro. Tem também aquilo que depende de um valor básico que você tem dentro de si. O contexto que você ta vivendo, como você lida com a situação. Como aquela criança da roupa preta [se referindo a uma passagem da “adolescência” de Luana exposta por ela poucos momentos antes dessa intervenção], naquele momento, que foi um momento que você viveu aquilo, hoje, se você se estivesse daquele jeito, com os mesmos excessos, mesmos valores, seria a imagem de uma pessoa imatura pra você mesma... A autoestima vem da vida e ela que nos permite aprender a viver bem conosco.

Observa-se na assertiva da Terapeuta Ocupacional que “autoestima” e “autoimagem” são elementos constituintes dos *recursos* que projetarão esta estudante a uma condição de “pessoa adulta e madura”. E, há de se notar também que, embora esses *recursos* se localizem “dentro” da própria estudante, eles só se tornarão autoevidentes a ela pela sua relação com o outro. É através desse processo que se inicia “dentro” da própria pessoa e extravasa para sua relação com o outro que atributos “internos” podem vir a se tornar *recursos* para a estudante se projetar enquanto sujeito; e, neste caso, isso significa uma pessoa “adulta”, “madura”, “fortalecida” e “segura de si”.

Minha intenção, por ora, é apenas fazer transparecer o quanto estas ideias são caras ao GTJU e o quanto elas estiveram tacitamente presentes na negociação de minha inserção no campo.

Em relação à minha participação ativa no Grupo e na equipe, como mais um sujeito e como “colaborador”, pode-se encará-la por aspectos duplamente interessantes: para os estudantes, era visto como um par, ou seja, como tendo vivenciado as mesmas particularidades que os assolam. Isso implica que, por ser “mais velho” ou “mais experiente” nessa vivência, meus *repertórios* talvez fossem mais eficazes no trato de “problemas” semelhantes aos deles. Mas, ao mesmo tempo, como antropólogo isso seria potencialmente ainda mais legítimo, pois, além de viver tal realidade, “minha função ali era justamente entender”⁴⁹ em que medida todo o processo se desenrolava e como estes *repertórios* se elaboravam. Meus *recursos*, como pessoa, e meus *repertórios*, tanto como estudante quanto como antropólogo, foram explícita ou implicitamente requisitados em diversos momentos

⁴⁹ Essa fala foi pronunciada exatamente nestes termos quando numa conversa de corredor a Psicóloga “colaboradora” do GTJU apontou a importância da minha pesquisa se tornar uma espécie de porta-voz do sofrimento vivenciado por estes estudantes. Papel este que renego veementemente, visto que, como já disse logo no início deste capítulo, minhas intenções são outras.

durante os encontros do Grupo Terapêutico e do PSM, e minhas opiniões gozaram de uma atenção inesperadamente privilegiada em muitas dessas ocasiões. Sobre as formas de como minha participação alterava a “dinâmica do Grupo”, devo apenas ressaltar que a perturbação foi mínima. Todavia, isso será mais bem explorado adiante.

Aliás, este é um debate que a etnografia desenvolvida aqui não esgota, mas pontua. Este sujeito de que tratam as instituições de Saúde Pública tem suas especificidades. Especificidades que se unificam sob o conceito de *complexidade* cujo postulado é o ponto de partida para se pensar “o sujeito como um composto”⁵⁰ de múltiplas relações entre os planos “biológico” (Natureza), “psicológico” (subjetividade), “social” (coletividade). A ação do profissional de Saúde Pública, se se consideram esses pressupostos, é multifatorial, buscando atender aos diversos planos que a experiência da “saúde” articula e evocando instrumentais de outras disciplinas:

Inicialmente, nós podemos definir um profissional de Saúde Pública como uma pessoa que contribui para a saúde de seus semelhantes pela sua reflexão sobre o meio ambiente, o contexto e pela sua tentativa de melhora do sistema coletivo de saúde. Sua ação é portanto necessariamente ampla, complexa e ainda correlata a numerosos atores, quer se trate dos usuários ou dos profissionais concernentes aos problemas levantados. Ele deverá, portanto, utilizar ou poder dialogar com outros instrumentos, como aqueles da economia ou da sociologia, passando pela epidemiologia ou meio ambiente. (PAUL, 2005: 74. Meus destaques).

É a partir destas correlações (enumeradas na citação acima) que se constrói aquilo que estes profissionais entendem como “experiência de vida”. Esta compreende a conformação única e *complexa* dos sujeitos diante daquilo que se entende por “saúde”, sejam eles usuários, sejam, inclusive, os próprios profissionais. A composição das experiências que cada um traz consigo define por quais parâmetros singulares aquilo que cada sujeito compreende como “bem-estar”. Singularidades que uma definição restrita de “saúde” nunca poderia abranger.

Por isso, a premissa extremamente fluida do “bem-estar”⁵¹ impõe a estes profissionais um paradigma de intervenção múltipla. “Promover a saúde” não pode ser tarefa de um único saber, de uma única visão sobre os fatores que indis põe o sujeito em relação a

⁵⁰ Essa frase foi repetida algumas vezes por vários profissionais da equipe: Estagiária, Psicóloga e Terapeuta Ocupacional. Quando se ia definir o tipo de olhar que deveríamos ter para o sofrimento, as minhas interlocutoras orientavam: “o sujeito é um composto...”. Um composto de que? A resposta a esta pergunta só poderia ser dada através da “experiência de vida” do usuário(a) em questão. Isto é: a princípio um composto de experiências. A equipe procurava dispor dos elementos mais significativos da narrativa do sofrimento vivido pelo usuário(a) para que, dessa forma, pudessem compreender do que essa “experiência de vida” era composta.

⁵¹ Tratarei com mais acuidade as definições de “saúde” que orientam essas instituições no capítulo II.

sua “saúde”, ou melhor, ao seu “bem-estar”. O sofrimento, antípoda do “bem-estar”, tem de ser, portanto, desmontado através de um “olhar interdisciplinar”⁵². Esta forma de olhar tem por meta decompor o sofrimento em suas diversas manifestações dolorosas (sintomas), as quais sugeririam, por sua vez, correlações particulares segundo cada biografia individual.

É necessário, em particular, considerar o humano em sua globalidade e lhe restituir seu sentido. A aceitação de uma abordagem plural, integrativa de outros sistemas antropológicos do cuidado quando são eficazes e fundamentados, seria também fonte de riqueza cultural e de economias de saúde graças à hierarquização das ações a serem empreendidas em função dos sintomas e das oportunidades de cada uma. Nessa mesma linha, supõe-se a substituição da causalidade simples por uma abordagem multifatorial, com a globalidade devendo fazer o contrapeso à hiper-especialização. (PAUL, Idem: 75. Meus destaques).

Apenas um comentário sobre estas últimas citações. Não quero, com elas, traduzir os conceitos emergentes do campo. As referências sobre as questões da multi, inter e transdisciplinaridade apareceram poucas vezes nas falas dos profissionais do PSM. E, ainda, sem que conseguíssemos extrair, dos raros contextos em que elas foram pronunciadas, definições mais precisas ou acabadas. Não conseguiria, desta forma, reproduzir com fidedignidade os enunciados em que eles foram explicitados. Os momentos em que eles eram acionados pediam ao antropólogo outra espécie de atenção especial; momentos cuja interrupção do que se desenrolava ali não podia se dar através de anotações literais ou de pedidos de esclarecimento pontuais àquele que não era da “área da saúde”. Não obstante, os documentos dos Projetos e a proposição dos Programas, em geral, não deixavam de evocar este tipo de referência meta-teórica. Questões metodológicas concernentes ao tema das disciplinas no campo da Saúde Pública, na visão desses profissionais, evocavam referenciais acadêmicos extremamente dinâmicos. No entanto, as apropriações que se faziam nem sempre observavam os rigores epistemológicos propostos nos textos, mas, certamente, tais textos se apresentavam como paradigmas de diálogo entre o que se propunha e o que se fazia.

O debate e a história sobre as especificidades dos usos dos termos multi, inter, pluri e transdisciplinar é extenso (cf. ALVARENGA et al, 2005, ALMEIDA FILHO, 2005). Alvo de estudos profundos nas Ciências Humanas em Saúde, não poderia pretender reproduzi-los aqui. Àqueles leitores interessados em seguir no assunto, recomendo como fonte de pesquisa três periódicos em particular: *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, a *Saúde e Sociedade* e a *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Embora grande parte destes estudos

⁵² Expressão utilizada pela Terapeuta Ocupacional.

seja empreendida por cientistas sociais, tenciono tratá-los (em sua maioria) como um dos discursos que compõem os saberes nativos. É importante ressaltar que a busca por tais referências se deu justamente por observar que, diante das intenções ideológicas da USE, havia um notório esforço de seus profissionais em tornar a cooperação entre as disciplinas terapêuticas um fato.

Por ora, cabe pontuar as reais medidas da relação multi-inter-transdisciplinaridade na constituição do meu campo de pesquisa. O paradigma da interdisciplinaridade é o elemento unificador da proposta existencial da USE. Em se tratando de uma instituição que compactua com esta maneira de olhar o fenômeno do sofrimento e do adoecimento, é imprescindível que ela procure integrar diversas disciplinas (multidisciplinaridades) com o intuito de “promover” uma intervenção concertada e hierarquizada das ações, e que, desta forma, elas possam propor uma interpretação da trajetória e das principais causas atuantes na produção desse fenômeno. Isso quer dizer, mais simplificadamente, que o “olhar interdisciplinar” propõe um paradigma filogenético para o fenômeno de “adoecimento/sofrimento”. Entretanto, a emergência do fenômeno e de suas principais causas impõe uma determinada relação hierárquica entre os elementos que compõem essa experiência. Essa hierarquia é ainda tributária de um olhar biomédico, pelo que pude observar nas demandas que a USE atendia. Ou seja, antes de serem encaminhados à instituição, a maioria dos usuários havia passado por investigações clínicas neste âmbito. Tivessem ou não algum diagnóstico para o fenômeno que os perturbava, os usuários encaminhados à USE já dispunham de algumas interpretações “causais” sobre a interconexão entre as dores que se sentia e que compunham seu sofrimento. A Biomedicina se não puder resolver definitivamente o “problema” das dores, tentará de todas as formas suavizá-las para que as intervenções terapêuticas consigam surtir melhores efeitos. Esse é o pensamento nativo mais ou menos disseminado entre os usuários e terapeutas: compete à Biomedicina atuar nas dores de um sofrimento, via de regra, através da medicalização.

Mais uma vez, antecipo um momento de discussão do Grupo Terapêutico (G2, ver no capítulo III), em que as terapeutas insistem na importância de uma ação conjugada entre os saberes terapêuticos e biomédicos, para aliviar os “pensamentos obsessivos e repetitivos” de Fábio (27 anos, doutorando da Engenharia de Materiais):

Psicóloga: O que é pra você procurar um psiquiatra, precisar de ajuda, fazer uso de medicação?

Fábio: A medicação eu não queria, ficar tomando. Mas conversar com o médico, ok, só que eu não queria tomar remédio...

Terapeuta Ocupacional: Por que não?

Fábio: Ah, eu não queria ficar tomando essas coisas, sei lá.

Terapeuta Ocupacional: Tá preocupado?

Fábio: Não é preocupado, é ter compromisso, ficar tomando esse negócio, comprar remédio.

Terapeuta Ocupacional: Só depois de falar com a psiquiatra você vai ver se tem necessidade ou não. Mas o que será que é mais difícil? Ficar com esse pensamento repetitivo e as ações sendo repetidas, ou utilizar se necessário, se for indicado, uma medicação, por um período para que as coisas normalizem e também participar de psicoterapia, pra aliviar durante esse processo.

Fábio: Você tem toda razão: mais fácil receber ajuda.

Tentando reconfigurar os parâmetros de um diálogo que ainda se encontra refém das explicações biomédicas a respeito da dor e do sofrimento – como se este último fosse necessariamente uma consequência das dores –, a transdisciplinaridade pretende reivindicar um novo paradigma epistemológico para a “saúde”. A *complexidade* das vivências individuais, como princípio, e a horizontalização das “causas” que compõem o sofrimento, como método, requerem um novo exercício de investigação multidisciplinar para se produzir uma “saúde” coerente com as concepções de “bem-estar”, caso a caso. Detalhes e sutilezas entre os termos que dificilmente seriam acessados apenas pelo discurso dos profissionais. No entanto, a atualização destes termos na prática institucional obedecia a contextos diferentes. O “olhar interdisciplinar” privilegiava o percurso do fenômeno “doença-sofrimento-saúde”. A particularização dos componentes do sofrimento de cada usuário, isto é, a *complexidade* como “paradigma epistemológico” de um sofrimento que engloba uma vivência, requisitava uma nova disposição metodológica dos profissionais: a busca por uma “ação transdisciplinar”.

Dito de outra forma: se a composição do sofrimento e/ou da “doença” pede um “olhar interdisciplinar” por parte dos diferentes agentes institucionais de saúde, biomédicos e terapeutas – cada qual tomando seu próprio saber como referência de hierarquização para abordar as “principais causas do fenômeno” –, o paradigma de **intervenção** é, no entanto, transdisciplinar. Se o primeiro revela resistências em se abandonar certa ontologia privilegiada no entendimento da “saúde”, da “doença” e do sofrimento, o segundo atualiza novas exigências metodológicas para atuar na produção da “saúde” e, não menos, do sujeito.

Podemos encarar o sofrimento desses jovens de diversos ângulos. Mas, na hora de propor uma atividade, de elaborar um repertório junto com eles, temos que ajustar, sintonizar nossos olhares... Tem que haver uma transa, uma troca dos nossos conhecimentos, né (risos)... pra que eles sejam instrumentos que permitam esses jovens construir sua saúde... tem que haver o que nós chamamos aqui, Victor, de transdisciplinaridade. Os nossos limites técnicos podem servir pra eles [estudantes] pensarem os próprios limites do sofrimento que eles têm passado e que, por diversas circunstâncias, não encontraram ninguém disposto a acolhê-los⁵³.

Isto significa mais precisamente que se o “objeto” do “olhar interdisciplinar” visa a reconstituição global da experiência de sofrimento, a partir das múltiplas relações hierárquicas entre os saberes que “observam” esse sujeito, a transdisciplinaridade procurará reconfigurar os parâmetros constituintes desse sujeito modulando-o de acordo com suas próprias referências de “bem-estar”. Para os profissionais da USE esta nova formatação se daria através de uma ação concertada de várias disciplinas em prol de um objetivo comum: auxiliar o indivíduo a “promover sua saúde”.

Embora, dentre os profissionais, esta distinção jamais possa ser absolutamente dicotômica, proponho **apenas** como modelo que o “olhar interdisciplinar” **tende** preferencialmente à análise do “objeto” de intervenção da “saúde” – isto é, a composição do sofrimento –, enquanto que a **intervenção** transdisciplinar **tende** à “fabricação” de um sujeito (cf. GASTON, 2005), ou melhor, de um sentido singular que une o sujeito ao seu sofrimento.

Esse panorama técnico, teórico e ideológico constitui alguns dos critérios que definem as fronteiras deste campo de pesquisa. O paradigma da intervenção transdisciplinar (orquestrada por uma equipe multidisciplinar)⁵⁴ é o que possibilita tanto a inserção do antropólogo no papel de “colaborador” quanto a instrumentalização de uma certa Antropologia – a qual cumpriria um papel relativizador da univocidade de certos percursos terapêuticos. Ou seja: havia um espaço possível para o antropólogo dentro desse contexto. Como indica um dos interlocutores deste campo, a transdisciplinaridade imputa uma certa atitude construtivista⁵⁵ diante da experiência de sofrimento que, em vista de sua composição *complexa*, mobiliza diversos olhares relativos:

⁵³ Esta fala da terapeuta ocupacional do GTJU não está reproduzida aqui *ipsis litteris*. Esse comentário foi mencionado quando fazíamos um balanço do primeiro encontro de Grupo conduzido por ela e da qual eu havia participado pela primeira vez. Para não ser deselegante, anotei algumas palavras marcantes desse enunciado – as que estão destacadas na fala – e tentei reconstituí-lo após me retirar da USE.

⁵⁴ Sobre as diferenças que implicam, e sobre a possibilidade de uma relação suplementar entre multi e transdisciplinaridade ver ALMEIDA FILHO, 2005.

⁵⁵ Nos termos piagetianos, isto é, que propõe (simplificando exageradamente) o conhecimento como resultado de interações constantes entre o aparelho sensorio-motor e cognitivo do indivíduo com toda forma de ambiente que o circunda: físico-ambiental, sociocultural, político-econômico, etc. O sujeito, para Piaget, é necessariamente um resultado da interação, já que não se têm sujeitos e objetos anteriores à ação. O acesso ao conhecimento é,

Mais que objetos ou campos, a transdisciplinaridade propõe uma atitude, um percurso. Seu duplo elemento federativo seria uma concepção das interfaces entre os objetos disciplinares e uma concepção do sujeito construída segundo uma epistemologia complexa na qual seu discurso, suas práticas, suas ações são produtoras de sentidos. O recurso constante à multireferencialidade, que compõe o paradigma da complexidade, alimenta uma dimensão antropológica global que interessa à Saúde Pública. (PAUL, idem: 77. Meus destaques).

Diante dessas mobilizações teórico-discursivas é que se poderá apreender os principais motes que envolvem a intervenção terapêutica do GTJU. Sofrimento e dores se articularão de maneira *complexa* (e isto é uma premissa) reivindicando um olhar intersticial para suas relações. Mais do que as certezas, são as dúvidas que cada forma de olhar (disciplina) interpõe às experiências de sofrimento que serão dignas de um interesse suplementar. A incerteza de uma disciplina se configura numa boa oportunidade de se abrir a sugestões e relativizar diversas visões sobre o fenômeno.

2-) A Unidade Saúde Escola

2.1.) A Instituição: objetivos

Localizada na área de expansão norte da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), a Unidade Saúde Escola (USE) surgiu com intuito de promover ensino, pesquisa e extensão aos discentes e docentes dos cursos da área de saúde desta universidade; a saber: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem, Educação Física e, mais recentemente, Medicina. Inaugurada em setembro de 2004, a USE funcionou em caráter experimental com atendimento reduzido até o final deste ano. A Portaria N° 869 de 5 de novembro de 2004 a vincula diretamente à Reitoria da UFSCar, isto é, a USE é uma instituição regida tanto pelo estatuto da UFSCar quanto pelas normas de seu Regimento Interno⁵⁶. Tal Portaria cede a USE o direito de exercer sua autonomia didático-científica “nos termos da legislação educacional da UFSCar” e a sujeita “aos limites institucionais de autonomia administrativa, de gestão orçamentária e patrimonial”. Os princípios que norteiam

portanto, sempre parcial. Não se pode estabelecer as propriedades anteriores dos sujeitos e dos objetos. Essas propriedades se definem pelas circunstâncias que implicam um e outro. (cf. PIAGET, 1975).

⁵⁶ Anexo A.

a natureza da instituição estão calcados nos seguintes valores, definidos no Artigo 3º de seu Regimento Interno:

- I- *Respeito aos valores humanos;*
- II- *Eficácia e efetividade nas intervenções;*
- III- *Qualidade no atendimento;*
- IV- *Equidade e universalidade;*
- V- *Integralidade nas ações;*
- VI- *Trabalho interdisciplinar;*
- VII- *Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.*

Somados a estes propósitos, a carência do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Carlos no que tange a atendimentos terapêuticos de médio e longo prazo colaborou para que a existência da instituição fosse possível. Absorvendo parte da demanda dos municípios da região, a USE é também um centro de referência no tocante às ações voltadas para “reabilitação física e mental”. Suas finalidades buscam responder a esse contexto, através da “eficácia e efetividade nas intervenções” (Artigo 4º do Regimento Interno):

- I) *prestar assistência qualificada e gratuita a todo cidadão dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde;*
- II) *formar e qualificar profissionais na área de Saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia e*
- III) *divulgar o conhecimento produzido, tornando-o acessível a quem de interesse.*

Segundo os critérios do SUS, a USE é uma instituição ambulatorial de média complexidade vinculada ao Departamento Regional de Saúde 3 do estado de São Paulo, cujo município sede é Araraquara. Essa Regional compreende os municípios de São Carlos, Ibaté, Descalvado, Santa Rita do Passa Quatro, Porto Ferreira, Dourado e Ribeirão Bonito. Além de entrelaçar educação e pesquisa com as demandas locais advindas do SUS, em termos ideológicos e estatutários a USE se pretende uma Unidade de Saúde calcada nos princípios da interdisciplinaridade. Acredita-se, dessa forma, que tal mecanismo é a condição *sine qua non* para “aprimorar a qualidade da formação de profissionais e da assistência em saúde, integrando os cursos de saúde da UFSCar”⁵⁷. Seus horizontes éticos prezam pela “integralidade, humanização, eficiência e resolutividade no atendimento”.

Conforme rege o Artigo 5º de seu Regimento Interno:

⁵⁷ Ver no site: http://www2.ufscar.br/comunidade/use_apresentacao.php . Acessado em dezembro de 2007.

*A USE tem por finalidade desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão no âmbito da saúde, integrando diferentes áreas do conhecimento e campos de atuação profissional de forma **interdisciplinar**, indissociável e compatível com os princípios que regem a UFSCar.*

Como apresentei na seção anterior, a interdisciplinaridade, como paradigma de uma abordagem filogenética sobre o fenômeno “doença-saúde”, imputa uma determinada relação hierárquica na investigação dos processos que levam ao sofrimento. A Biomedicina detém, nesse contexto, a primazia sobre o tratamento das dores e de suas descompensações “físico-orgânicas”. Perseguindo as variações de uma normatividade biológica, sua interferência se dará em nível metabólico e estrutural, buscando sempre atingir o que se julga um funcionamento “normal” das atividades orgânicas e proporcionando ao indivíduo “doente” encarar seu sofrimento de maneira menos perturbadora. No entanto, como ressaltai no capítulo I a respeito dos estudantes, o sofrimento tende a englobar a “doença”, tanto na ótica dos usuários quanto dos profissionais. Concomitantemente ou posteriormente ao saneamento “físico”, “metabólico” ou “estrutural” é necessário, portanto, um investimento contra o sofrimento em sua manifestação mais holística. Isto é, o alvo da intervenção do tratamento deixa de ser aquilo que é comumente reconhecido como “fato ou agente mórbido” e passa a ser a própria manifestação do “estado de morbidez”, ou seja, o sofrimento experimentado pelo sujeito. E é aí que entram as metodologias terapêuticas acionadas pela USE. A Saúde Pública vem tentando incorporar este novo paradigma direcionando suas críticas à sobredeterminação terapêutica dos protocolos de atendimento. Esta sobredeterminação nada mais é do que um produto da primazia científica da Biomedicina sobre as manifestações do sofrimento e cujos postulados, definitivamente, não incorporaram as concepções de “saúde” ou “bem-estar” da população. Isso ocorre justamente porque a Biomedicina se pretende um sistema explicativo universal, enquanto que a definição de “bem-estar” privilegia uma vivência extremamente subjetiva da experiência “saúde-doença”. O texto de Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz, intitulado “O conceito de saúde” aponta com severidade para esta questão:

*Do fato de, cientificamente, serem conhecidos muitos “determinantes” genéticos, culturais e até físicos, químicos e biológicos de muitas patologias, decorrerá o direito ou não de intervir sobre essas diferenças quando o sujeito, manifestando sua vontade, não desejar essa intervenção? O que é um doente? Um ser humano diferente, que talvez tenha sua vida encurtada. **O que é sofrimento? É dor, inteiramente subjetiva, qualquer que seja sua origem.** O tratamento de uma doença, qualquer que seja, ele apenas será legítimo (e, conseqüentemente, ético), se o “doente” manifestar vontade de*

ser ajudado. (...) Retornando a considerar os condicionamentos, dos genéticos aos sociais, não existem todos eles, tanto nos “sãos” quanto nos “doentes”? A autonomia é uma condição que não se outorga a quem quer que seja: ou se reconhece, ou se nega. (SEGRE; FERRAZ, 1997:541).

Voltando aos aspectos práticos, as “ações de saúde” da USE podem se dar tanto através de atendimentos individuais como em grupo. A Psicologia e a Terapia Ocupacional, por exemplo, lançam mão dessas duas formas de terapêutica com sua clientela, normalmente reservando para o atendimento grupal o que se pode classificar (na nosologia nativa) de “transtornos leves e moderados”. Existem também grupos terapêuticos para atender as “necessidades especiais de saúde” de idosos, crianças e mulheres, cada um destes associados aos respectivos Programas. Estas “necessidades especiais” se constituem, para os profissionais, em boas oportunidades de colocar em prática a abordagem interdisciplinar já que a intervenção pretendida busca uma “ação plural”, isto é, mais de uma disciplina intervirá na promoção do “bem-estar” destes usuários trabalhando todos os aspectos relacionados ao sofrimento, sejam eles “físicos”, sejam eles “psicológicos”. Os Programas temáticos – como o da Mulher, do Idoso, da Criança e da Saúde Mental – são compostos de profissionais, técnicos e docentes de áreas disciplinares diversificadas: notadamente, os da Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Medicina da área específica (como a pediatra, do Programa da Criança, e a psiquiatra do PSM); por isso são chamadas de equipes multidisciplinares. A Fisioterapia, embora participe auxiliando outros Programas (como o do Idoso, por exemplo), é uma área disciplinar mais fechada nesse aspecto. Entretanto, ela se divide numa ampla gama de especialidades: fisioterapias respiratória, ortopédica, neurológica, ginecológica, cardiovascular, reumatológica e geriátrica. A interdisciplinaridade para esta área tende a se concretizar através de um diálogo “intradisciplinar” entre essas especialidades, principalmente quando o caso requer intervenções múltiplas (como, por exemplo, entre a fisioterapia cardiovascular e respiratória, ou entre a ortopédica e a reumatológica). A exceção parece ser o “Grupo de Coluna” que é cuidado tanto por fisioterapeutas quanto por educadores físicos.

Sendo estes os temas e os “objetos” sobre os quais se justifica a existência da USE, a instituição elenca como metas de funcionamento a consecução dos seguintes objetivos, definidos no Artigo 6º de seu Regimento:

- I) *Atuar na perspectiva de atendimento integral ao usuário, da promoção de saúde à reabilitação;*
- II) *Contribuir para o equacionamento de problemas sociais que determinam e condicionam o nível de saúde da população;*

III) *Colaborar na formulação e execução de política voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade;*

IV) *Oferecer condições para a realização de atividade docente, de pesquisa e de extensão no campo das ciências da saúde e afins;*

V) *Formar e aperfeiçoar pessoal para o exercício profissional especializado e não especializado, levando em conta a realidade sanitária e sócio-econômica e as peculiaridades do mercado de trabalho;*

VI) *Manter o intercâmbio cultural e científico com instituições congêneres afins, nacionais e internacionais;*

VII) *Favorecer a participação de sua comunidade interna e externa no contínuo desenvolvimento qualitativo de suas tarefas e atividades.*

Este Artigo do Regimento é bastante esclarecedor. Destacam-se dele as noções que permearão as táticas terapêuticas observadas *in loco* pela minha pesquisa de campo, bem como os discursos enunciados por professores, técnicos, e estagiários. As intervenções terapêuticas almejam, segundo os discursos e as práticas, “promover saúde de forma integral”: “reabilitando”, “recuperando” e “protegendo” o indivíduo e sua relação com a sociedade (cf. BRASIL, Ministérios da Saúde, 2006). Se a consecução do “bem-estar” depende de uma relação “consciente” e “responsável” do indivíduo com determinada comunidade de valores⁵⁸, a “integralidade da saúde” tem de ser capaz de atravessar o indivíduo “de dentro para fora” e ligá-lo aos “mundos” aspirados e partilhados pelos seus pares. Neste contexto, cada usuário configura uma boa possibilidade de um “estudo de caso” e, portanto, de aprendizado coletivo. Na ótica dos defensores desse tipo de abordagem mais aberta, menos refém de determinismos que elidam a experiência em favor de um “fato” ou de uma “causa”, a “integralidade” e “autonomia” do sujeito são os verdadeiros e legítimos “objetos” da definição de “saúde”:

... a abordagem “de dentro para fora” do ser humano, onde o que mais conta é o subjetivismo do indivíduo, recorrendo-se inclusive à teoria e à vivência psicanalítica para sua fundamentação, pode parecer despropositada e fora do contexto de saúde pública. Não é isto que se pensa. O destaque à autonomia do ser humano (...) talvez dê uma condição melhor de entender a virtual ineficácia de políticas de saúde em determinados casos e circunstâncias. (...) E, concluindo, dentro desse enfoque, não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade? (SEGRE; FERRAZ, 1997:541).

⁵⁸ Sobre o papel que a ideia de “cidadania” exerce na articulação das noções de “consciência” e “responsabilidade” como qualidades necessárias ao “sujeito integrado à sociedade”, ver DUARTE et al., 1993.

Tomando estes objetivos explícitos, arriscarei a seguir uma breve análise fragmentada de algumas concepções implícitas no Artigo 6º do Regimento da USE.

No primeiro parágrafo (I) a ideia de “integralidade” revela que a percepção de “saúde”, do ponto de vista de quem intervém sobre ela, pode ser representada por uma noção de totalidade. Esta totalidade é composta de diversas dimensões (psicológica, fisiológica, biomecânica e, há de se destacar, sociológica: vide os parágrafos seguintes) entrelaçadas e correlacionadas entre si. O funcionamento destas dimensões deve comungar em prol do “bem-estar” de cada usuário, correspondendo aos critérios de “normalidade” (CANGUILHEM, 1978: 211-212) estipulados numa negociação ininterrupta entre ele e os profissionais da saúde.

Seguindo esta percepção, nota-se no segundo parágrafo (II) a nítida relação entre “problemas sociais” e o “nível de saúde da população”. Portanto os profissionais da saúde diante dos novos paradigmas interdisciplinares têm de considerar fatores de ordem sociológica no incremento das modalidades de sofrimento. Explicar suas “causas” é também interpretar suas origens. O contexto faz toda diferença e não pode ser negligenciado. Há no mínimo a necessidade de relativizá-los à luz de seus condicionantes sociais, políticos e culturais. Essa forma de olhar para o sofrimento demonstra que mesmo havendo uma primazia explicativa desta ou daquela disciplina sobre as suas principais “causas” o fenômeno em sua totalidade requer olhares diversos a fim de produzir uma “saúde” conveniente aos “mundos” com os quais o indivíduo interage. Se para o fenômeno do adoecimento observa-se, ainda, a preeminência teleológica do olhar biomédico, o sofrimento põe em evidência uma disposição relativizadora dos saberes terapêuticos sobre as dores que se associam na configuração deste discurso. Daí que todo caso requer alguma contemplação, de preferência multidisciplinar. Definir suas principais “causas” é determinante apenas para “encaixar” o usuário neste ou naquele Programa, mas não reduz a intervenção sobre o sofrimento apenas às “causas” mais aparentes. Esta configuração terapêutica que busca captar a singularidade de cada caso é fundamental à eficácia da “ação em saúde”, pois se trata de uma população bastante heterogênea e, por princípio, a “saúde” do usuário é coextensiva às concepções de “saúde” disponíveis nos “mundos” que ele figura.

Sendo a USE uma instituição de Saúde Pública e também acadêmica, suas concepções ideológicas e suas práticas representam bem essa tensão nunca resolvida: qual seria a “boa-medida” para interrelacionar as condições mais gerais que favorecem determinadas formas de adoecimento coletivo (como o alto índice de universitários que se dizem com *depressão*) com as singularidades que cada indivíduo articula na confecção de seu

sofrimento (por exemplo, quando os universitários apontam que o *sofrimento psicológico* engloba diversos fatores particulares que não se resumem à “doença” em si)? Madel Luz identifica essa tensão como constituinte da *complexidade* do campo da Saúde Coletiva:

A complexidade atual do campo da saúde coletiva permeia tanto suas práticas como seus discursos disciplinares e suas formas de expressão acadêmicas, neles originando um conjunto de mediações de natureza não apenas teóricas (entre as disciplinas que compõem o campo), como política, social e cultural, se considerada a escala hierárquica dos agentes que intervêm nas práticas e na produção desses saberes disciplinares e se consideradas também as diferenças de formação e inserção na cultura desses agentes institucionais: docentes, pesquisadores, gestores, profissionais do cuidado, emissores de discursos e normas etc. Em consequência, o campo lida com duas lógicas de “regime de produção de verdades”, parafraseando Foucault (1966), que devem ser claramente percebidas e diferenciadas, pois remetem à natureza híbrida (teórico/prática) da Saúde Coletiva: a) a lógica teórico epistemológica de produção de conhecimento, seja ela interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar em que se origina, e b) a lógica operativa e pragmática da eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida, no sentido da erradicação ou controle do adoecimento coletivo. **Essa dupla complexidade do campo impede, a nosso ver, que se adotem explicações teóricas monocausais neste campo, ao menos no sentido da causalidade mecânica, em grande parte ainda dominante no campo das biociências.** (LUZ, 2009: 306. Meus negritos).

No terceiro parágrafo (III) fica evidente que, na ótica da instituição, “saúde” não é mais uma questão de saneamento. As políticas de saúde atuais têm como lema palavras de ordem como “prevenção” e “promoção”. “Prevenir” sugere que os usuários sejam capazes de identificar “situações e comportamentos de risco”, bem como as “vulnerabilidades” inerentes à sua trajetória e ao seu contexto social. “Promover a saúde” significa que, de posse de conhecimentos preventivos sobre si e sobre seus “mundos” o usuário seja capaz de se portar como sujeito de seu “bem-estar” e, com isso, buscar as condições necessárias à sua realização individual. Ou seja, a “saúde” parece articular, sob estes conceitos, conhecimentos de ordens diferentes, coletiva e individual, respectivamente. No entanto, esses conhecimentos se pretendem contínuos nas atualizações que o sujeito é habilitado a fazer em prol de sua “saúde”.

Neste sentido, “capacitar o indivíduo a construir os parâmetros de uma vida saudável”⁵⁹ propõe aos usuários modelos mais ou menos “adequados” de conduta pessoal. A “saúde” é, portanto, o termo que autoriza a passagem dos particularismos do sofrimento de cada usuário ao contexto social de produção de certas “morbidades”. Das formas subjetivas de

⁵⁹ Fala pronunciada pelo Terapeuta Ocupacional do GTJU.

experimentação da “saúde” ou do “desajuste”, os/as terapeutas terão de apontar formas eficazes de enfrentar um “problema individual” que, por sua vez, revelará as condições para o estabelecimento de melhores relações com suas coletividades. Se os discursos sobre o sofrimento, observados nesta etnografia, apontam para uma formulação bastante “mundana” a respeito das dores, é sobre estes “mundos” que os/as terapeutas tentarão interceder: conhecendo, aprendendo e trabalhando a partir deles, para que o indivíduo se sinta “adequado”, não só à sua “saúde”, mas principalmente à sua vida e os anseios que ela comporta. É por isso que a “saúde” é considerada como um dos termos privilegiados da relação indivíduo e sociedade a qual deve atender pelos critérios mínimos da “cidadania”, segundo a ideologia do SUS (cf. BRASIL, Ministério da Saúde. 2006).

Dando continuidade à análise, os parágrafos seguintes (IV, V, VI e VII) se referem aos “princípios estratégicos” sobre os quais a instituição busca cumprir seus fins pedagógicos. É notório, pelo menos em nível ideológico, a disposição em se traçar Projetos de conhecimento sobre a população heterogênea assistida pela USE. Sabe-se de antemão e por princípio que a “saúde” não depende apenas de técnicas de “conserto”, mas principalmente das significações disponíveis ao Campo Moral⁶⁰ dos usuários; trava-se, desta forma, um processo de conhecimento e negociação entre usuários e profissionais. O único termo comum, axioma com plenos poderes de produzir um consenso entre ambos, é a vaga e plástica noção de “bem-estar” (e seja ela qual for, estará sempre atrelada aos princípios subjetivos de cada usuário) tomada como sinônimo de “saúde” (cf. WHO [OMS], 1948).

Compreende-se assim, de maneira mais clara, a necessidade do parágrafo VII: a participação de toda a comunidade interna e externa à USE, na condição de “colaboradores”, é de muitas maneiras desejável. Os Programas cumprem, neste sentido, a função de separar e classificar esses “mundos” em que sua demanda transita. Os “mundos” dos idosos, os “mundos” das mulheres, os “mundos” das crianças, os “mundos dos sofredores” em geral, cada um deles poderá ser alvo de um Projeto, vinculado aos respectivos Programas temáticos. Projetos se configuram como estratégias de recorte e aproximação de usuários que comungam de alguns “mundos” comuns: exemplo encarnado pelo GTJU que

⁶⁰ Mais uma vez a palavra campo nesta expressão se refere a um uso bourdiano. Por “Campo” tomo a definição de BOURDIEU (1989 e 2002). Nesta concepção, os “Campos” são sistemas de inter-relação mínimos entre pessoas, coisas e conceitos articulados por conjuntos simbólicos que produzem um sentido a certas “visões de mundo”. Estas inter-relações entre os sistemas e entre os sujeitos que participam destes sistemas envolvem a disputa por alguma forma de capital simbólico que, por sua vez, servem de lastro à produção de categorias que entram na definição destas “visões de mundo”. Campo Moral, neste sentido, é o conjunto de valores que delimitam aspectos positivos ou negativos associados à significação destas “visões de mundo” dentro do jogo de disputa dos significados associados à extensão deste “mundo”.

reúne sujeitos de um mesmo universo de significação (universitários) com experiências semelhantes (*sofrimento psicológico*).

Há, portanto, no sentido de corroborar esses princípios epistemológicos e metodológicos, o “Pólo de Formação e Capacitação” da USE. A instituição se predispõe a fornecer o espaço e organizar cursos, minicursos, seminários, congressos e palestras com a finalidade de integrar e discutir diferentes perspectivas sobre “saúde” das pessoas envolvidas (profissionais e usuários) com os Programas da USE. Durante minha pesquisa de campo tive a oportunidade de assistir algumas palestras e debates sobre o SUS e seus novos paradigmas; eventos estes organizados para atender as finalidades que o Pólo propunha. O objetivo deste Pólo é, explicitamente, capacitar e construir estratégias de formação e desenvolvimento para profissionais e usuários segundo as diretrizes ideológicas do SUS. Conforme enuncia o site da USE⁶¹:

*Essas diretrizes contemplam a **qualificação da atenção e gestão em saúde**, além do **fortalecimento da participação social** na perspectiva de impactar positivamente a saúde individual e coletiva. Outras duas atividades do Pólo visam contribuir para a construção da rede de gestão e de serviços e para a avaliação periódica das **estratégias de educação permanente desenvolvidas na USE**. (Grifos meus).*

Lembremos, como foi dito acima, que a “qualificação”, “capacitação”, ao menos discursivamente, são de acesso livre, inclusive aos usuários. Esse tipo de discurso tem implicações nos modelos de atendimento da Unidade. O GTJU representa bem essas ressonâncias quando toma para si os paradigmas filogenéticos da interdisciplinaridade e metodológicos da transdisciplinaridade, como ponderei no capítulo anterior. De forma que cabe indicar mais uma vez que a “promoção da saúde” está indissociavelmente ligada, seja em termos ideológicos, estatutários ou programáticos às dimensões pedagógicas que envolvem todos os atores neste cenário: “educação”, “reeducação”, “capacitação”, “formação”, “adaptação”, etc. Todos estes termos evocam os aprendizados necessários à incorporação do indivíduo enquanto sujeito de uma coletividade: um “sujeito grupalizado”. E ainda há de se ressaltar que o conhecimento produzido sobre Saúde Pública e/ou Coletiva exige uma “colaboração” de todos os atores envolvidos na sua “promoção”: inclusive e principalmente dos usuários; pois se trata de uma instituição de pesquisa científica que almeja constituir um

⁶¹ Não por acaso, o sítio da USE no site encontra-se junto ao tópico “Comunidade”. Ver em: http://www2.ufscar.br/comunidade/use_capacitacao.php.

conhecimento “realístico” acerca das experiências de “saúde” e de sofrimento daqueles sobre os quais ela intervém.

Pontuadas essas especificidades da instituição, principalmente no que concerne aos seus aspectos acadêmicos, partirei para a descrição de sua infra-estrutura arquitetônica, humana e burocrática.

2.2.) Infra-estrutura

O prédio da USE é um espaço amplo, arejado e bem iluminado pela luz solar em toda a sua extensão. A construção não possui andares ou degraus. Ela foi construída em forma de um aclave tomando como referência sua entrada. Constitui-se atualmente por 4 Blocos, cada qual abrigando salas e equipamentos necessários aos Programas e profissionais que se encontram instalados. A acessibilidade aos espaços internos é extraordinária.

O Bloco 1 comporta a sala de entrada que contém à esquerda a recepção e, em corredor adjacente, sala de arquivo, sala de reuniões para os estagiários com quatro computadores disponíveis conectados a internet, banheiros para profissionais e estagiários, 4 salas com capacidade para 30 pessoas e um auditório para 70 pessoas com recursos multimídias. À direita um pátio amplo com cadeiras almofadadas para espera do atendimento com televisores, revistas e banheiros grandes e adaptados a “necessidades especiais”. Paralelamente à frente desse pátio se estende um corredor de salas (em frente e verso, como se fosse um edifício horizontal de pequenas salas) para atendimento individual e em grupo, utilizadas para diversos tipos de atividades terapêuticas. Algumas delas contam com compartimentos anexos dotados de espelho unidirecional, através do qual profissionais, estagiários e pesquisadores poderiam, em tese, observar os atendimentos sem interferir nos mesmos. Esse bloco ainda abriga uma sala com cabine e aparelhos para fonoaudiologia, uma sala com equipamentos para eletroencefalograma, uma sala para atendimentos e atividades específicas para área de ginecologia, uma sala própria às “dinâmicas de grupo” com equipamentos audiovisuais e um ginásio para atividades da área neurológica.

O Bloco 2 é constituído basicamente por ginásios que possibilitam acesso à área externa da USE, à direita, e salas de procedimentos clínicos, à esquerda. Também, adjacente aos ginásios, integra-se um ambiente específico para atividades aquáticas, onde se verifica a existência de uma piscina com visor de vidro para a observação das atividades terapêuticas em seu interior. A parte que concerne aos atendimentos clínicos constitui-se de salas para o desenvolvimento das atividades de enfermagem como curativos, aferição de

sinais vitais, central de esterilização, sala para atenção farmacêutica, entrada e saída específica para ambulâncias e sala de emergência com cardioversor (instrumento que promove uma descarga elétrica a fim de estabilizar os ritmos cardíacos).

O Bloco 3 é composto por uma ala administrativa, à esquerda, e outra voltada para os atendimentos, à direita. Esta última contém um ginásio para “atividades expressivas”, que lembram um estúdio de balé ou sala de ginástica de uma academia (composta por espelhos e barras de apoio), onde se realizam atendimentos para os grupos de reeducação postural e técnicas de relaxamento e *Self-Healing*⁶².

Há também, nesta ala, dois espaços que se revelaram imprescindíveis à pesquisa de campo: a Sala-Oficina e o Ambiente de Vida Diária, também conhecida como “casinha” ou “casa experimental”. Esta tem por finalidade reproduzir um ambiente doméstico com sala, quarto, banheiro, cozinha todos mobiliados e equipados como uma casa comum. Pretende-se com isso “ensinar” e/ou “reensinar” aos usuários novas formas de “sobrevivência” e “adaptação” cotidiana. A “casinha” ainda comporta um corredor anexo à sua extensão composto por um espelho unidirecional e equipado com câmeras digitais, microfones e alto-falantes para proporcionar uma maior interatividade entre supervisores e terapeutas. Já a Sala-Oficina é um espaço amplo, arejado e iluminado, extremamente bem equipada para “atividades manuais”, fazendo jus ao nome. Era na Sala-Oficina onde se realizavam os encontros do GTJU. Ela contém duas bancadas grandes de madeira para realização de diversos trabalhos, uma pia com uma bancada de granito, dois teares, duas máquinas de costura fixas com pedal (além de algumas portáteis), uma bancada de marcenaria com ferramentas de todo os tipos (esquadro, compasso, serra “tico-tico”, cordas de vários tipos de entrelaçamento e calibres, arame, madeiras, azulejos, etc.), um torno e um forno elétrico para cerâmica, instrumentos escolares diversos (sulfites de vários tamanhos e cores, cartolinas, giz de cêra, tinta-à-óleo, tinta acrílica, colas quentes, colas comuns, pincéis atômicos, pincéis de cerdas de vários calibres, argila, etc.), instrumentos para cultivos de vasos (terra, adubos, sementes), instrumentos para costura (linhas de todos os tipos, tamanhos, cores, agulhas para costura, crochê, etc.), e uma estante repleta de revistas e jornais para serem usados em composições artísticas⁶³.

No segundo semestre de 2008 foi inaugurado o Bloco 4, o qual não tive a oportunidade de conhecer com muitos detalhes. Ali se consolidou um espaço específico para atender projetos relacionados à área infantil e pediátrica que viria se chamar “Unidade da

⁶² Darei maiores detalhes dessa técnica no capítulo seguinte.

⁶³ No Anexo F: fotos da sala-oficina e dos trabalhos realizados.

Criança”. Em outro espaço desse mesmo Bloco estava em processo de instalação a “Oficina de Órtese e Prótese”.

Todos esses blocos são ligados por um corredor central (o eixo pelo qual defini as noções de direita ou esquerda a partir da entrada) que se constitui numa rampa suavemente ascendente com platôs referentes aos blocos.

2.3.) Programas de Saúde e Projetos

O tratamento na USE é realizado, preferencialmente, na forma de Programas de Saúde (PS). Cada Programa da USE é integrado por uma equipe multidisciplinar cuja função é “promover” a assistência necessária aos usuários, produzir conhecimento segundo a perspectiva da “integralidade” e treinar os discentes da área da saúde da UFSCar. Os Programas deveriam conter, ao menos segundo o Regimento, um Coordenador, um Vice-Coordenador, uma secretária e uma equipe de profissionais (categoria que inclui docentes e técnicos) e estagiários (alunos da UFSCar). Segundo o Artigo 8º do Regimento define-se Programa da seguinte forma:

Entende-se por Programa de Saúde, para os fins deste Regimento Interno, o conjunto de ações construídas e conduzidas, de forma interdisciplinar, por profissionais de diferentes campos de atuação e por pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, e articuladas em relação a um tipo de população, problema ou fenômeno comum, em relação aos quais são desenvolvidas as atividades-fim da Unidade.

Os Programas de Saúde (PS) da USE precisam ser cadastrados na Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar (ProEX), sendo este órgão o responsável por viabilizar e fiscalizar o bom andamento das estratégias acadêmicas adotadas. Os PS contam com a prerrogativa de ter duração ilimitada “desde que mantida a qualidade de suas atividades e ações, de acordo com as normas institucionais e de funcionamento da USE” (Art. 8º parágrafo único do Regimento), a qual será observada através de relatórios feitos pelos coordenadores de cada Programa encaminhados Coordenadoria Executiva. O cargo de Coordenador Executivo pode ser ocupado tanto por servidor docente quanto por um técnico de nível superior. Esse cargo é o que acumula o maior número de atribuições segundo o Regimento (Artigo 25), atuando como uma espécie de supervisor geral das atividades da USE (semelhante a um gerente). Além de acompanhar os relatórios anuais sobre o desempenho de cada PS, entre suas principais atribuições estão: - executar as deliberações da Diretoria Executiva e do Conselho Gestor; -

gerenciar o fluxo de informações técnicas, sua sistematização e acesso aos profissionais da USE; - atuar em todos os âmbitos do planejamento institucional, desde os recursos humanos, patrimoniais, materiais e financeiros; - e, principalmente, colaborar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas.

Entretanto, o trâmite necessário para que as propostas de Programas sejam enviadas à ProEX passa primeiro pela solicitação circunstanciada à Diretoria Executiva da USE que a encaminhará para a deliberação do Conselho Gestor. Tanto a Diretoria Executiva⁶⁴ quanto o Conselho Gestor⁶⁵ são órgãos colegiados, sendo que o último é a maior instância deliberativa da USE. Compete-lhe, portanto, debater e decidir questões administrativas, estatutárias, diretrizes executivas, técnico-científicas, de ensino e extensão. O Conselho é o órgão responsável por avaliar a constituição, permanência ou extinção dos Programas de Saúde e Projetos. As reuniões do colegiado que compõe o Conselho Gestor permitem a participação de qualquer membro da USE, com direito a voz, mas sem direito a voto. Quanto às atribuições da Diretoria Executiva, estas parecem se centrar na aplicabilidade dos princípios que orientam a instituição: responsabiliza-se pelas propostas orçamentárias, redige relatórios sobre as atividades realizadas, delega competências, fiscaliza as normas de funcionamento pelas quais o Regimento legisla, representa a instituição dentro e fora da universidade, cumpre as atribuições definidas pelo Conselho Gestor e pela Assembléia Geral e, para o que mais interessa a essa pesquisa, mantém-se atualizada a respeito das diretrizes do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, articulando-as aos Projetos e Programas de Saúde que já existem, ou fomentando a criação de outros que atendam às demandas de Saúde Pública, de acordo com os interesses científicos dos cursos da área de saúde.

Quando algumas “ações de saúde” pedem intervenções mais pontuais, mais circunscritas a problemas específicos e comuns, requisitando a atuação de uma especialidade profissional capaz de intervir sobre as “principais causas” de um fenômeno de adoecimento ou sofrimento de significância coletiva, essas atividades podem ser desenvolvidas sob a forma de Projetos de Extensão. A diferença é que os Projetos têm duração anual (cabendo

⁶⁴ Segundo o Artigo 18, ela é composta atualmente pelo Diretor Geral, Diretor Técnico e Coordenador Executivo. O estatuto em anexo (A), previa ainda a participação dos Coordenadores de Programa e de Projeto, mas à época da aprovação do Regimento, o Conselho Gestor na reunião do dia 28 de maio de 2008 votou pela eliminação destes últimos cargos na composição da Diretoria Executiva.

⁶⁵ Artigo 14 do Regimento diz que o Conselho Gestor é composto pelos seguintes membros: Diretor Geral da USE, que o presidirá; Diretor Técnico da USE; Coordenador Executivo da USE; Representante da UFSCar no Conselho Municipal de Saúde; Coordenadores dos Programas; um representante dos Coordenadores de Projetos; um representante dos servidores Técnico-Administrativos; um representante discente da graduação; um representante discente da pós-graduação.

renovações *ad infinitum*) e a constituição destes têm de estar associada, integrada e inserida a algum Programa de Saúde. Os trâmites para a requisição e implementação dos Projetos são os mesmos daqueles necessários aos Programas.

Programas e Projetos podem ser propostos tanto por docentes quanto por técnicos com atuação na “área de saúde” dentro da UFSCar. A constituição da equipe que trabalhará nos Programas prevê também a participação de atores externos à UFSCar, desde que devidamente credenciados junto à universidade.

Segundo o Artigo 11, a equipe dos Programas deve ser assim constituída:

- 1.) *docentes;*
- 2.) *servidores técnico-administrativos;*
- 3.) *alunos de graduação e de pós-graduação da UFSCar envolvidos com as ações previstas em cada programa;*
- 4.) *profissionais externos da UFSCar, na condição de parceiros, colaboradores ou pesquisadores, devidamente credenciados junto à UFSCar, observadas as normas institucionais vigentes.*

Aos Coordenadores de Programa – gestão que comporta dois anos consecutivos permitindo uma recondução – são atribuídas as diversas responsabilidades (Artigo 32). Dentre as principais estão: “- *Envolver docentes, técnicos e alunos na construção e no desenvolvimento dos Programas (II); - promover hierarquização das ações do Programa, de acordo com critérios de prioridade, de forma coletiva e democrática (IV); - Acompanhar as atividades do Programa em seu cotidiano e responsabilizar-se por elas (VI); - Representar o Programa e suas necessidades diante das instâncias internas e externas da USE, em todas as situações necessárias (XIII)*”.

A Coordenadoria de Projeto é um cargo normalmente temporário e intermediário na relação entre Projetos e Programas. Essa coordenação seria uma forma de responsabilizar seus autores, pelo menos até que os Projetos existentes, e em funcionamento, se vinculem a algum Programa de Saúde. E é de fato o que geralmente acontece com os Projetos. Eles podem até surgir de forma independente – por exemplo, quando algum professor resolve desenvolver algum Projeto de atendimento ao usuário referente a algum domínio específico de sua disciplina –, mas possivelmente (pelo menos no período abarcado pela pesquisa de campo) esse Projeto será tutelado e supervisionado por algum Programa. Pois que, se as atribuições dos Coordenadores de Projeto são mínimas (Artigos 33 a 37), respondendo apenas pela eficácia e pelo comprometimento ético da atividade realizada, a contrapartida da exequibilidade e do bom (ou mau) andamento do Projeto é de responsabilidade do Coordenador de Programa que o acolheu.

2.4.) Coordenação, Quadro Técnico e Recursos Humanos

Os cargos de coordenação estavam assim distribuídos quando da realização da pesquisa de campo: - Diretoria Geral: uma professora doutora do Departamento de Enfermagem; - Diretoria Técnica: um médico contratado para a equipe técnica da USE; Coordenadoria Executiva: uma psicóloga da equipe técnica da USE; Pólo de Formação e Capacitação: uma psicóloga da equipe técnica da USE; Programa de Saúde Mental: iniciou com uma professora doutora do Departamento de Psicologia, mas no decorrer das atividades a coordenadoria passou às mãos de uma psicóloga da equipe técnica interinamente e depois efetivamente; Programa de Atenção ao Idoso: um assistente social e uma fisioterapeuta, ambas da equipe técnica da USE; Programa da Pessoa com Necessidades Especiais: uma enfermeira da equipe técnica da USE e uma professora do Departamento de Terapia Ocupacional; Programa de Avaliação Inicial: uma psicóloga da equipe técnica da USE; Programa da Criança: uma professora doutora do Departamento de Medicina, especializada em pediatria e uma professora doutora do Departamento de Fisioterapia.

A composição profissional, como acenei acima, da USE divide-se em duas categorias: servidores técnico-administrativos e servidores docentes. O quadro geral dos servidores técnico-administrativos estava assim constituído: uma administradora, uma assistente de administração, uma assistente social, duas auxiliares de enfermagem, uma enfermeira, um farmacêutico-bioquímico, três fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, duas médicas (uma cardiologista e uma pediatra), quatro psicólogas, uma técnica em enfermagem, três terapeutas ocupacionais, uma auxiliar de almoxarifado, duas serventes de limpeza, um técnico em eletrônica. Já o quadro dos servidores docentes conta com: uma professora do Departamento de Educação Física, sete professores do Departamento de Enfermagem, quinze professores do Departamento de Fisioterapia, seis professoras do Departamento de Psicologia, e nove professoras do Departamento de Terapia Ocupacional.

É notória a predominância das mulheres na composição profissional da USE. Dentre os servidores técnicos, são vinte e três mulheres para dois homens e, entre os servidores docentes, são trinta e uma mulheres para seis homens.

É óbvio que é melhor deixar o “não dito”, dito e escrito. Ao longo da pesquisa de campo que se delongou por praticamente um ano dentro da instituição tornou-se manifesto o imenso acúmulo de funções a ser exercido por uma única pessoa. Some-se a isso que esse profissional é ou técnico-administrativo ou um docente. Ou seja, fora as atribuições dos

cargos institucionais que em alguns casos concentravam duas ou três responsabilidades sobre uma única pessoa, eles ainda desempenham atividades terapêuticas e/ou pedagógicas. Ressalte-se ainda que se trata de uma instituição de grande porte se levarmos em consideração o número de atividades e pessoas que ela envolve, e que, por esse motivo, requer um grande empenho de energia e trabalho. Desta forma é compreensível que algumas dessas metas e responsabilidades não sejam rigorosamente observadas.

2.5.) Formas de ingresso para se tornar usuário da USE

Há dois tipos de procedimentos para ingressar na USE como usuário. Um deles se refere ao encaminhamento para Fisioterapia. O outro para quaisquer outras áreas e Programas.

Para se ingressar na Fisioterapia é necessário que o usuário compareça a USE com um encaminhamento médico. A equipe da recepção providenciará a inscrição desse indivíduo segundo a área indicada (Respiratória, Cardiovascular, Ortopedia, Reumatologia, Neurologia, Ginecologia e Gerontologia) colocando-o na lista de espera correspondente.

Para as outras áreas, especialmente no que concerne a esta pesquisa, o candidato a usuário pode buscar espontaneamente os serviços oferecidos pela unidade, ou também ser encaminhado pelos serviços públicos de saúde do município. Em ambos os casos é realizada a “entrevista de acolhimento”⁶⁶ (EA) para avaliação das “queixas” e dos percursos biográficos que levaram o indivíduo a buscar serviços terapêuticos. Se o caso não for de competência da USE (isso quer dizer, explicitamente, se o caso não se encaixar no perfil dos Programas, Projetos ou, então, na hipótese de um caso crônico de difícil solução, não puder ser encaminhado para o tratamento com estagiários), o indivíduo será “orientado a buscar outros recursos da comunidade”⁶⁷. Se a demanda trazida por este indivíduo estiver de acordo com os serviços oferecidos pela USE, ele será inscrito na lista de espera dos Programas e Projetos.

Em relação à EA, temos de ressaltar que a Psicóloga que coordenava este procedimento, era a mesma que posteriormente viria a ser a nova coordenadora do Programa de Saúde Mental (PSM). Esta entrevista era normalmente feita pelas psicólogas da equipe técnica da USE ou pela assistente social. Elas possuem um modelo de questionário – que funciona mais como um roteiro – através do qual é possível acessar certa qualidade de dados.

⁶⁶ Anexo C.

⁶⁷ Ver site: http://www2.ufscar.br/comunidade/use_ingresso.php .

Estes dados permitem aos profissionais que, na maioria dos casos, possam de pronto vislumbrar a qual Programa e/ou Projeto o (agora) usuário seria encaminhado. Em algumas ocasiões, nas reuniões do PSM, discutiu-se se não seria o caso de mudar tal ou qual usuário de Programa por conta dos encaminhamentos da terapia, ou mesmo quando no momento que se avaliava a EA chegava-se à conclusão de aquele não seria o melhor Programa para determinado usuário.

Percebe-se que o indivíduo ganha a condição de usuário no momento em que, através da ficha inicial preenchida pelos requisitos da EA sua “queixa” passa a ser um “problema” (em todos os níveis) do Programa – que merece, inclusive, toda a atenção “integral”.

Neste sentido, a EA tentará traçar um mapa biográfico e sociológico do indivíduo candidato a usuário para, de alguma forma, intuir quais conexões entre suas “queixas” apontam para a configuração de seu sofrimento. Observa-se que a EA se divide em seis linhas gerais de atenção. São elas:

1) As etapas I e II, são relativas aos dados gerais de identificação do indivíduo e do acompanhante, caso haja algum.

2) A etapa III corresponde à mensuração dos sinais vitais e à antropometria (altura, peso, medidas, índice de massa corpórea [IMC], etc). Há também um diagrama para dor. Esse diagrama propõe os números de 0 a 10 para mensurar a que nível de sofrimento está submetido o candidato a usuário no momento em que busca auxílio. Como discorrerei no capítulo seguinte, as dores são índices privilegiados para que profissionais e usuários possam produzir algum consenso sobre a urgência de uma intervenção terapêutica, bem como sobre a primazia desta ou daquela forma de terapia para tratar suas “principais causas”.

3) Num terceiro momento, as perguntas da EA se concentram nas “queixas”. Estas dão liberdade ao entrevistado para formular suas próprias relações causais à medida que se aprofunda naquilo que se pode chamar de uma prévia do histórico clínico.

4) O quarto momento é particularmente interessante aos antropólogos. A ideia é construir um genograma, isto é, mapear as relações de consanguinidade e afinidade, principalmente aquelas mais próximas, ou seja, as que coabitam num mesmo espaço residencial. Este genograma propõe inclusive relações diferenciais entre essas ligações: ligação distante, normal, próxima, estreita, conflituosa e separação.

5) O quinto aspecto é o que se centra na chamada “visão geral sobre a saúde”. As perguntas se concentram num possível histórico medicamentoso, em aspectos clínicos (hipertensão, diabetes, anemia, alergias, esquizofrenia, depressão, etc.), sobre eventuais

dificuldades psicomotoras, fonoaudiológicas e cognitivas, aspectos nutricionais, sono, sexualidade e hábitos de vida. Com relação aos hábitos, esta etapa busca elencar as atividades rotineiras benéficas (prática de esportes, por exemplo) e as prejudiciais à “promoção da saúde” do indivíduo (vícios, sensações de solidão, perseguição, tristeza ou irritabilidade endêmica, percepções alteradas da realidade, etc.).

6) A sexta e última etapa se dedica aos fatores sociais presentes na configuração biográfica do candidato a usuário: escolaridade, ocupação, moradia (condições infraestruturais), renda e tipo de transporte utilizado com mais frequência.

Ao final da EA é apresentado ao indivíduo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este termo prevê que os atendimentos podem ser realizados tanto por estagiários quanto por profissionais da USE e que as terapias podem ser individuais ou na forma de grupo. Diz ainda que as “ações de saúde” podem articular-se “interdisciplinarmente”, submetendo o usuário a diferentes metodologias terapêuticas no trato de seu sofrimento. O texto do Termo aponta também para o uso dos dados pessoais e clínicos dos usuários para eventuais pesquisas nas áreas de atuação da USE, desde que garantidas todas as condições de sigilo e confidencialidade das informações levantadas.

Havia casos nos quais, após o encaminhamento ao Programa adequado, o usuário era novamente chamado para uma espécie de entrevista de triagem. Este tipo de interpelação é conhecido, dentro dos Saberes Psi, como “instrumento”. Seguindo a sugestão que o texto regimental propunha, o PSM levava a sério a ideia de que qualquer caso clínico poderia eventualmente se tornar um “estudo de caso”. Nestas circunstâncias, se aplicavam técnicas de entrevista consagradas como métodos “verdadeiramente científicos” de se aferir quais eram os “agentes de perturbação” e, portanto, qual seria a proposta terapêutica, e as disciplinas que melhor tratariam do indivíduo em questão. Cito como exemplo de técnica de entrevista e também de pesquisa o “Inventário de Depressão” – BDI (Beck Depression Inventory)⁶⁸ – e o “Inventário de Desesperança de Beck” – BHS (Beck Hopelessness Inventory)⁶⁹. Estas técnicas foram usadas algumas vezes tanto para usuários de terapia individual como de terapia em grupo, com o intuito de ponderar novas táticas de terapia que melhor combatessem seus respectivos objetos de questionamento – “*depressão*” e “*desesperança*”.

⁶⁸ Anexo D.

⁶⁹ Anexo E.

CAPÍTULO III

AS DORES DO SOFRIMENTO:

Sobre a constituição de uma linguagem.

“O mundo é o conjunto dos sintomas cuja doença se confunde com o homem”

(DELEUZE, 1997:13)

1.) Etnografia e sofrimentos: uma gramática abreviada das dores.

Neste capítulo meu foco será, em primeiro lugar, a forma com que os enunciados são construídos através da inter-relação entre profissionais e usuários da USE. Em segundo, quais são os tipos e qualidade das dores embutidas no sofrimento psicológico dos estudantes universitários. Embora tais enunciados nunca se desvencilhem da experiência e, portanto, dos sujeitos sobre os quais incidem, eles se definem justamente enquanto elementos que integram o sujeito à sua experiência. Experiências de sofrimento, em especial o tipo de sofrimento a que esta etnografia se dedica, recrutam elementos que tendem a atuar como grandes significantes: corpo, alma, mente e suas respectivas dores associadas. As compreensões nativas sobre esses termos serão da maior relevância para se ponderar as técnicas – táticas terapêuticas – que intervêm sobre as dores e sobre o sofrimento. Dores que se transformam em índices de experiências do sujeito, cujos significados se opõem àquilo que se entende por “bem-estar”.

E, para que tal estado seja alcançado, segundo o vocabulário institucional destes profissionais, é necessário empreender uma “ação de saúde”; ou, para uma compreensão mais precisa do que esta expressão significa, seria, na verdade, uma “ação para (no sentido de) sua saúde”. Compreendendo deste modo, uma “ação de saúde” mobilizada para ou pelo sujeito tenta convergir dois aspectos aparentemente contraditórios: uma de que é o indivíduo (e sua “autonomia”) que define seus parâmetros de “bem-estar”; e outra que pede ao “bem-estar” condições que demonstrem a este indivíduo que ele se encontra definitivamente “inserido na sociedade”⁷⁰.

Como assim? Tal ambiguidade não é sem razão. A definição de “saúde mental” pretende incluir uma série bem diversificada de critérios oriundos de núcleos sociais e culturais extremamente heterogêneos. Contudo, para que sua definição seja eficaz em contextos culturais absolutamente divergentes em suas concepções de “saúde” – tanto na definição do que seja esta “saúde”, quanto naquilo que possa abranger a ideia de “mente” – ela procura se basear em uma espécie de mínimo múltiplo comum: “saúde mental” é a primeira condição para que o indivíduo tenha discernimento entre aquilo que favorece o seu “bem-estar” e aquilo que o perturba. Sobre esta questão, o texto de apresentação do PSM no seu sítio da internet⁷¹ é bastante explícito:

⁷⁰ Expressão corrente entre a equipe do PSM. Principalmente quando se referiam à condição “de alta” dos usuários, este era o principal critério.

⁷¹ Site: http://www2.ufscar.br/comunidade/use_mental.php. Acessado em Dezembro de 2007. Ver Anexo H.

Em 2001, a OMS definiu Saúde Mental como uma condição de bem-estar na qual os indivíduos conseguem alcançar todo o seu potencial e desenvolver todas as suas habilidades, enfrentando estresses normais da vida diária, trabalhando de forma plena e produtiva, estando aptos a contribuir de forma construtiva com a sua comunidade. A promoção da Saúde Mental, assim como definida pela OMS, exige um amplo conjunto de estratégias que, entre outras coisas, levem à promoção da qualidade de vida, à realização de uma vida plena para os indivíduos, a melhorias no ambiente socioeconômico, entre outros fatores. (Meus destaques).

Em vista desta definição bastante abrangente e que comporta inúmeras nuances, sua penetração atinge populações bastante heterogêneas na conformação de suas realidades. E, mesmo se tratando de uma escala pequena como é o caso desta pesquisa, as instituições de Saúde Pública estão em constante contato com esta heterogeneidade. Portanto, têm de se ver a todo instante com diferentes concepções de “saúde”. Se levarmos em conta ainda que “saúde” coincide com “bem-estar individual” a margem de idiosincrasias para promovê-la é bastante larga.

A percepção da realidade de um sofrimento segundo a perspectiva dos sujeitos envolvidos nos serviços terapêuticos da USE (profissionais, estagiários e usuários) é de que a principal via mediadora para expressá-lo partiria do próprio corpo, ou, mais precisamente, de suas dores. Se o corpo vai mal é “óbvio” (para os profissionais de saúde e para os usuários) que o “bem-estar” está comprometido. No entanto, a única pessoa capaz de identificar este grau de comprometimento é o próprio indivíduo que sofre. As dores que se sente fazem com que o “sofredor” volte sua atenção à materialidade daquilo que o perturba. Como Cynthia A. Sarti ponderara em outro momento:

A dor, como o amor, remete a uma experiência radicalmente subjetiva. Aquele que sente a dor, dela diz, *eu é que sei*. Frente à dor do outro, há comoção, sofrimento (ou, mesmo, gozo), com maior ou menor distância e intensidade. Embora singular para quem a sente, a dor, como qualquer experiência humana, traz a possibilidade de ser compartilhada em seu significado, que é uma realidade coletiva (embora jamais possamos nos assegurar de que o que atribuímos ao outro, corresponda exatamente ao que ele atribui a si mesmo). Assim, dizemos que *entendemos a dor do outro*. (SARTI, 2001:4).

Todavia, o corpo, excedendo aquilo que se possa prontamente admitir, não é um signo determinado exclusivamente por limites materiais. Ele comporta atribuições de caráter moral as quais se associam, de diversas maneiras, à sua alma (cf. DUARTE, 1986,

1994, 1998). Para uma parte significativa dos sujeitos desta pesquisa (usuários, profissionais da USE e estudantes universitários), o corpo se expressa através de qualidades e defeitos da alma e, portanto, configura-se num meio extremamente eficaz para expressar as dores dela. As ressonâncias são, não obstante, recíprocas. “A alma **suporta** o corpo”: ela serve de suporte metafísico às qualidades e limites que se expressam através do corpo. E “o corpo **suporta** a alma”: ele resiste, aguenta ou admite as investidas daquilo que o anima.

Porquanto se nota que, embora a noção de alma seja transversal ao corpo, ela só pode adquirir realidade através dele. Decerto que sob esta fórmula de expressão, “corpo e alma” permutam-se facilmente entre as fronteiras da sintaxe e da semântica, de acordo com as múltiplas interferências que produzem entre si. Se a alma sofre, é “normal” que o corpo doa. Se o sofrimento corpóreo é absoluto, ele é capaz de “fazer doer até a alma”. Isto significa dizer que somente através das interferências entre estes dois termos é que se pode analisar um discurso que articula dor e sofrimento.

O que nos salta aos olhos, a respeito do sofrimento dos usuários da USE é que a forma pela qual se atribui legitimidade às demandas individuais de “saúde” se serve de uma expressão indistinta entre corpo e alma, físico e moral⁷², respectivamente. Quando se trata de autenticar a experiência de sofrimento, um dos pólos toma sempre as dores do outro. E aquilo que se convencionou pensar como um modelo exclusivo das classes populares (cf. DUARTE, 1986; CARDOSO, 1999; SILVEIRA, 2000), parece-me estender sua fórmula de expressão a outros segmentos, principalmente quando estes se encontram na dependência de uma assistência pública de saúde⁷³. Desta forma, o corpo parece ser o veículo de expressão para a dor; sejam elas associadas a um sofrimento predominantemente moral seja eminentemente físico. O corpo, neste sentido, se configura num índice físico (de “desordens orgânicas”) e metafísico (de imperfeições, desajustes e vicissitudes da alma).

⁷² A partir deste momento faz-se necessário uma definição mais rigorosa do que seja moral. Em primeiro lugar, ela não pode ser entendida fora de sua oposição constitutiva: o físico. De todo modo, oposição aqui não significa negação. A moral é antes uma remissão ao plano da fisicalidade das dores e dos sentimentos subjetivos a partir de seus aspectos simbólicos. Ou seja, ela basicamente aciona um conjunto de valores culturais introjetados no indivíduo para recolocar no jogo de significações da doença/sofrimento os ideais de “saúde” e “bem-estar” que se encontram perturbados (cf. DUARTE, 1986). Uma perturbação moral é, neste sentido, um mal-estar no plano dos significados que, por sua vez, buscam materializar-se nos signos disponíveis: alma, mente, entre outros.

⁷³ Por se tratar de uma universidade, o prestígio da USE e de seus tratamentos eram procurados por alguns segmentos médios da sociedade são carlense que declaradamente tinham condições de arcar com algum tipo assistência particular. Entretanto, estas últimas não eram vistas como suficientemente “competentes” para tratar alguns casos mais crônicos em que era necessário um estudo e uma intervenção mais complexa. Essa questão me foi exposta por três mães que levavam seus filhos à USE para tratar de diferentes problemas “sensório-motores” e “de aprendizagem”, cujo nome (se é que havia algum) para as referidas “deficiências” (na linguagem materna) ou “necessidades especiais” (no idioma institucional) não quis perguntar para não ser indelicado.

Portanto, a experiência subjetiva do sofrimento impõe um sentido – vetorial, no caso – a ser percorrido pelas terapias; ou seja, é necessário torná-la uma “experiência total” que seja capaz de ir de um pólo a outro (do “corpo à alma”), fazendo com que dores isoladas configurem um sofrimento pleno. Pude, através da minha vivência ao longo de um ano na USE, observar dois tipos de elaboração no discurso sobre sofrimento dos usuários. Se o indivíduo entende que a origem do sofrimento é física ele procurará articulá-lo a algum impedimento, bloqueio ou falta de uma percepção moral adequada das circunstâncias em que vive. Cito, como exemplo, as reivindicações das pessoas com necessidades especiais por dignidade, respeito e acesso a uma “cidadania plena”: a dor física, sem a devida compreensão por parte daqueles que não a sentem – e, portanto, não podem saber o que se passa com este indivíduo – é chamada a construir homologias com outro plano discursivo (neste caso, o plano moral da “cidadania”), com o intuito de que esta experiência seja de alguma forma partilhada. Se a origem do sofrimento é percebida como moral (e moral compreende uma imprecisão que é constitutiva deste campo de pesquisa, dado que esta noção é transversal aos “problemas” compreendidos como da mente, da psique, da alma, ou, ainda muito recorrente nos discursos dos universitários, da “cabeça”, mas frequentemente vinculado ao campo das emoções) ela tenderá a ganhar um espaço físico (orgânico) para materializar sua expressão e se fazer entender àqueles a quem se pede auxílio, apoio e compreensão. Para uma dor que se exprime fisicamente sem causa orgânica aparente, costuma-se dizer que o indivíduo está “somatizando” problemas de outra ordem: nestes casos, “problemas psicológicos”, cujo conteúdo é, por definição, moral (cf. CARDOSO, 1999).

Idosos, cadeirantes e acidentados em geral, jovens, mulheres, crianças com limitações psicomotoras, usuários e suas famílias, todos ali, buscavam uma maneira, senão de erradicá-las, ao menos de gerenciar as dores pelas quais eram acometidos. Por mais que as dores físicas fossem preponderantes como índices de urgência na intervenção terapêutica, durante diversas conversas que tive com usuários e seus familiares no saguão de espera da USE, o discurso sobre as dores apontava para uma vivência holística do sofrimento. As dores do corpo e da alma confeccionavam um sofrimento englobante que investia contra o que estava mais vulnerável naquela situação: o sentimento de uma moral fragilizada, consequência de uma situação que, aos olhos desses usuários, acarretava uma “sensação de dependência”. Esta “sensação de dependência” não se restringia apenas àquela referente ao auxílio da família. Ela poderia ser estendida como uma terrível necessidade de tratamento longo ou ininterrupto, ou seja, uma “sensação de dependência terapêutica”.

Uma visão mais ou menos disseminada neste contexto de Saúde Pública é que os saberes biomédicos se especializaram no saneamento da dor. Mais explicitamente isso quer dizer que uma intervenção eficaz no processo de adoecimento culminaria na eliminação da dor – percepção esta, também, bastante disseminada na perspectiva da clientela atendida.

Praticamente todos os usuários, antes de recorrer às terapias oferecidas pela USE, já haviam passado por um processo de diagnóstico e de tratamento sintomático oferecidos no âmbito biomédico. A conclusão destes usuários é que isso pouco bastou para mitigar o seu processo de sofrimento. Temos aí, portanto, uma semelhança que unifica a busca de auxílio terapêutico entre os usuários da USE. Não são apenas as dores que os mobilizam em torno de uma terapêutica: é uma concepção holística de sofrimento. A “saúde” só poderá ser restaurada quando houver uma relação compensatória entre os aspectos físicos e morais. Se um deles foi vítima de um dano permanente, há de se ressaltar as virtudes compensatórias do outro como tática terapêutica.

Cito dois exemplos. Não se trata apenas de generosidade quando terapeutas e familiares ressaltam o caráter de “superação” que alguns usuários com danos físicos permanentes tiveram de passar: suas qualidades morais por ter conseguido “dar a volta por cima” são dignas de uma reinterpretação épica diante de sua trajetória de vida. As qualidades morais adquiridas com a experiência da dor “superam” (e muito) a destreza física perdida e tornam o sujeito apto a ultrapassar qualquer tipo de sofrimento.

De outro lado se observa a importância da ideia de “autoestima” para aqueles cujas dores morais configuraram um quadro de sofrimento absoluto. Já mostrei brevemente no Capítulo I que esta é, também, uma categoria importante para os estudantes universitários em situação de *sofrimento psicológico*. Dentre as terapeutas que circulavam entre o PSM e o Programa da Mulher eram comuns os comentários a respeito da melhora de tal ou qual usuária pela notória “mudança de postura”, de “autocuidado” com a higiene e aparência. Uma das táticas terapêuticas bastante utilizadas nesses casos era revalorização da “autopercepção moral” dessas “sofredoras” concomitantemente a uma reconstrução do conceito de “auto-imagem”⁷⁴. Essa “imagem” carregava tanto índices físicos (que eram os mais aparentes),

⁷⁴ “Imagem” para os Saberes Psi é um conceito fundamental. Para a Filosofia, um conceito complexo que remete, pelo menos, à Aristóteles. Mas na apropriação que se recorre neste campo de pesquisa a “imagem” está associada à ideia de *imago*. Imago, segundo a definição do “Dicionário de Psicologia” (MESQUITA; DUARTE, 1996: 118), é o “*termo introduzido por Jung (1911) para designar a imagem que uma criança constrói em relação a uma pessoa (geralmente pai ou mãe), fixando-se no seu inconsciente e que irá orientar, posteriormente, a sua conduta e suas relações com os outros. (...) A relação que o indivíduo terá com os outros dependerá de um bom ou mau imago, projetando nas pessoas que o cercam as características essenciais da imagem conservada*”. Essa definição justifica, em parte, porque as psicoterapeutas, quando se referem à imagem do paciente ou usuário, dizem que ela “representa a carga afetiva que ele carrega de si mesmo” (frase

quanto índices morais (que conseguiam tornar visíveis os atributos de sua “personalidade”), e seria a partir dela, isto é, da “aparência” e da “imagem”, que se conseguiria mais facilmente um acordo tácito entre terapeuta e usuário diante do sofrimento: tornava-se evidente que se estava progredindo com algum grau de eficácia no tratamento se a “autoimagem” e, conseqüentemente, a “autoestima” do usuário apresentasse melhoras visíveis tanto a ele como às outras pessoas de seu entorno.

Para os profissionais e também para grande parte dos usuários a distorção da “autoimagem” revela que algo não vai bem com a “saúde mental” ou “psicológica” da pessoa (vide o depoimento de Carla, p.66 e 67). A “autoimagem” busca corresponder a certas expectativas difundidas nas redes de relações do indivíduo sendo que estas expectativas demonstram investimentos na aparência que se tem para si e para os outros, investimentos que ultrapassam os atributos meramente físicos. Esta foi uma questão fortemente presente nos depoimentos dos estudantes universitários:

Claudia: E ser perfeccionista tem hora que é fogo. Você nunca chega no lugar que você quer. Aquele negócio que eu tava te falando sobre aparência. As pessoas as vezes me falam: “Você é bonita, interessante”, mas não é suficiente. Não me vejo suficiente. Ou to gorda, ou meu cabelo não ta legal, ou eu to feia, ou eu não sou suficientemente legal, ou não me sinto suficientemente agradável, educada...

Claudia, 26 anos, estudante de Matemática. Entrevista gravada em Outubro de 2005.

Dores físicas podem exprimir sofrimentos originários de diversos planos, inclusive e principalmente morais, dependendo de fatores específicos de sua biografia – lembremos, por exemplo, daquele tipo de manifestação conhecida como “somatização”. Não obstante, dores morais podem ser o resultado nefasto de uma ampla gama de sofrimentos físicos – por exemplo, os limites de uma “cidadania” sem condições mínimas de acesso a ela, como são os casos dos cadeirantes em geral. Se a infinita possibilidade de combinações das dores na composição do sofrimento torna inviável qualquer protocolo generalista de atendimento terapêutico, a instituição atuará naquilo que se contrapõe à noção de “bem-estar”: a experiência englobante do sofrimento. É justamente isso que interessa à USE: experiências dolorosas de sofrimento; é, sobretudo, disso que se “trata”.

pronunciada pela Psicóloga professora do Departamento de Psicologia, ex-coordenadora do PSM, em uma reunião quando se referia ao grupo-terapêutico que ela realizava para usuários “obesos”).

Para quem vive estas experiências de sofrimento, isto é, de distanciamento de uma “saúde” desejada, não importa a ordem. Estas experiências compreendem elementos físicos e morais numa relação sincrônica. Um só poderá ser observado à luz do outro. Embora observemos atualmente a primazia das definições fiscalistas para as experiências desse tipo, elas mesmas, quando observadas segundo o discurso de quem as vivencia, demonstram a precedência de uma referência moral: um *sofrimento psicológico*, seja ele decorrente de um dano físico ou moral, é “causador” de sentimentos dolorosos.

Quando se trata do *sofrimento psicológico* a “cabeça” é uma categoria bastante recorrente e serve para identificar um corpo capaz de agregar diversos tipos de qualidades morais, conhecidas como “personalidade”. Em determinadas situações de *sofrimento psicológico* a “personalidade” se vê obrigada a lutar contra dores morais, fazendo com que o mal-estar se localize, conseqüentemente, na “cabeça”⁷⁵. É notório, portanto, a tendência de que as dores morais se incorporem⁷⁶ à matéria a fim de que elas possam transmitir uma mensagem cujas evidências (físicas) demonstram um estado de morbidez.

Com isso quero dizer que a moral, além das atribuições acima, é **também** um *locus*. Isso implica em afirmar algo mais problemático: que a metafísica da moral se exprime fisicamente. Se o uso nativo de noções como “alma”, “mente”, “cérebro”, faz referência àquilo que efetivamente animam os corpos, é, portanto, através deles que dores de origem moral se somatizam; ainda mais num local anatomicamente identificado como o espaço de convergência destas noções, como o é a “cabeça”. Por isso a dificuldade em definir o que são exatamente essas noções. No máximo, posso indicar que elas se constituam em mais uma daquelas categorias híbridas que se situam a meio pé entre a Natureza e a Cultura (cf. LÉVI-STRAUSS, 2003 [1982]: 41-50), pois recrutam elementos significativos às duas ontologias que o pensamento Ocidental separou (cf. DUMONT, 1985).

Senão originárias, ao menos agravantes do processo de *sofrimento psicológico*, as dores morais se expressam, certamente, de acordo com uma gramática. Não obstante, a língua que se fala perverte muitas de suas regras. A lexicologia deste idioma se reorganiza incessantemente para comportar uma riquíssima plêiade de significados, cujos termos mais presentes nos seus enunciados nunca encerram uma definição precisa: alma, mente, e, talvez psique (termo pouco presente nesta etnografia). E, mesmo um termo que possui um vasto arcabouço teórico para pesquisa, como a moral, não se submete a um uso rigoroso previsto

⁷⁵ Dentre os sintomas físicos mais apontados está a “enxaqueca” e “dores de cabeça” em geral, bem como outros problemas decorrentes dela, como, por exemplo, a insônia. Ver sobre isso no subitem seguinte.

⁷⁶ Referência ao termo usado em inglês: *embodiment*.

pelas “regras formais” do idioma do sofrimento. Em suma, esta é uma gramática que congrega palavras e significados de uma incomensurável complexidade que esta etnografia mal poderia pretender dar conta. Cabe-me, contudo, tentar apresentar estes termos segundo a forma como são enunciados⁷⁷.

Desta maneira, para que as dores de um sofrimento sejam reconhecidas como dignas de tratamento, é necessário que elas tomem posse dos “meios adequados” para expressá-lo. A sintaxe coletiva é que reinstaurará o significado destes “meios de comunicação”; sejam eles expressos por “meios psicológicos”⁷⁸ ou sejam por “meios físicos”.

Essa gramática pela qual conversam assistente-assistido, médico-cliente, profissional-usuário, foi problematizada pelo estudo de Marina D. Cardoso (1999). A incorporação dos saberes e técnicas psiquiátricas por parte dos atendimentos ambulatoriais e primários à saúde imputou ao procedimento de diagnóstico clínico uma prevalência dos esquemas biomédicos de interpretação. Por se tratar de outra semântica, o discurso da clientela (população de origem predominantemente rural no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais) insistia em relações causais de origem múltipla, a qual revelava uma rica apreensão dos elementos responsáveis pela sua “saúde”. Entretanto, o diálogo não se concretizava. Tanto a lógica da medicina quanto a lógica popular esbarravam nos limites de uma compreensão recíproca porque cada uma delas estava associada a “modelos culturais” distintos, isto é, possuíam diferentes orientações para significar a experiência da “doença”. Uma isolava elementos patológicos de ordem “físico-orgânica” e tratava partindo de uma intervenção em nível metabólico (medicalização). A outra exigia uma contemplação global da experiência envolvendo elementos de ordem física, espiritual, familiar e socioeconômica, cujas relações não seriam simplesmente de causa e efeito. Havia, no discurso da clientela, uma clara ênfase na experiência do sofrimento e não somente na dor. Independente das dores que acometiam essas pessoas, se apenas morais ou se também físicas, o sofrimento era pleno. Contudo, a medicina trata e só se dispõe a tratar (pelo menos num atendimento ambulatorial) das reverberações orgânicas deste sofrimento, de modo que se ele não tem uma causa física concreta, ele só pode ser “psicológico”. O que Cardoso observou neste contexto foi que, em decorrência desse diálogo irrealizável, a lógica biomédica se sobrepôs à lógica popular acarretando um aumento excessivo do consumo de fármacos psicotrópicos entre a população atendida. Por isso, de acordo com a autora, é indispensável compreender que:

⁷⁷ Uma cartografia mais completa das dores físicas e morais que se articulam para exprimir o *sofrimento psicológico* entre os universitários será exposta logo no subitem seguinte.

⁷⁸ Apodero-me aqui desta expressão que fora utilizada pela Psicóloga do GTJU para direcionar a minha atenção à forma com que determinada estudante fazia notar as dores do seu sentimento de “angústia”.

O reconhecimento de que os modelos culturais oferecem os parâmetros de referência e moldam as experiências dos corpos e das enfermidades torna também denotativa a maneira como a cultura fornece às perturbações psicopatológicas a sua forma de expressão e o seu significado: operando os critérios diferenciais de determinação do normal e do patológico, fornecendo o conteúdo e a linguagem das manifestações sintomáticas, assim como reconhecendo e caracterizando a configuração que assumem ou ainda definindo as técnicas de intervenção e tratamento. (CARDOSO, 1999:43).

Embora o corpo, como indiquei mais acima, se configure num índice privilegiado para as perturbações emocionais, ele não será tratado apenas em sua dimensão material sob a ótica interdisciplinar. Corpo e alma, físico e moral, constituem-se em índices recíprocos e, para o caso desta etnografia (assim como o foi para etnografia de Marina D. Cardoso), o fisicalismo jamais engloba a experiência como um todo. Isto quer dizer que a “doença” **não engloba** o sofrimento, seja segundo o acento dado pelos estudantes universitários aos “problemas psicológicos”, seja pelo requerimento de uma intervenção terapêutica no âmbito da “saúde” por parte dos usuários da USE em geral. É evidente que os critérios morais que acusam a presença do sofrimento podem ser absolutamente divergentes. No caso dos estudantes universitários, esses critérios morais estão misturados a um esquema de interpretação laica de “fatores psicológicos” (cf. FIGUEIRA, 1985, 1988; RUSSO, 1993, 2002). Neste sentido, o *sofrimento psicológico* entre os estudantes se enquadra naquele tipo de manifestação que Luiz Fernando D. Duarte procura estender para além dos tipos nomeáveis de “doenças”:

De um ponto de vista antropológico, (...) a gama dos ‘sofrimentos’ nomeáveis pela experiência humana é muito mais ampla que a sucessão de ideias pelas quais algumas culturas – e, em particular, a ocidental – os entendem como ‘doença’, ou seja, a ocorrência efetiva de uma disrupção física (o *disease* da antropologia médica norte-americana) ou o reconhecimento culturalmente sancionado de uma forma de evento ou situação disruptiva definida (a *illness*). As imprecisões e vicissitudes da categoria ‘doença mental’, criada para abarcar a maior parte das antigas formas da ‘loucura’ no Ocidente, bem demonstraram as dificuldades de se estender a convenção fisicalista da ‘doença’ para as formas globais do ‘sofrimento’. (DUARTE, 1998:13).

O autor ainda recorda que essa tendência de se tratar o sofrimento, mais do que a “doença”, tem sido bastante recorrente quando o objetivo das instituições terapêuticas passa a ser a de “produzir/promover” uma determinada “saúde”. Esta perspectiva toma quase que como pressuposto a ideia de que o sofrimento engloba uma experiência eminentemente moral,

e que o critério físico, embora geralmente primário na constatação da presença desse sofrimento, é secundário na sua qualificação. O consenso entre os profissionais de saúde tributários dessa perspectiva é tal que as instituições desta área reconhecem a necessidade de uma intervenção específica na sua modalidade de expressão mais preeminente de sofrimento moral, ou seja, o *sofrimento psíquico e/ou psicológico*.

De modo geral, no entanto, a tendência tem sido a de crescente legitimidade da expulsão da dor do horizonte das experiências consideradas como ‘corporais’ e a concomitante interiorização da problemática de sua ‘experiência’. O surgimento recente da ideia de ‘sofrimento psíquico’, que pode não ser consciente, expressa caricaturalmente esse processo, associado à forma peculiar de interiorização patrocinada pela Psicanálise. (DUARTE, Op. Cit.:20).

Nestes casos, a tática utilizada na produção de uma “saúde mental” a ser conquistada, ainda é solidária a métodos que se aproximam das técnicas psicanalíticas de introspecção, como aponta o autor. Essa tática introspectiva prevê que, para que se possa avançar no confronto com suas dores morais, é necessário, primeiramente, recuar um passo para trás. Isto é, primeiro é preciso que, através da palavra, terapeuta e cliente/usuário possam travar um diálogo produtor de um conhecimento específico capaz de identificar as “principais causas” do sofrimento. Este conhecimento não é indiferente aos fins da terapia. Se o objetivo é avaliar uma trajetória de vida que culmina no *sofrimento psicológico*, a tática comumente utilizada pelos/pelas terapeutas é criar com os elementos fornecidos pelo cliente uma outra perspectiva – que não a do próprio “sofredor” ou do terapeuta – para poder reavaliar os percursos e as dores que produzem este estado. Ou seja, a tática revela a necessidade de se criar um terceiro interlocutor neste diálogo, cuja posição remete àquele outro “eu” que olha para o “eu” pretérito e o compreende, mas que todavia o estranha. Esta terceira perspectiva, preferencialmente assimétrica (isto é, tendendo aproximar-se às “percepções de mundo” do cliente), é a paradoxal condição de um “autoconhecimento”; um afastamento dos valores que imputaram determinada significação negativa à experiência e que, desta nova posição, podem ser redimensionados, reinterpretados e readequados à luz da “consciência do sujeito”.

Essa forma de encarar o *sofrimento psicológico* tem a intenção de produzir um conhecimento interno ao sujeito e à sua história. No entanto, ele pode, a qualquer momento, vir a ser externalizado através da experiência vivida. Falar sobre essa experiência é, para os/as terapeutas, iniciar a produção de uma “saúde” de “dentro para fora”. A psicoterapêutica tentará, nesse sentido, ajudar o indivíduo que sofre a reconstituir seus parâmetros objetivos de

valores como “realização” e “felicidade”, segundo novos critérios de “bem-estar individual”. Assim, é desejável que a terapêutica se constitua num instrumento capaz de fazer com que aquele que sofre busque, por si mesmo, “superar essa situação e pôr em prática suas metas de realização pessoal”⁷⁹. “Realizar-se”, nesse contexto, parece estar associado a um movimento de “pôr para fora” aquilo que efetivamente equivale à condição subjetiva de se estar “bem-resolvido”, isto é, de tornar o sofrimento e as dores conscientes e, conseqüentemente, manipuláveis:

Você vê que muitos deles [estudantes], falam pra gente que ninguém tá percebendo que eles tão mal, porque eles querem se sentir fortes, invulneráveis e eles passam essa imagem pros outros... Só que chega um ponto que eles não conseguem mais manter essa imagem, essa fantasia, porque ninguém é assim, tão cheio de segurança que não possa sofrer, não é verdade? Então eles só percebem que estão sofrendo quando eles não conseguem mais manter essa imagem pra fora... que o problema que eles estão sentindo tá lá dentro, que eles precisam resolver uma coisa que não foi bem resolvida lá no seu íntimo, né? É isso que a gente vai tentando fazer aqui, mas que é difícil porque o tempo do Grupo é muito curto né, mas se a gente não consegue costurar esse bem-estar de dentro pra fora junto com eles, a gente pelo menos vai tentar dar a linha e a agulha pra ensinar eles fazerem isso, assim, por si mesmos...

Fala da Psicóloga do GTJU reconstituída por mim depois da reunião do grupo do primeiro semestre de 2008, quando fazíamos um balanço da dinâmica realizada.

Esse movimento “de dentro pra fora”, apregoado como etapa fundamental da construção da “saúde mental”, não é, contudo, exclusivo da psicoterapia. A manipulação das dores físicas e das dores morais determina responsabilidades distintas entre os saberes biomédicos e terapêuticos, respectivamente. Essa tensão pôde ser observada em relação ao *sofrimento psicológico* dos universitários, principalmente quando esta modalidade de sofrimento implicava em alguma espécie de diagnóstico.

A classificação nosológica é um ponto delicado. Nota-se aí uma separação radical entre as responsabilidades biomédicas e terapêuticas. Diagnóstico é atribuição de um saber psiquiátrico. Assim, mesmo que todos os profissionais sejam sensíveis às nuances particulares que as categorias psicopatológicas evocam, devido a condicionantes de “outra” ordem, ela é primeiramente aceita e operacionalizada pela equipe.

Se, diante da biografia de um jovem universitário – que vive sob a pressão familiar de um bom desempenho acadêmico, de uma esperança de ingresso imediato no

⁷⁹ Expressões pronunciadas pela Psicóloga, após a realização de um encontro do GTJU.

mercado profissional, do respeito irrestrito a certas normas religiosas, da falta de recursos financeiros próprios para desenvolver atividades extra-curriculares e de lazer e, ainda, com o agravante de uma “gagueira” – se pondera que o diagnóstico de “transtorno de ansiedade” é uma condição inapelável das circunstâncias em que esse jovem vive e que, embora esteja distante do ideal de uma “vida saudável”, esta condição não é necessariamente patológica, observa-se que a sugestão de um diagnóstico empreende uma “ação terapêutica” independentemente de quaisquer relativizações. Mas isso não é caro somente aos profissionais. Os próprios estudantes, quando munidos de algum diagnóstico, apontam para a importância do nome que se dá às manifestações mórbidas como condição de reconhecimento individual e coletivo de uma intervenção terapêutica mais ampla. Isto é, a reorganização interna da “saúde” teria de ser encarada em duas frentes: no nível metabólico (físico) e no nível subjetivo (moral).

Fabiana: Minha mãe ficou meio chocada. Ah porque tem esse negócio né, que depressão é frescura, que pobre não tem depressão. Mas como eu disse que tinha ido no médico [clínico geral] ela aceitou, porque se eu tivesse dito que tava com depressão sem ir no médico, aí era frescura mesmo, então isso de alguma forma embasou o que eu sentia.

Fabiana, 24 anos, estudante de Ciências Sociais. Entrevista realizada em Outubro de 2005.

Tatiana: Eu precisava de um aval médico [psiquiatra], tinha necessidade disso. Aí ele mudou a medicação e foi quando ele disse: “você vai melhorar”... vinte dias depois eu tava bem melhor. Só que assim, quando ele disse isso, todo dia acordava e pensava: “eu tenho que buscar!”.

Tatiana, 22 anos, estudante de Pedagogia. Entrevista realizada em Setembro de 2005.

Vê-se que há, então, duas formas de se enfrentar as manifestações patológicas do *sofrimento psicológico*. Uma que corresponde às responsabilidades biomédicas e outra às competências e metodologias terapêuticas. As duas associadas é o que se compreende por uma “psicoterapia profunda”, segundo o vocabulário nativo. A cada uma delas corresponde um nível de profundidade e um movimento próprio de “pôr pra fora” sua “saúde”.

A etapa⁸⁰ correspondente ao papel da Biomedicina nesse processo é a medicalização. Esta tem o intuito de readequar “fisiologicamente” o processo desencadeador de sintomas, atuando especificamente na dor que os produzem. O “dentro pra fora” representa

⁸⁰ Lembrando que não é necessária uma separação diacrônica das etapas. Elas poderão ser concomitantes dependendo da disposição e dos recursos financeiros do paciente.

aqui uma passagem do físico para o “mundo social”, exterior, donde temperamentos sob controle auxiliariam o “doente” a repensar seus comportamentos. De acordo com o pensamento biomédico, o sofrimento deve ser enfraquecido através das dores que lhe compõem:

... o ideal médico de bem-estar também demanda, ao lado da luta contra a morte e pela cura das doenças, uma luta pela eliminação da dor e do sofrimento. E essa luta tem por instrumento o confisco técnico da dor pelos saberes médicos, a qual, a partir de então, é reificada enquanto índice de reação de um organismo ameaçado em sua saúde, em seu funcionamento normal. Para que tudo vá bem, é preciso, portanto, que a dor se cale, pois sua manifestação, se não personifica o mal, ao menos anuncia sua presença. O fato, porém, é que não apenas a dor que se deve calar, mas também, e sobretudo, o próprio corpo: não em vão, Leriche dizia e Canguilhem (1982:67) endossava que “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos” e que “a doença (...) é aquilo que faz sofrer”. As sensações do corpo passam a ser, por conseguinte, um problema técnico. (VARGAS, 1998:129).

Em alguns raros momentos, principalmente quando a psicoterapia se torna ineficaz e/ou a medicalização não surte o efeito esperado, diagnóstico é posto em xeque. Mas isso, via de regra, apenas *a posteriori*. O procedimento de diagnóstico parece ser de competência quase exclusiva do psiquiatra, cabendo aos psicoterapeutas revê-lo (mas não sem antes rever a própria metodologia terapêutica) se não houver melhoras no quadro sintomatológico do “doente”.

Para o momento da “psicoterapia profunda” que remete o “sofredor” ao movimento de se autoconhecer (o da técnica psicoterapêutica propriamente dita), a atenção dos profissionais se voltará à constituição efetivamente moral do sofrimento, ou seja, as dores da alma. Há um número incerto de saberes terapêuticos que se dedicam a essa qualidade de dor. Mas devido à preeminência epistemológica das explicações “psicológicas”, como as verdadeiras disciplinas do conhecimento científico sobre o sofrimento moral, essas especialidades podem ser unificadas sob a insígnia de Saberes Psi⁸¹. Simplificando apenas para fins didáticos, eles se dividem majoritariamente em duas tendências epistemológicas: uma trata da revisão biográfica dos sentimentos “conscientes” e “inconscientes” que se associam às vivências – a Psicanálise; a outra trata a reeducação das condutas sociais e

⁸¹ Psiquiatria, psicologias comportamentais, cognitivistas, cognitivismo-comportamental, social, coletiva, grupal, psicanalítica, psicanálise de grupo. Estas são algumas das especialidades que circulam no universo da Saúde Pública entre os saberes terapêuticos do universo Psi. Aliás, as diferenças entre elas são comumente enfatizadas no discurso dos psicólogos e psiquiatras que freqüentam tanto o meio acadêmico quanto no discurso daqueles que atuam intervindo na prática. Requisitadas como critérios de distinção, essas especialidades mobilizam diferentes táticas terapêuticas para intervir na “promoção da saúde”. Graças à atual expansão das ideologias inter e transdisciplinares todas elas tendem a garantir seu espaço no contexto institucional da Saúde Pública.

sentimentais com base no “reforço de estímulos mais adequados” às condições de vida do cliente – Behaviorismo. Assim, o movimento de “dentro para fora” se dá, portanto, do “inconsciente” para o “consciente”, na Psicanálise, ou do “automático/natural” para “ponderado/cultural”, no Behaviorismo. Quaisquer que sejam as opções metodológicas (por reinterpretção biográfica ou uma reeducação comportamental) para se conquistar o estado “de alta”, ou seja, de completa independência em relação à terapia, é necessário um determinado tempo. Esse tempo é sempre, na visão dos Saberes Psi, um “tempo pessoal” que dificilmente se submete às exigências de um “tempo institucional”.

Levando-se em conta a demanda excessiva de usuários, o PSM não podia privilegiar uma metodologia que primasse pela “psicoterapia profunda”. E isso foi afirmado e reafirmado pelas psicólogas com certa frequência enquanto nos dedicávamos ao trabalho de atualização das listas do PSM. Elas se consideravam bastantes heterodoxas em relação a qualquer uma destas duas metodologias (embora tivessem suas preferências) e acreditavam que “esse jogo de cintura em relação a cada caso”⁸² é que determinaria a eficácia da intervenção psicoterapêutica. Dados esses condicionantes institucionais, era necessário recorrer a um tipo de terapêutica que conciliasse o melhor dos tempos possíveis entre o usuário e instituição. É nesse contexto que as metodologias concernentes às “psicoterapias breves” ganham espaço (cf. SANTOS, 1997). Jurandir Freire Costa, psiquiatra e psicanalista estudioso do assunto, havia notado esta tendência ainda na década de 70.

O campo das psicoterapias breves tende, na atualidade, a estender-se. Os que defendem sua expansão utilizam, entre outros, argumentos de duas ordens. O primeiro é de ordem sócio-econômica (sic): o crescente aumento da demanda psiquiátrica tornaria desprezível todo tratamento incompatível com as possibilidades financeiras da maioria dos clientes e insuficiente diante da pressão numérica dos pedidos de consulta. O segundo é de ordem teórico-técnica: constatada a nulidade dos métodos tradicionais, caberia organizar as atividades terapêuticas que, tentando enfrentar o problema, proliferam desordenadamente em consultórios privados e serviços públicos. Estas iniciativas deveriam ser sistematizadas num esquema conceitual onde teoria e prática se articulassem de modo coerente. A psicoterapia breve responderia satisfatoriamente às duas exigências. Limitando tempo da cura e focalizando a ação terapêutica, ela daria à conduta clínica a direção e o sentido desejáveis. (COSTA, 1978:227).

Se as exigências institucionais não favoreciam a implementação de uma “psicoterapia profunda”, isso não significa, de forma alguma, que uma “psicoterapia breve” se

⁸² Fala bastante reproduzida entre todos os integrantes do PSM.

constituísse numa terapia superficial. Há de se considerar que os objetivos declarados do PSM são⁸³:

Com atuação em uma área de conhecimento construída na intersecção de diversas ciências, o Programa tem como objetivo identificar, diagnosticar e tratar os chamados transtornos mentais. Suas ações visam desenvolver intervenções para diagnóstico e tratamento efetivo da doença mental, alcançando conhecimento teórico e práticas na área de prevenção e trabalhando pela reabilitação e reinclusão do paciente em seu contexto social. (Meus destaques).

“Reabilitação” e “reinclusão”. Isso pode ser tomado com sinônimo de “cura” para o *sofrimento psicológico*? Definitivamente não há consenso sobre isto entre os profissionais do ramo Psi. Senão “curado”, estes critérios são suficientes para considerá-lo “em alta”. É notório que, dentre os discursos de profissionais e usuários, a palavra “cura” foi raramente mencionada – e, quando o foi, estava associada às reverberações físicas que determinado *sofrimento psicológico* provocava no indivíduo em questão.

Em relação aos estudantes universitários que procuravam o PSM, alguns já tinham algum diagnóstico “psicopatológico” anterior. Com a saída da psiquiatra do PSM, o diagnóstico deixou de ser uma das etapas deste processo terapêutico. Portanto, ao fim e ao cabo, a orientação para qual se voltavam as atenções terapêuticas era a viabilização de uma “saúde mental” possível. A ênfase positivista no “adoecimento-sofrimento” foi, nessas circunstâncias, suplantada pela hermenêutica que a experiência de *sofrimento psicológico* propunha. É articulando uma trajetória biográfica a determinados objetivos de “realização pessoal” que *recursos e repertórios* serão mobilizados para promover a “saúde mental”. Tal forma de pensar esta “saúde mental”, pelo menos em seus princípios desde a Reforma Psiquiátrica (cf. BATISTA e SILVA, 2004), imputava à eficácia da intervenção alguma forma de “inclusão social”, cujo mínimo múltiplo comum seria a “cidadania”. Esta é a perspectiva terapêutica dos profissionais do PSM.

Portanto, mais uma vez ressalto que, embora a “doença” jamais fosse “figurante” ou “pano de fundo” do processo, se tomada como “efeito” ou “fator desencadeante” do sofrimento, ela constrangeria essa experiência em limites muito estreitos. “Tratar apenas da doença”⁸⁴ seria olhar o sofrimento de uma perspectiva extremamente reducionista.

⁸³ Site: http://www2.ufscar.br/comunidade/use_mental.php . Acessado em Dezembro de 2007.

⁸⁴ Outra expressão bastante recorrente entre todos integrantes da equipe do PSM.

Desse modo, os caminhos da doença no Ocidente foram estrangidos por essas balizas: de um lado, a racionalização cientificista aplicada à natureza, em geral, e à corporalidade, em particular – tal como à defesa radical da sua integridade material –, produziram o que se chama agora de Biomedicina, com todos os seus benefícios e fraquezas. De outro, a interiorização auto-responsabilizante produziu os múltiplos saberes ‘psi’, com suas eventuais propostas terapêuticas – mais ou menos antagônicas com as ambições da Biomedicina – de ocupar, por intermédio dos ‘nervos’ e do ‘cérebro’, também as perturbações morais. (DUARTE, 1998:20).

Esse tipo de perspectiva era justamente o que o “olhar interdisciplinar” procurava costurar sob a ideia de “saúde integral do cidadão” evitando, contudo, recorrer a uma separação tão radical entre os saberes, como indica Duarte no trecho acima. Em discussão com outros antropólogos que também haviam sido incorporados a diversos outros Programas de Saúde, por ocasião da XXXII ANPOCS⁸⁵, acredito que isso se deva a notória diferença ideológica que permeia as equipes multidisciplinares em contraposição às equipes notadamente ou exclusivamente médicas. Estas últimas primavam pelo saneamento e reequilíbrio de uma dimensão estritamente corporal, como se a partir da matéria física todo o resto pudesse se reorganizar em prol da almejada “saúde”. Já o olhar interdisciplinar tinha a intenção de permitir um entendimento mais holístico da experiência. Este paradigma parece preservar uma tensão constituinte dos “objetos” de intervenção deste tipo de abordagem, em respeito à própria conformação híbrida⁸⁶ dos “problemas” que produzem a experiência de sofrimento. No entanto, essa diferente disposição epistemológica de fazer com que conhecimentos dialoguem ao encarar o sofrimento na sua forma integral não livra seus profissionais de dificuldades pertinentes ao tratamento que ele requer. Ainda em seus primórdios, observa-se o caráter experimental e incipiente que essa disposição intertransdisciplinar implica nas formas de intervir na “promoção da saúde”. As tentativas nesse sentido resvalam, ainda, numa primazia dos aspectos que podem ser destacados como “patológicos” do sofrimento, embasando sua classificação como “doença”. Isso fica claro nos apontamentos de um dos defensores deste novo paradigma epistêmico e metodológico:

Com efeito, se a razão ou os modelos científicos biomédicos valem para a realidade biológica e material, os conhecimentos sobre o ser humano

⁸⁵ Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais: congresso realizado anualmente na cidade de Caxambu, Minas Gerais. Devo especial agradecimento à Daniela Ferreira Araújo Silva que cujas preocupações nesse sentido encontraram eco nas minhas dificuldades, presentes naquele momento de inquietos questionamentos.

⁸⁶ Já que os “objetos”, sobre os quais a “saúde” intervém, mobilizam aspectos “bio-psico-sociais” de forma sincrônica e atual.

advêm de uma história dependente de um caminho, certamente singular, mas inserida em um todo objetivo, portanto exterior a ele mesmo. No entanto, o que o constitui como unicidade é sua interioridade, esta abrindo às abordagens mais fenomenológicas e hermenêuticas e às dialéticas exterior/interior, aparente/oculto, profano/sagrado. Essas especificidades não são na maioria das vezes levadas em conta ou são dificilmente integradas nas práticas de cuidados, independentemente, é certo, do respeito natural que se reserva ao doente e às suas crenças. Essa constatação é flagrante na medicina e na educação para a saúde: além das normas de referência provenientes das estatísticas, na medida em que os comportamentos da pessoa a ser cuidada ou a educar devem ser levados em conta, de maneira singular, o posicionamento dos cuidadores torna-se difícil entre imperativos provenientes de modelos normativos que se referem à doença mas que não levam em conta os doentes, portanto, fator gerador de impasses; e de outro lado, a evidência de dever considerar as particularidades próprias a cada sujeito que se acompanha e que interferem, necessariamente, sobre a saúde através dos comportamentos, mas que são fontes de complexidade, portanto, difícil de tratar. (PAUL, Op. Cit.:74).

É, portanto, segundo essas dificuldades encontradas entre aquilo que se propõe e aquilo que se faz, mais evidentes nas “dinâmicas de grupo” do GTJU, que ressaltos as técnicas de intervenção podem ser consideradas como “táticas terapêuticas”. Tática, em nível mais genérico, se refere à determinada destreza em manipular as contingências a fim de que se cumpram certos objetivos estipulados *a priori*. Ela sugere, não obstante, determinada sagacidade e perspicácia em enfrentar uma situação não-favorável, empregando os “recursos à mão”⁸⁷, para revertê-la em prol de um interesse estratégico. Para o caso desta etnografia, seus objetivos estão submetidos àquilo que se compreende por uma psicoterapêutica. Essa particularidade na forma de intervir sobre a “saúde” evoca uma estratégia singular. Se a intenção é a superação do *sofrimento psicológico*, a estratégia é, como acusei anteriormente, o “autoconhecimento”. Por meio dele, o sujeito deverá mobilizar *recursos* e construir *repertórios*, para, enfim, se tornar um “sujeito autônomo e inserido socialmente”⁸⁸. Resumindo simplificada e simplificada: as contingências e não-generalidades do *sofrimento psicológico* (pelo menos por princípio epistemológico) requerem à prospecção dos “instrumentos” (*recursos* e *repertórios*) à disposição do paciente/cliente/usuário, ou ainda, do “colaborador”. O fim último, portanto, seria dotar esses “instrumentos” de poderes intencionais, ou seja, de produzir um sujeito capaz de transformar tudo aquilo de que dispõe em “habilidades”. A qualidade destas “habilidades” seria obrigatoriamente da mesma ordem

⁸⁷ Expressão utilizada pela Psicóloga quando ela me explicava o porquê da necessidade de não ser ortodoxa com nenhuma metodologia psicoterapêutica.

⁸⁸ Tipo de expressão bastante comum nos documentos governamentais sobre “saúde do cidadão”. Em relação aos jovens, ver especialmente BRASIL (CNPD), 1998 (Bibliografia Específica).

que a qualidade do sujeito: se o gabarito que o define é o pautado pelo seu “trânsito” ou pela sua “inserção” em determinados “mundos”, ao menos na ótica dos estudantes universitários, as “habilidades” que eles terão de aprender são, não obstante, sociais.

Por essas circunstâncias, as táticas terapêuticas do GTJU terão sua importância aumentada, principalmente porque, na visão das terapeutas, o Grupo possibilitaria um movimento imprescindível à superação do *sofrimento psicológico*: o aprendizado de fazer com o que o sujeito se coloque de “dentro pra fora”. A ideia é que o Grupo simule o melhor e o pior dos “mundos” com os quais este estudante tem contato. Levando-se em consideração ainda o tempo institucional da USE e o tempo da própria “vida universitária”, as vicissitudes da curta duração do GTJU impõem que eles se atenham ao essencial: o enfrentamento das questões mais imediatas, ou melhor, dos “problemas mundanos”.

2.2.) Quem são e como sofrem os universitários: As dores e seus processos

*Luana: Na outra semana que eu não vim foi tudo bem comigo, aí nesse fim de semana, no feriado de finados eu fiquei um pouco triste. Eu tava até com vontade, porque quando meu pai morreu eu não vi o túmulo dele, né, eu até fiquei com vontade de ver, só que ele foi sepultado em São Bernardo, e eu moro em São Paulo, e então é extremamente longe, e eu nem comentei com a minha mãe nada, talvez ela fique um pouco triste. Aí esses dias eu fiquei, não triste, mas eu comecei a lembrar, que no final do ano passado, vai fazer um ano agora, que eu comecei a me sentir mal, né, **comecei a me sentir mais ansiosa**, sempre no fim do ano eu começo a me sentir assim, né. Fico mais introspectiva, ansiosa, e ano ta acabando, to ficando velha, o tempo ta passando. Aí eu fiquei me lembrando, que faz um ano que eu comecei a me sentir ansiosa, acho que foi mais ou menos nessa época, novembro, aí foi ficando agravado, e **comecei a tomar remédio**, mas eu tava lembrando assim, aí me da um... sei lá!*

*Psicóloga: Então, eu peguei a sua ficha [EA], aí eu lembrava mais ou menos de você e do que a gente tinha conversado, e na hora de abrir o prontuário eu recordei. E aquilo que aconteceu no final do ano passado, **aquela crise que você teve, de quase paralisia**, não aconteceu mais depois?*

*Luana: Não. Então, é que na verdade, a crise de quase paralisia, é que assim, eu tive na verdade não é quase paralisia. Foi episódio de tremores, assim sabe, às vezes, eu to deitada, e começa a dar calafrios, tremores, assim, pode estar calor, mas não foram tantas vezes assim. Foi só uma vez, foi quando eu tinha 15 anos, que minha avó teve uma convulsão na minha frente e na frente da minha mãe, **acho até que foi esse episódio que desencadeou em mim uma série de ansiedades**, é que ela teve uma convulsão, e no mesmo dia a noite ela foi internada, e no mesmo dia a noite eu tive uma **crise de tremores**, e minha mãe achou, ela não sabia se eu estava em estado de choque, o que tava acontecendo.*

Psicóloga: Ou se tava tendo uma convulsão também, né.

Luana: *É, então, eu comecei a tremer, e aí ela falou: “você quer ir pro hospital?”. E eu falei: “eu quero”. E aí eu fui pro hospital e a médica falou assim: “você não tem nada, você só tem um sopro no coração”, e eu não sabia que eu tinha aquilo lá, então, eu acho que ela falou, como se eu soubesse, e ela disse “não é nada não”, meu avô morreu com 80 anos, ele tinha isso e foi morrer só com 80 anos. **Só que ela me passou um remédio pra cardíaco.** E aí eu fui descobrir porque ela receitou e eu comecei a tomar Propanolol, aí, no dia seguinte.*

Psicóloga: *É um ansiolítico, não é?*

Luana: *Não. Propanolol é pra cardíaco mesmo, pra cardiopatia.*

Psicóloga: *Ah, é verdade é pra controle né.*

Luana: *E aí eu passei uma semana sem dormir. E aí eu voltei no dia seguinte e **fui pra consulta com uma crise de pânico**, os braços estavam tremendo, aí enfim, essa foi a primeira vez. Aí depois eu tive só três meses, **geralmente quando eu to ansiosa mesmo.** Eu deito na cama, eu to dormindo, daí eu acordo com **tremor, calafrio**, aí eu respiro fundo e acaba passando. Mas o último sintoma mais forte que eu falei que foi na época da iniciação, que eu que pesquisei, que fui atrás, e que **eu senti que eu não tava dentro de mim.** Acho que eu cheguei a comentar com você, que eu tinha sentido isso, nessa mesma intensidade quando eu tinha 15 anos... Também foi acontecendo isso, **aí eu fui começar a sentir sintoma, começar a me sentir fora de mim**, e foi acontecendo uma coisa muito estranha, eu me olhava no espelho, mas eu não sentia. Aí eu comecei a sentir tudo isso de novo, e assim, não é pela aparência, eu comecei, aí no começo eu não sei também, que **eu fui diagnosticada com labirintite** pelo meu médico, só que ele não é otorrino, é homeopata, **clínico geral.** Então eu passei os sintomas pra ele, e ele falou “provavelmente você está com labirintite”, que eu sentia muita tontura, e ele falou “você ta com labirintite”. Aí eu não sabia o que tava acontecendo, só sabia se era por causa da labirintite e, às vezes, quando eu to caminhando, que assim eu perco o equilíbrio, mas eu não sabia o que tava acontecendo e **isso foi se intensificando.** Não conversei com ninguém sobre isso e foi piorando, piorando, aí eu **fui ficando com medo de sair na rua, com medo de me sentir mal**, só que eu sou muito nova. E assim, quando eu voltava pra casa lá em São Paulo, quando eu saía já me sentia ansiosa, só que eu sou meio teimosa, eu vou sair e eu pensava “não vai acontecer nada, vou sair”, e eu saí passando extremamente mal, e aí eu voltava assim, **exaurida, com cansaço mental gigante**, e sem conversar com ninguém. Até que foi um dia que eu precisava voltar pra cá, acho que foi em dezembro que eu precisava voltar pra cá, aí eu entrei no carro, pra ir na rodoviária, não consegui. Quem tava do meu lado era o namorado da minha mãe, e a gente não mora junto nem nada, mas ele é conhecido, não é uma pessoa estranha, mas eu entrei no carro e aí eu **comecei a sentir uma fobia**, eu ainda ia de metrô, **quando eu to bem eu ando de metrô numa boa, mas quando eu to um pouco ansiosa**, já começou me e dar uma coisa... **É que metrô já é um pouco fóbico, aí ele foi me levando e eu fui ficando ansiosa.** Aí eu falei “me leva pra casa”, aí ele me falou “quer que eu te deixe no Tietê, eu te deixo no Tietê”, aí eu falei “então me deixa no metrô”. Aí ele parou no sentido do metrô, **eu não consegui sair do carro, aí eu liguei pro meu médico homeopata**, que ele já tinha passado um medicamento homeopático, aí ele falou “não vai ter jeito, dessa vez você não ta*

conseguindo, eu vou te passar remédio”. Aí eu fui lá, e ele passou, aí eu melhorei. Fiquei tomando até março, e aí eu fui parando. Mas e aí eu tava lembrando, “puxa vai fazer um ano que eu tava, que eu comecei a me sentir assim”, e às vezes eu sinto que eu não estou totalmente bem assim, as vezes eu acho que eu não to totalmente livre de um dia ter uma crise, de fobia, de pânico. E eu acho justamente que o que faltou pra mim foi um acompanhamento com psicologia, porque só tomar o remédio, pra mim, eu vou falei “eu vou tomar porque eu preciso tomar”, mas eu tenho que terminar o tratamento.

Psicóloga: Quando a crise se acentua, que começa a apresentar sintomas físicos fortes, né... Os sintomas eles desaparecem, quando é tipo assim, uma angústia, um aperto no peito, né, uma falta de concentração ainda dá pra contornar, só com a terapia. (...) Mas quando os sintomas se acentuam, tremem as pernas, o coração dispara, você começa a suar, e você avalia que não tem condições de dar um passo, aí não tem autocontrole que dê conta, aí tem que entrar com medicação, pra dar uma estabilizada, e aí conseguir pensar. Porque o que é a psicoterapia? É um olhar pra si, pra ti, ver o que é que precisa ser mudado, organizado, o que precisa ser jogado fora, o que precisa mudar, juntar os cacos de novo se a gente não ta organicamente, razoavelmente organizado, a gente não tem condições de refletir. Então eu te perguntei porque eu me lembro da nossa pequena entrevista desses sintomas, e aí passou muito tempo, desde o dia que a gente conversou até você ser chamada, e como você lidou nesse tempo... Você conseguiu esse autocontrole? Foi a um psiquiatra, fez uso de medicação?

Luana: Não, assim, eu tive a medicação e eu não lembro se quando eu fiz a entrevista com você se eu já tinha parado, se eu tava tomando, se eu tinha parado. A medicação me ajudou muito, mas primeiras semanas foi muito difícil, porque ele se intensifica né, até.

Psicóloga: Até o organismo se adaptar.

Luana: Na primeira noite que eu tomei, eu quase não dormia, levantava a noite... Mas, assim, eu aprendi a me controlar, a entender, que é uma coisa psicológica, e repensar. Há 6 anos atrás eu passava mal, aí eu ia no médico. Só que eu não tinha nada, daí eu comecei a pensar que, então, eu não tenho nada, então, mesmo quando eu sentia tontura eu começava a pensar que não é nada, é só uma tontura, pode ser da labirintite, e pode não ser. Mas eu aprendi a dar uma contornada, assim, aí eu também eu encontrei uma amiga que é budista, aí eu conversei muito com ela, aí eu virei budista.

Psicóloga: Isso que eu ia te dizer, nos momentos de ansiedade de se você tem uma religião, se você, por exemplo, budismo se você conseguir praticar a técnica da meditação da respiração isso ajuda muito, uma autodisciplina.

Luana: Exatamente, acho que foi uma das coisas que mais me fez virar budista, porque é um processo de você conhecer sua mente, e você tem que estudar muito, os conceitos, então aprende mesmo, a reeducar a mente. Então, aos trancos e barrancos eu fui conseguindo, e hoje acho que eu to bem por causa disso.

Luana, 22 anos, estudante do último ano de Biologia, integrante do G1.

Como fiz questão de indicar até aqui, a gramática do sofrimento se organiza de maneira complexa, pelo menos para os profissionais da USE. Termos como “corpo”, “mente” e “espírito” se misturam e se referem uns aos outros a todo instante: esgotamento físico como índice de “cansaço mental” e vice-versa; “mundos externos” para “causar fobias”, “mundos internos” para “exercitar a autodisciplina”; medicação para controlar o corpo, e psicoterapia para conhecer a “mente” (praticando o “olhar para dentro de si”). O *sofrimento psicológico* apresentado através dos enunciados destes estudantes revela uma forma de vivenciar essa experiência no corpo e na alma. O que compete ao primeiro está na ordem da intervenção biomédica, o orgânico, a matéria, o físico; já a segunda é de responsabilidade psicoterapêutica, essencialmente subjetiva, está na “mente”, é “psicológico”. Quero com isso dizer que, embora muitas vezes “o psicológico”⁸⁹ possa ser localizado numa estrutura aparente como, por exemplo, o “cérebro”, a “mente” ou os “nervos”, as qualidades que o definem estão situadas sobre uma outra ontologia: naquilo que se aprende no(s) e com o(s) “mundo(s)”. Os elementos externos (morte do pai, convulsão da avó, metrô, médico e medicações, iminência do que será a vida extra-universitária após a conclusão da graduação, ou a decisão de optar pelo prolongamento da condição de estudante com o mestrado, etc.) se conjugam com os elementos internos à subjetividade de Luana (“ansiedade” e “angústia”), como no exemplo acima, ambos se projetando sobre os “mundos” da experiência de maneira absolutamente concreta, ou melhor, física (paralisias, tremores, labirintite, fobia, pânico).

O controle “autodisciplinado” é a prova cabal de que se pode modular a experiência com os “mundos externos” e/ou físicos atuando na “causa psicológica”, para que, desta forma, o “sujeito como um todo”⁹⁰ se organize no sentido de produzir o “bem-estar”. Mas se, por acaso, o corpo não se contém e se manifesta contrário à “adaptação psicológica” do sujeito, ele precisa ser imediatamente estabilizado, normalizado, acalmado. Essa forma de enunciar o sofrimento indica aos profissionais que a forma mais “integral” de se “promover a saúde” necessita de um olhar interdisciplinar⁹¹. Cada especialidade disciplinar (Psiquiatria, Endocrinologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, etc.) detém um conhecimento específico sobre índices físicos ou morais das manifestações do sofrimento. No entanto, o sentido singular deste discurso só será conhecido na medida em que estes profissionais se abrirem aos saberes de outras disciplinas. Assim, a cada profissional caberá analisar o sofrimento através

⁸⁹ Tal expressão é como frequentemente se verbaliza essa “entidade do subjetivo”, seja no falar das terapeutas, seja no dos estudantes aqui pesquisados.

⁹⁰ E como ressaltariam os profissionais, “o sujeito como um composto de todos esses elementos...”.

⁹¹ Vide os documentos que embasam a conformação ideológica e regimental da USE, no capítulo anterior.

da profundidade que sua disciplina alcança, segundo as manifestações que lhes competem, sem negligenciar, contudo, a extensão e a imbricação de outros elementos que interferem na produção dessa experiência.

Para conhecer melhor as formas com que esse sofrimento se expressa, é necessário conhecer alguns de seus elementos. Não acredito que eles se esgotem aos que adiante indico. As projeções quantitativas a seguir dizem respeito apenas ao universo abarcado por esta pesquisa. De maneira alguma os índices abaixo se pretendem significativos o suficiente para generalizar suas incidências. Doravante, tenho clareza de que as porcentagens não podem ser transpostas a outros contextos universitários sem a devida averiguação etnográfica. Dito isto, esclareço que a ideia é oferecer ao leitor tão somente uma noção de proporção. Minha intenção com isso é revelar certas tendências observadas nas formas de se exprimir as dores que constituem o *sofrimento psicológico* entre os universitários.

Para isso proponho uma divisão que, embora tenha sido largamente trabalhada pela literatura antropológica⁹², possui especificidades etnográficas importantes e não se reduzem à minha abstração analítica. Os “sintomas”, as “queixas”, os “problemas” a seguir estão divididos em “físicos” e “psicológicos” obedecendo à distinção proposta pelos meus interlocutores. A clareza dessa separação não é evidente para todos os sintomas. Os limites desta fronteira tenderão a embaçar-se quando tratar, mais adiante, de duas “manifestações mórbidas” extremamente presentes nesses discursos: a “ansiedade” e a “angústia”. Por isso, será necessário deter-me com o devido cuidado na descrição delas.

Contudo, antes de aí chegar, gostaria de colocar o leitor a par de algumas manifestações “físicas” bastantes comuns na experiência do *sofrimento psicológico* entre estes estudantes.

Quinze dos vinte estudantes (75%) relataram sentir dores agudas no corpo, principalmente nos ombros, costas e no estômago. Três deles (15%) chegaram a dizer que tiveram alguns movimentos do pescoço e da coluna paralisados por estas dores. Todos os estudantes pesquisados disseram ter problemas com o sono, uns por falta (60%) outros por excesso (40%). Oito estudantes (45%) também citaram alterações da sensibilidade física, como paladar e olfato, e seis deles (30%) disseram ter passado por alterações de apetite resultando em alterações de peso corpóreo. Também oito deles (45%) relataram conviver com enxaquecas muito fortes. Seis estudantes (30%) identificaram alterações no calor corpóreo

⁹² CARDOSO, 1999; DUARTE, 1986, 1994; SILVEIRA 2000; ALVES, 1994.

relatando incômodos com a sudorese excessiva. Cinco dentre estes estudantes (25%) citaram alterações nos batimentos cardíacos (taquicardia), no desejo sexual (diminuição da libido), e na regulação intestinal (“prisão de ventre” ou “intestino solto”). Quatro estudantes (20%) tiveram problemas com excesso de tonturas, três estudantes (15%) relataram terem feito exames de sangue nos quais se constataram a presença da anemia, dois (10%) citaram sentir calafrios constantemente. Dez estudantes (50%) disseram se sentir constantemente um cansaço físico ao longo dos dias em que se vivenciou o momento crítico do *sofrimento psicológico*.

Os “sintomas psicológicos” foram aproximados segundo os temas que eles evocavam durante suas manifestações. Embora estas últimas comportassem formas particulares de expressão e identificação, acredito que é a aproximação dos temas que podem oferecer ao leitor quais critérios podem ser utilizados na transmutação de mal-estares e indisposições em “sintomas psicológicos”.

Cinco entre os estudantes universitários pesquisados (25%), disseram ter constatado que pelo menos um destes “sintomas psicológicos”: “insatisfação constante”, “falta de cuidado com imagem e com a higiene pessoal” (autocuidado) e a “perda da noção de tempo”. Sete deles (35%) relataram a “falta de memória” como característica dessa espécie de sintoma. Nove estudantes (45%) relataram também alterações de temperamento durante o período de sofrimento; alterações que demonstravam ao estudante comportamentos “inadequados” à sua “personalidade”, como por exemplo, uma pessoa tímida apresentar longos períodos de euforia, ou um estudante extrovertido passar a se portar com excesso comedimento. Metade dos estudantes pesquisados comentou sentir uma aguda “baixa autoestima”, demonstrando em seus enunciados uma “autoimagem” exageradamente depreciada ou distorcida. Doze universitários (60%) citaram a presença de uma insistente tristeza que poderia ser explícita ou disfarçada ao seu círculo de amizades. Três deles relataram já terem pensado em suicídio e uma estudante chegou a tentá-lo por duas vezes. Quinze (75%) destes estudantes se sentiram, em algum momento, “incapazes” ou “limitados” por seus desempenhos e capacidades para atingirem seus objetivos, sejam eles os mais distantes, como os de “realização pessoal” (constituir família, obter sucesso e reconhecimento profissional, etc.), até as tarefas mais simples de seu cotidiano estudantil (como, por exemplo, ser capaz de tirar boas notas). As “queixas” sobre estas “incapacidades/limitações” frequentemente eram acompanhadas de constatações de que não se atingiriam os objetivos de “realização pessoal” ou de seus *projetos de vida*. Dezesete deles (85%) comentaram ter perdido a “capacidade de concentração” nas atividades acadêmicas. Dezoito fizeram questão

de ressaltar, mesmo quando não perguntados, a “falta de disposição psicológica” para as mais diversas atividades como ir às aulas, aprender coisas novas, se divertir, se relacionar com amigos e familiares, procurar ou manter parceiros afetivos e/ou sexuais, realizar alguma atividade física, trabalhar, ou enfim, como Fabiana (24 anos, estudante de Ciências Sociais) ressaltou a mim: “falta vontade para ter vontades”.

Dezesseis estudantes (80%) disseram conviver com “excesso de ansiedade” no seu dia-a-dia, e todos os vinte (100%) se dizem “angustiados”. No entanto, como ponderei pouco acima, existe certa dificuldade em tomar estas manifestações como sensações rigorosamente “físicas” ou “psicológicas” de mal-estar. Certo é que elas são vistas sempre como negativas e, via de regra, aparecem associadas. O fato notório dessa associação é a forma com que ela se enuncia concretamente: “Estou sentindo uma angústia, uma ansiedade...”, e vice-versa. Se uma delas aparece, a outra logo vem junto:

Talvez é essa angústia que a gente nunca vê, como a Simone falou, que sente um vazio, como se faltasse alguma coisa, que não sei o que, que é do mesmo jeito que eu falo, ah, eu sinto que tem alguma coisa saindo de dentro de mim, que me faz ter ansiedade, mas não sei o que, por exemplo.

Luana, 22 anos, estudante de Biologia, integrante do G1.

Essa ansiedade de resolver minha independência, sem ter os meios agora pra fazer isso, é que me deixa mal. Fico me achando um nada, um incompetente. E daí a gente começa procurar alguma solução, algum jeito de resolver a vida, pelo menos por agora né, e vê que muita coisa ainda não está no alcance imediato, porque eu preciso resolver isso agora, não amanhã, ou quando estiver formado, preciso ser já, senão como é que fica? Essa ansiedade me deixa angustiado.

Maurício, 27 anos, estudante de Matemática, membro do G4.

Contudo, considerando a fórmula com que elas se revelam neste discurso, a ordem parece alterar o resultado. Nas nove entrevistas que realizei, quando perguntava qual era o “sintoma físico” que mais os incomodavam, a “ansiedade” surgia em primeiro plano como “causadora” da “sensação de angústia”. Em algumas destas entrevistas e durante os encontros do Grupo, quando perguntei qual era o principal “sintoma psicológico” do estado de sofrimento em que eles se encontravam, a “angústia” foi a primeira palavra pronunciada pelos estudantes, sendo logo depois acompanhada por aquilo que 5 estudantes entrevistados e 6 participantes do Grupo nomearam como uma “sensação física incômoda”: a “ansiedade”. Como bem revela o depoimento de Carla (23 anos, estudante de Imagem e Som) a respeito

desta “sensação”, a “ansiedade” parece ser entendida **majoritariamente** como “física” nesta etnografia:

Muita ansiedade, uma coisa assim que ia me corroendo por dentro, parecia que tinha várias mãozinhas dentro do meu corpo que iam me estrangulando, me sufocando e apesar dessa ansiedade absurda eu não queria fazer nada, eu queria ficar parada num canto, batendo a cabeça na parede, querendo morrer. Eu queria morrer. Eu achava que nada mais fazia sentido, pra quê que eu tava vivendo tudo isso, sabe? A vida era, pra mim tudo era uma mentira, me sentia muito impotente, achava que eu não podia fazer nada por mim, nem por ninguém! Eu não conseguia para de chorar, tava muito angustiada.

Entretanto, ressalto que a associação entre “angústia” e “ansiedade” definitivamente não pode ser compreendida se as isolarmos neste ou naquele polo: físico e moral ou, para esta etnografia, “físico” e “psicológico” interpenetram-se e apoiam-se um no outro para produzir esse discurso.

Observa-se na maneira com que esse discurso é enunciado que o “vazio” absoluto (exemplificado no depoimento de Luana logo acima) é capaz de articular, “dentro de si”, todo o sentimento que o *sofrimento psicológico* produz. Sob o nome de “angústia” as dores e os “problemas” sentidos no âmbito da experiência de vida, se juntam para se fazerem notar cada um à sua maneira na mais abrangente totalidade desta vida. Mas, não obstante, dores físicas e “problemas/sintomas psicológicos” costumam se manifestar sincronicamente absorvendo esse sujeito nesta experiência. O “corpo físico” e a “moral psicológica” reivindicam atenções especiais, clamando por uma intervenção da mesma ordem que a experiência, isto é, uma intervenção “integral”.

Da análise destes discursos nota-se que a “ansiedade”, frequentemente definida com termos tão díspares (e, muitas vezes, concomitantes) como “um frio no estômago” e “esquentamento do corpo”, tende a se apoiar em mal-estares físicos disponíveis no momento em que ela se manifesta, evocando a “sensação de não estar bem”. Quando esse mal-estar consegue ganhar ares de sintomas que podem se tornar públicos – ou seja, quando podem ser percebidos fisicamente pelo indivíduo e visivelmente pelas pessoas próximas a ele – constata-se que este sujeito precisa cuidar de sua “saúde”. No entanto, esse sofrimento que toma conta do corpo e da alma não consegue conter-se com a pecha de “doença”. Ele é mais que isso. Ele se torna uma experiência de vida que precisa ser conhecida, compreendida, esmiuçada, averiguada, testada, elaborada, tratada.

Se este “vazio” consegue agregar toda essa sorte de elementos para produzir um sofrimento desta monta, é preciso expulsar ou conter cada um deles. A partir daí, a psicoterapia fará com que esse indivíduo se volte para dentro de si e busque preencher este “vazio” com significados positivos, aprendendo com a experiência. A fixação desse aprendizado no interior deste sujeito é perceptível à medida que ele se torna capaz de demonstrar aos outros que ele superou os mal-estares de seu sofrimento e que conseguiu sair fortalecido em sua relação de autoconhecimento.

Neste “vazio”, a “ansiedade” e a “angústia” se fazem presentes para nomear uma “sensação” que é, por sua natureza, global. Há entre esses estudantes quem afirme que “angústia se somatiza em ansiedade”. Mas há também aqueles para os quais a “ansiedade” gerada pelos “mundos” que estão por vir, os fez notar que se estava vivendo sob o estado permanentemente da “angústia”. Este ponto é especialmente importante: a “angústia” tende sempre a aparecer relacionada a um “por vir” para o qual se sabe, de antemão, que a situação reclamará a este estudante fragilizado um agir, um pensar ou um sentir, situação para a qual se reconhece “não estar preparado psicologicamente”. A “angústia” está relacionada, nesse sentido, à certeza do quão difícil serão essas situações através das quais transparecerão as inaptidões e/ou limitações pessoais deste estudante.

*Ela [mãe] tava no Japão também um tempo, ela voltou faz pouco tempo. Aí não dá pra falar nada, por mais que ela ligasse. Acho que aí meu lar perdeu o sentido, sabe. Mesmo quando eu ia pra casa, eu não me sentia em casa. Meu relacionamento com meu pai sempre foi difícil, sabe, acho que a gente nunca sentou e conversou, ele sempre foi muito fechado, e eu também nunca ia conversar com ele. Eu não sei, quando minha mãe foi, foi assim, sei lá, perdi o alicerce, mesmo quando ela voltou, **acho que eu fiquei com medo, sei lá, de ela ir embora de novo.** Por isso que eu tenho tentado ser independente, não ficar grudada nesse laço, **porque eu sei que a perda deles vai me fazer mal,** assim como qualquer outra, eu tento não me apegar tanto, deixar tudo mais superficialmente, **mas aí vem aquela sensação de solidão, sabe, de angústia, de estar sozinha.***

Simone, 22 anos, estudante de Biologia, em encontro gravado no G1.

*Eu fico super mal, super triste, né, e **me dá mais angústia de eu não conseguir sair desse relacionamento que ta me fazendo mal, muito mal.** Então, assim, às vezes depois a gente acaba conversando, fazendo as pazes, **mas mesmo assim fica aquele sentimento, aquela angústia.** Até quando né? Eu sei que eu to sofrendo muito, eu vejo que ele ta sofrendo muito, e fica essa dor aqui dentro, porque você não tem certeza do que você ta fazendo, porque no fundo, no fundo, **avaliando esse relacionamento ta me fazendo muito mal e eu não sei como pode ser daqui em diante...** talvez esse relacionamento não tenha futuro, não desse jeito.*

Karina, 28 anos, mestranda em Ecologia, casada há 3 anos, participante do G1.

“Angústia”, acompanhada ou não da “ansiedade”, está fortemente relacionada com a noção de “risco”. O perigo que determinadas situações pode acarretar ao “bem-estar” desses indivíduos é suficiente para provocar neles uma postura bastante defensiva, como se observa nos depoimentos acima. Esta “sensação” de fragilidade pode atingir graus bastante intensos nas formas de se manifestar. Se o que se sente é difícil de explicar, as consequências são bastante explícitas:

*Acho que o meu assim é mais inconstante, eu passo semanas bem, mas tem dias que eu nem consigo sair da cama, sabe, **me dá uma angústia, um desespero só de pensar de sair de casa, ah, é assim, tipo, eu nunca dei muita importância, e isso tá começando a me comprometer, sabe, as coisas do laboratório, então, eu não sei explicar, sabe, não sei.***

Simone, 22 anos, estudante de Biologia, em encontro gravado no G1.

A emergência da “ansiedade” e “angústia” nos seus respectivos contextos, da forma como propus acima, é apenas um recurso analítico cujo intuito é situar as suas condições de enunciação. Resolver a questão dizendo que a “ansiedade” é um “sintoma físico” e que a “angústia” é um “sintoma psicológico” seria prematuro. Pois, isso seria apenas transformar certa tendência majoritária em modelo. Não é isso que almejo. O que me parece importante enfatizar é que ambas se mostram ao sujeito como “sensações dolorosas”. No entanto, é extremamente difícil nomear as qualidades específicas dessas dores que ameaçam muito mais do que o “bem-estar” desses estudantes. E que não se negligencie a intensidade da dor provocada por essas “sensações”, especialmente a “angústia”.

*Terapeuta Ocupacional: Acho que é um tema importante pra gente conversar sobre isso, como que é isso, vamos dar nome pra esse sentimento? De onde ele veio, o que é? Assim como se fosse solto, um pensamento solto. Tem gente que fala tempestade de pensamentos, tem gente que fala chuva de palpites, **então a palavra é angústia.** Vai solta o pensamento.*

*Simone: **Aperto no coração.***

Terapeuta Ocupacional: Aperto no coração.

*Karina: **Tristeza.***

Terapeuta Ocupacional: Continua.

Simone: (Choro).

Karina: Sofrimento.

Simone: Solidão. Fuga. Morte.

Terapeuta Ocupacional: Morte.

Karina: Uma desorientação.

*Terapeuta Ocupacional: A intensidade e a frequência, de um a 10, mínimo é 1, máximo é 10. **Frequência...?***

Karina: 7.

Simone: 3

*Terapeuta Ocupacional: **Intensidade?***

Karina: 10.

Simone: 10.

*Terapeuta Ocupacional: **Vocês estão dizendo que essa angústia tem apertado o coração de vocês, tem proporcionado muitos momentos fortes de tristeza, e com frequência significativa, tem propiciado momentos de choro, de dor, momentos de fuga, vontade não ver as pessoas, de ficar longe das pessoas, sentimento em relação a morte, existe isso pra você também?***

Karina: Já passou, hoje não.

*Terapeuta Ocupacional: **É importante vocês nos contarem sobre isso também. Joguem pra fora, pra que a gente possa refletir com vocês sobre isso.***

*Simone: **Eu não sei, eu não tenho aquela vontade de viver, to vivendo porque eu to viva. Não tem sentido, alguma coisa que estimule, só porque eu to aqui sabe, é como se eu estivesse esperando acabar, sabe.***

*Terapeuta Ocupacional: **Você ta indo. E quando você disse “esperando acabar”, você já tentou alguma coisa? É importante falar sobre isso.***

*Simone: **Eu cheguei a tomar remédio pra dormir, sabe, dormir dias, não que eu tenha dormido, pra dormir, sabe, pra fugir. Mas aí eu vi o sofrimento da minha mãe, mais por ela que por mim, porque eu vi que ela tava sofrendo, ela começou a se desesperar, esse pensamento é constante, sempre que eu fico angustiada, com essa sensação eu penso, mas eu penso na minha mãe.***

*Terapeuta Ocupacional: **E isso, de você tomar o remédio, quanto tempo faz?***

*Simone: **Ah, não sei, quando me dá angústia eu tomo.***

Primeiro encontro do G1.

As formas pelas quais a “angústia” e a “ansiedade” se manifestam a estes estudantes evocam uma ampla gama de “sensações dolorosas” para tentar circunscrever e objetivar essas experiências. No entanto, essa particularização da maneira com que elas se expressam leva esses estudantes a crer que só quem as sente sabe da intensidade dessas dores. Buscando respeitar a idiosincrasia que estes estudantes invocam para sua experiência, ao invés de buscar atributos intrínsecos que qualifiquem estas dores, mais uma vez recorro aos temas que elas permitem entrever. Durante uma conversa no Grupo 1, Luana propôs um interessante predicado às dores que disputam esse “vazio interior” do universitário que “sofre psicologicamente”.

*Ah, não sei, eu to meio cansada assim por causa do fim do semestre. **Aí quando eu fico cansada eu fico mais ansiosa, aí também, às vezes, me dá dor de crescimento.** Aí quando vai acabando o ano vai chegando no fim do semestre, aí eu tenho que ficar muito na frente do computador, aí eu fico mais cansada, **mais ansiosa.** Mas acho que desta vez [último ano da graduação] **vai passar com mais angústia, mas com mais tranqüilidade.** Acho que foi ontem que eu acordei e falei “Nossa, o ano não acaba nunca”. Mas eu também fico assim às vezes, o que eu to fazendo aqui, o que eu vou fazer depois, será que eu faço mestrado, presto concurso, mas aí com o tempo vai passando, vai passando.*

A “angústia” do “por vir” após graduar-se se manifesta em Luana sob o sintoma da “ansiedade”. Na tentativa de qualificar qual a “sensação” que a “ansiedade” provoca “dentro de si”, Luana não isola o sintoma nem pelos seus atributos “físicos”, nem pelos seus atributos “psicológicos”. Ela interpõe uma designação criativa para sua experiência: a “dor de crescimento”. Essa nomenclatura bastante singular sugerida por Luana parece condensar aspectos fundamentais presentes no discurso sobre o *sofrimento psicológico* entre os universitários. Fatores externos que de alguma forma perturbam o sujeito, e para os quais a sua ação não surte grandes resultados, se associam às incertezas de seu futuro no “mundo”. A indexação dessas incertezas à “fase de transição” em que se vive pode provocar um poderoso processo de internalização de “problemas” disponíveis nesses “mundos” da experiência. A estudante parece enxergar a transição da universidade para a vida extra-universitária, e do *sofrimento psicológico* para a “saúde mental”, como uma nova forma de relacionar-se objetiva e subjetivamente com estes “mundos”.

*Luana: Aí eu penso que se for pra ter essas **crises da ansiedade,** esporadicamente, tudo bem, e **depois que eu fiz o tratamento eu percebi que não era um bicho de 7 cabeças,** que a causa pode ser por um motivo*

*externo, provavelmente de família. E eu sou sensível por causa de assuntos de família, então caso dê algum problema, ou de falecimento, que eu venha a ter isso de novo, eu sei que passa, porque quando a gente tá ruim a gente acha que nunca vai passar. Acho que eu tenho medo de ficar assim pra sempre, mas eu consigo, **ontem que eu tava meio ansiosa**, teve duas semanas assim, que eu acordei um dia, aí eu pensava que se eu conseguir passar esse fim de ano sem eu ficar triste, pra mim já vai ser a glória. Porque todos os natais, reveillon, não adianta, eu começo a ficar muito sensível, aí nas férias eu começo a ficar muito em casa, né, aí não tem muita coisa pra fazer, aí às vezes viaja, mas aí eu penso que nesse fim de ano vai dar tudo certo, que não vai acontecer nada, **é a dor do crescimento, eu consigo perceber que nada é físico, é mesmo essa dor do crescimento**, começar a pensar o que eu vou fazer, que eu tenho que fazer alguma coisa, que a minha mãe não vai estar sempre ali comigo... Mas eu acho que quando a gente passa por isso a gente tem que pensar que melhora, às vezes tem pessoas que quando passam na adolescência sem ter nada, sem angústia, **fazem a transição sem angústia, depois vão ter alguns sofrimentos**, ou muito depois, já adultos e não sabem como lidar. Aí eu sei que eu, a Simone, essas pessoas que passam por isso mais cedo, **ficam mais fortes pra coisas que vão vir depois** né, que a gente vai se fortalecendo, vai ficando mais forte.*

*Terapeuta Ocupacional: **Aprender a enfrentar mesmo.***

*Psicóloga: E é isso que ela tem feito. **Já teve um crescimento na forma de lidar.***

*Luana: **Eu acho que a gente tem que aproveitar agora, que a gente tá jovem, a gente tem o poder de enfrentar mesmo**, porque depois, conforme a gente vai amadurecendo, eu acho que naturalmente a gente vai se conformando um pouco com as coisas, né? **Então essa é hora de tentar, ver as possibilidades, com tratamento, sem tratamento, tem que aproveitar pra tentar, é difícil, mas temos que experimentar.***

Quinto encontro do G1.

A “vida universitária” e a “angústia” sob a ótica apresentada por Luana no depoimento acima se apresentam comumente como etapas necessárias a um “crescimento mais maduro”. Superar esta transição supõe experimentá-la de maneira absoluta para que se possa aprender com ela. O “amadurecimento” e o “fortalecimento” rumo a uma vida adulta imaginada como mais estável, mais equilibrada, donde se detém um “autoconhecimento” mais apurado sobre si e sobre os “mundos” com os quais se interage requer um enfrentamento das condições transitórias que definem a situação desses estudantes. Tudo se passa como se o processo de “fabricação” da Pessoa por meio do qual se interiorizassem as qualidades individuais exigidas pelos “mundos” da experiência fosse tanto mais eficaz quanto mais dolorosa e marcante esta experiência vivida se apresenta ao sujeito.

O corpo e a alma se unem para escreverem páginas importantíssimas nas histórias de vida experimentadas por esses estudantes. O sentimento que faz doer o corpo e a alma, após a sua superação, será lembrado como a marca de um aprendizado (cf. CLASTRES, 2003). É importante ressaltar que todo mal-estar é percebido como “sensação”. Isso implica em atribuir ao corpo e seus processos internos um valor acusatório de boa ou má “saúde”. Lembremos que somente após amainá-lo é que se pode intervir com a profundidade, com a paciência, com o tempo e tranquilidade necessários no nível “psicológico”.

Psicóloga: Não é tão simples porque, é um órgão como os outros, vocês sabem, vocês são biólogas, o cérebro é um dos nossos, talvez o nosso mais importante órgão, mas é um pouco mais complicado porque envolve sentimentos, emoção, medo, resistência. Mas que bom. E aí, Simone, a medicação ajuda, ela dá uma reorganizada no corpo, mas ela não dá conta dessas outras partes, né, e aí é importante a permanência no grupo, um trabalho paralelo associado, um trabalho psicológico, terapêutico, cuidando dessa parte, não que a Psiquiatra não vá fazer isso. A Psiquiatra vai te acompanhar, mas o seu vínculo terapêutico vai ser aqui, futuramente em outro grupo, não sei onde você vai estar, o que você vai fazer quando você terminar, seria importante dar continuidade.

Psicóloga, terceiro encontro do G1.

O “físico” e o “psicológico”, ao menos na visão terapêutica, parecem estar tão intrinsecamente ligados entre si que o combate contra o sofrimento tem de se dar nessas duas frentes. Os interlocutores desta pesquisa, estudantes e profissionais, parecem comungar do preceito que a “saúde” se produz pelo corpo. Nesta acepção, é “natural” que a “saúde mental” possa também ser manifesta e averiguada corporalmente. Observa-se no caso acima a importância dada ao cérebro e a sua dinâmica fisiológica na produção da “saúde mental”. Tal questão parece se aproximar da relação entre “físico” e “psicológico” identificada por Jane Russo (1993:189) no âmbito das terapias corporais no Rio de Janeiro, donde havia “uma ‘corporificação’ do psicológico, já que é somente quando se libera o corpo (livrando-o, por exemplo, de determinadas tensões ou espasmos musculares) que se tem acesso à expressão dos conflitos psicológicos ou mesmo dos afetos reprimidos”. Seguindo a recomendação da Psicóloga do GTJU, Simone reaparece no terceiro encontro extremamente otimista em relação ao futuro de sua “saúde”, após consultar-se com a então Psiquiatra da USE:

Psicóloga: Gostei de saber que a Simone veio e que vai fazer uso de medicação. Acho que isso vai te ajudar.

Simone: Mas psicologicamente eu já to me sentindo melhor. Só de eu saber que vou tomar, ela falou que vai fazer efeito daqui a 15 dias.

Karina: Só de saber que você tá cuidando de você acho que você já tá se sentindo melhor.

Terceiro encontro do G1.

Deste exemplo, há de se destacar um ponto importantíssimo ao restante dessa etnografia. Não há ninguém mais qualificado para cuidar do *sofrimento psicológico* do que o próprio indivíduo que sofre. Esse tipo de formulação tem como objetivo um engajamento total do sujeito na terapia. Tomar a medicação, “fazer terapia”, buscar “autoconhecimento” e aprender a lidar melhor com as vicissitudes do “mundo”, demonstra que a “fabricação” do sujeito pela “saúde mental” requer que ele se aperceba como “responsável” por uma atitude de enfrentamento: as dores que lhe acomete serão superadas quando este sujeito conseguir resgatar o equilíbrio entre o “físico” e o “psicológico”.

Contudo, a proposta do Grupo é que esse enfrentamento se dê coletivamente. Os seus membros, na condição de “colaboradores”, estão ali para compartilhar experiências de vida⁹³. Além de um novo olhar para as histórias de vida e de sofrimento, o Grupo buscará “acolher” esse indivíduo tentando minimizar seus sentimentos de solidão. Pois que, ao tomarem consciência de que seu “bem-estar” depende única e exclusivamente de suas atitudes, esses estudantes tendem a se sentirem extremamente sós nessa empreitada.

Simone: Não sei, quando eu ficava mal, eu ficava quieta uns dias. Depois passava. Temporariamente, mas passava, sabe? Aí eu me policiava pra me manter ocupada pra não pensar, sabe, porque eu não queria envolver mais pessoas, eu não queria que as pessoas sofressem por minha causa, a dor é minha e eu tinha que sofrer sozinha, sabe, eu achava que eu tinha que superar sozinha.

Simone, 22 anos, estudante de Biologia, segundo encontro do G1.

A irremediável “sensação de solidão” destes estudantes era enumerada como um dos principais fatores que compunham o sentimento de “angústia”. Ela assiduamente os acometia quando se viam obrigados a lidar com as frustrações e expectativas depositadas no momento de transição da “vida universitária”. Tais frustrações eram sentidas pelos universitários como fruto de suas próprias inaptidões individuais, visto que cabia somente a ele superá-las através de seus *recursos* e *repertórios*. O “Grupo Terapêutico Juventude Universitária”, e a sua disposição prévia em aprender com o sofrimento de sua clientela,

⁹³ Expressão utilizada pela Terapeuta Ocupacional, assim como as outras deste parágrafo que se encontram entre aspas.

devotará especial atenção a este fato. Por meio da relativização das histórias e do compartilhamento das experiências, o Grupo buscará construir táticas de enfrentamento para com os “mundos internos” e “externos” que se misturam nesta linguagem do *sofrimento psicológico*.

Até o momento, quis apenas apresentar dados etnográficos que permitissem ao leitor situar-se diante do encontro terapêutico. Estudantes e profissionais que, diante do fenômeno do *sofrimento psicológico*, se colocavam na posição de aprendizes. Todavia, há de se considerar que as diferentes motivações em jogo. Do lado estudantil, o interesse de se instrumentalizar com “habilidades” necessárias para se tornar o sujeito de sua própria vida, de se assenhorar de sua “saúde mental”. Do lado profissional, o princípio de que o sofrimento só pode ser esquadrihado através de um olhar interdisciplinar; isto é, de que os componentes e a conformação do sofrimento são dados pela própria trajetória do sujeito, isto é, de acordo com um discurso elaborado a fim de que a totalidade envolvida no “caso” (sujeitos-mundos-sofrimentos) seja reconhecida.

Por conseguinte, essa disposição comum que une terapeutas e estudantes será fundamentalmente importante para as análises subsequentes. De outro lado é necessário ater-se aos caminhos que se cruzam graças à vivência do *sofrimento psicológico*: universidade e terapia conjugam aprendizados fundamentais à vida do estudante. Esta “vida universitária”, suas exigências, responsabilidades e expectativas são adotadas como referenciais importantíssimos aos movimentos “externos” ou “internos”, do “dentro” e do “fora” daquilo que se busca como “bem-estar”. A “vida universitária” também auxiliará o estudante a inserir-se nos “mundos” aspirados e operar certas “habilidades” profissionais, interpessoais e sentimentais para que eles consigam se colocar na direção de seus *projetos de vida*. A terapia, por outro lado, ajudará o estudante a situar os “mundos” que compõem o universo de referência deste sujeito em seus devidos espaços “dentro de si”. Desta maneira essas vivências completamente absorventes auxiliarão o estudante a relativizar o peso de suas referências morais e a “adequar” suas expectativas às suas possibilidades de “realização pessoal”.

CAPÍTULO IV

JOVENS ESTUDANTES E GRUPOS TERAPÊUTICOS:

“fabricando” a “saúde mental” e seus sujeitos.

É aí, nesse mundo, no real, que os desvios patogênicos se cavam e que as totalidades ilegítimas se fazem, se desfazem. É aí que se coloca o problema da existência, da minha própria existência. O estudante está doente do mundo, e não do seu pai-mãe. Ele está doente do real, e não de símbolos.

(DELEUZE, 1997:28).

O objetivo geral deste capítulo é apresentar ao leitor quais atributos são chamados a construir uma dada noção de “saúde mental” que, ao mesmo tempo, possa ser legítima para os estudantes e manipulada pelas terapeutas. Para isso percorri dois caminhos descritivos que não cessarão de se entrecruzar. O primeiro diz respeito ao universo de significados embutidos na maneira com que o *sofrimento psicológico* se manifesta para meus nativos. Esta etapa será atravessada recorrendo a todo tipo de dado que me foi possível levantar, ou seja, dos depoimentos gravados em entrevistas às transcrições dos encontros do GTJU e anotações do meu caderno de campo. Tal percurso será explorado pela minha condição de “colaborador” e começará pela montagem do Grupo. À medida que for avançando na descrição pretendo demonstrar como certas expectativas de “superação” do *sofrimento psicológico* podem ser apropriadas pelo discurso e pela prática das terapeutas em favor da constituição do Grupo.

Para efeito de notação mais simplificada adoto as seguintes abreviações para me referir aos Grupos analisados nesta etnografia:

- Grupos acessados através das transcrições: foram dois e ambos se realizaram no segundo semestre de 2007. Portanto, divido-os em **G1** (3 estudantes mulheres, duas de graduação em Biologia, Simone e Luana, e uma do mestrado em Ecologia, Karina) e **G2** (3 estudantes, 2 homens, Felipe e Fábio, o primeiro graduando em Engenharia de Produção e o segundo doutorando em Engenharia de Materiais, e uma mulher, Vânia, doutoranda em Engenharia Química);

- Grupos com os quais participei como “colaborador”: foram também dois; um se realizando no primeiro semestre de 2008, **G3** (3 estudantes mulheres: Catarina, mestranda em Ciência da Computação; Joana, graduanda em Enfermagem; Sônia, graduanda em Ciências Sociais); e outro no segundo semestre deste mesmo ano, **G4** (4 estudantes: Tadeu, estudante da graduação em Ciências Contábeis na UNICEP; Maurício, graduando do bacharelado em Matemática; Alexandre, graduando da licenciatura em Matemática, o qual já havia entrevistado para o início de minha pesquisa; Simone, graduanda em Biologia que havia participado do **G1**).

Quase todos os estudantes pesquisados eram da própria UFSCar. A única exceção está indicada (Tadeu, G4). Dito isto, passo a descrever o processo de construção desses Grupos.

1.) Constituição e possibilidades de intervenção: uma análise descritiva das intenções do Grupo e de seus sujeitos.

Da constituição aos primeiros encontros dos Grupos, meu envolvimento com o Projeto de Extensão “Grupo Terapêutico: Juventude Universitária” foi total. A partir do momento em que fui aceito para participar tanto do Projeto quanto nas reuniões do PSM, passei a me preocupar em como atuar efetivamente como “colaborador”. Minha principal “colaboração” inicial, delegada pela coordenadora Terapeuta Ocupacional era então ajudar nas atribuições da Estagiária. Nossa primeira tarefa consistiu, portanto, em convidar e propor dias e horários (cujas possibilidades as terapeutas já haviam definido antecipadamente) aos potenciais usuários inscritos no PSM que estivessem dentro do perfil do GTJU, para iniciarmos as atividades do Grupo.

Esse processo de formação dos Grupos iniciou-se pouco tempo antes do recomeço das atividades letivas na USE. Ao final de fevereiro de 2008, reunimo-nos para verificar os nomes da lista de espera e separar, pelas demandas observadas na “entrevista de acolhimento” (EA), quais usuários inscritos no PSM se enquadravam e aceitavam a modalidade de terapia grupal. A EA era o primeiro “instrumento” mediador entre USE e usuário. “Instrumento”, aliás, de nodal importância para que a relação se efetivasse, isto é, para que o indivíduo “queixoso” e com determinada demanda terapêutica fosse “acolhido” pela instituição. Era a partir da EA que os profissionais tomariam o contato com as “queixas” do candidato a usuário e as encaminhariam ao Programa e/ou Projeto mais pertinente às suas demandas.

Apesar de se verificar na lista do PSM uma grande procura por parte dos universitários pela psicoterapia, poucos de fato se sentiam à vontade em compartilhar seus “problemas” e seu sofrimento com outros estudantes de um universo sociológico tão próximo. Cheguei a anotar em meu caderno de campo, enquanto verificava essas listas, algumas das justificativas levantadas pelos estudantes para a recusa de terapia em grupo. Todas elas pareciam partilhar de uma insegurança comum: “não gostaria de expor meus problemas a estranhos que participavam da mesma vida universitária, pois temo que eles não sejam bem recebidos pelos outros integrantes e gostaria portanto de mantê-los privados a uma relação pessoal com terapeuta” (justificação anotada pela Psicóloga na EA de um determinado usuário da lista de espera).

Deste processo, eu e a Estagiária da Terapia Ocupacional selecionamos cerca de 30 usuários para entrarmos em contato. Ordenamos por ordem de entrada na USE dando

preferência aos mais antigos. Os contatos foram feitos pela estagiária por e-mail e telefone. Muitos, devido ao prolongado tempo de espera, já não se sentiam necessitados de atendimento psicoterapêutico. Outros tantos já haviam se formado na graduação ou pós-graduação e/ou mudado de cidade.

Mas a grande limitação encontrada por diversos destes estudantes que demonstraram interesse em participar era, definitivamente, o horário. A princípio seriam dois Grupos: um às terças-feiras e outro às quintas-feiras, ambos no período da manhã. Com o afastamento da coordenadora Terapeuta Ocupacional do GTJU, a Psicóloga co-responsável teria imensas dificuldades para administrar dois Grupos sozinha, pois, naquele momento, ela já acumulava progressivamente funções da coordenação do PSM, “colaborava” com o Programa da Mulher e ainda, continuava com os atendimentos terapêuticos individuais. Definiu-se então que apenas um Grupo seria formado naquele semestre, às quintas-feiras. O encontro se realizaria às dez horas e teria duração de uma hora e quarenta e cinco minutos.

Neste período, a maioria dos estudantes universitários (pelo menos os da graduação) está comprometida com as atividades acadêmicas. Este era um impasse de difícil solução, pois que os técnicos da USE trabalham apenas em período diurno.

Após a realização dos contatos pela Estagiária, o número de usuários que demonstraram interesse em participar do GTJU reduziu significativamente. Embora a disposição em frequentar o Grupo tenha sido reiterada por cerca de dez pessoas, apenas quatro puderam confirmar sua participação, sendo que, ao iniciarmos as atividades, apenas três compareceram efetivamente nesse primeiro Grupo de 2008 (G3). Com o segundo o Grupo, realizado no segundo semestre deste mesmo ano (G4), não obtivemos maiores sucessos: outra Estagiária, também da Terapia Ocupacional, conseguiu reunir inicialmente cinco participantes, sendo que duas davam continuidade à participação de Grupos anteriores – uma havia participado de um Grupo em 2007 (Simone, participante do G1) e outra continuava a terapia iniciada com o primeiro Grupo de 2008 (Catarina, estudante que teve a oportunidade de observar no primeiro Grupo em que colaborei, G3). Constatamos (eu e a 1ª Estagiária) que as barreiras institucionais⁹⁴ são, também, responsáveis pelo aumento e acúmulo dos estudantes universitários na lista do PSM. Os estudantes-usuários que declaram o interesse em participar de atividades terapêuticas do PSM e justificam a impossibilidade de frequentá-las

⁹⁴ Escasso número de profissionais para a demanda abarcada pela USE, limitações de horário para atendimentos e pouca disponibilidade dos docentes do Departamento de Psicologia e de Terapia Ocupacional em desenvolver e supervisionar atividades psicoterapêuticas de grupo, com raríssimas exceções.

naquele momento, por compromissos pessoais, acadêmicos e profissionais, voltam à lista de espera.

Existe ainda, a questão de um número limite de participantes para que as atividades de Grupo fluam dentro dos objetivos esperados: esse número de tolerância seria de, no máximo, dez participantes, segundo as informações do Projeto de Extensão⁹⁵, embora as coordenadoras (Psicóloga e Terapeuta Ocupacional), de início, já soubessem que tal número não era factível nem com a realidade da instituição, nem com as viabilidades terapêuticas para essa modalidade de tratamento. Devido, também, às oscilações dos calendários acadêmicos individuais de um semestre para outro, a permanência mais prolongada destes estudantes-usuários numa modalidade de terapia grupal, cujos horários são evidentemente inflexíveis, fica comprometida. Decorrente dessa dinâmica imposta pela “vida universitária”, alguns usuários, embora reconhecessem a necessidade de “um tempo maior de terapia para aprender a lidar com seu sofrimento”⁹⁶, ficavam impedidos de dar continuidade à sua participação no Grupo Terapêutico quando do início das atividades letivas do semestre seguinte. Ao encerrarem-se as atividades de cada Grupo (final do semestre), o balanço das profissionais e estagiárias revelou, das poucas vezes que acompanhei (duas), um relativo descontentamento baseado nas expectativas iniciais do Projeto. Essas expectativas frustradas estavam relacionadas menos com o desenvolvimento das atividades do Grupo do que com o período extremamente curto que alguns destes usuários tiveram contato com a vivência psicoterapêutica. Não é por acaso, ou **apenas** por opção teórico-metodológica, que estes profissionais recorriam às modalidades de “psicoterapia breve”.

É, a proposta desse grupo, né, são poucos encontros, é mais de apoio, a gente pode até buscar outras alternativas, mas se a gente for pensar em uma proposta mais profunda, de entendimento, aí precisaria ser um trabalho psicoterápico mais a longo prazo, e, pra poder entrar nessas questões do porquê. O que a gente pode trabalhar agora é, isso se apresenta, de que forma a gente pode tentar melhorar? Né, quais são as estratégias. E se não for suficiente, aí é o caso de avaliar, bom, eu não tô conseguindo dormir, ou, meu sono não está sendo reparador, eu sou muito ansioso, reavaliar se uma medicação ajudaria, né, mas aí precisaria de uma avaliação mais detalhada, assim.

Psicóloga, durante reunião do G2⁹⁷.

⁹⁵ Ver tópico “Outras Informações Pertinentes”, do Anexo B, Projeto de Extensão GTJU.

⁹⁶ Comentário recorrente entre os estudantes que participaram dos Grupos.

⁹⁷ Nesse momento ela estava explanando sobre a importância da complementaridade do tratamento terapêutico e biomédico, e sobre a necessidade de, em alguns casos, buscar uma “psicoterapia profunda”.

Desta primeira tentativa de formar um Grupo Terapêutico (G3) conseguimos então reunir apenas três participantes mulheres. Catarina era mestranda em Ciência da Computação, estava com 25 anos e era originária de uma cidade do interior da Bahia. Joana era estudante do último ano de Enfermagem, estava com apenas 21 anos e morava no alojamento dos estudantes da UFSCar; sua família residia na capital paulista. Sônia era estudante do último ano de Ciências Sociais, também moradora do alojamento, estava então com 23 anos e tinha crescido numa cidade do interior paulista de proporções semelhantes à São Carlos.

Em nosso primeiro encontro participaram: a Estagiária, a Coordenadora (Terapeuta Ocupacional) as três estudantes (uma delas, Sônia, chegou após já termos iniciado alguma atividade) e eu. Os encontros se realizavam sempre na Sala-Oficina. A Coordenadora, após apresentar-se, propôs de imediato que a Estagiária e eu também o fizéssemos e que complementássemos expondo quais eram os nossos distintos papéis enquanto “colaboradores”.

Naquele momento fiquei um tanto confuso em como me apresentar segundo os termos propostos pela Coordenadora. Fiz uma breve explanação de meus interesses de pesquisa dizendo que estava “curioso em entender as causas da alta demanda por psicoterapia entre os estudantes universitários”. Notei, após a minha pequena e desconcertada apresentação, certa apreensão das estudantes em relação àquela presença interessada e curiosa para com seus respectivos sofrimentos. Intuitivamente, para amenizar esse estranhamento e suas eventuais resistências, disse que todo interesse de minha pesquisa estava relacionado a uma experiência semelhante a qual vivenciara quando cursava a graduação e que, por conta desse episódio, decidi “trancar o curso por um tempo enquanto cuidava de minha saúde psicológica”. Instantaneamente não pude notar uma mudança significativa na postura desconfiada daquelas estudantes. Entretanto, posteriormente, ao longo de outros encontros, pude verificar o quanto foi importante para elas, e para a “dinâmica” do Grupo em geral, ter me disposto também a compartilhar meus “problemas” e os caminhos que adotei para superá-los. Essa é, portanto, a condição primeira de qualquer “colaboração” dentro do Grupo: o compartilhamento das experiências.

Após as apresentações, a Coordenadora expôs os termos do Contrato que regeria os encontros e que, não obstante, incentivava certas posturas tanto internas quanto externas ao Grupo Terapêutico. As regras que estimulavam certas associações entre os “colaboradores” do Grupo eram as seguintes:

O CONTRATO:

- *Sigilo quanto aos conteúdos trazidos pelo grupo;*
- *Relacionamento social e de amizade fora do grupo;*
- *Cada integrante se colocar como ponto de apoio para os outros, tanto no grupo como fora dele;*
- *Respeitar a opinião do outro, sem tomar como algo pessoal (agressão);*
- *Participação no grupo através da disponibilidade para partilhar sentimentos, pensamentos, experiências;*
- *Evitar faltar e, quando for o caso, justificar/informar com antecedência o grupo;*
- *Entrada de novos integrantes até no 3º encontro, sendo respeitada as normas do contrato, com possibilidade de inclusão de novas regras desde que discutidas pelo grupo;*
- *Possibilidade de realização de pesquisa e apresentações em Congressos.*

A primeira atividade proposta pela Coordenadora TO foi que as duas usuárias, presentes ao início da “dinâmica”, escrevessem em um pedaço de cartolina as respectivas “esperanças ou expectativas” para com o Grupo. Naquelas circunstâncias, após uma breve apresentação de cada uma das usuárias, a atividade viera a calhar. O estado de timidez e de insegurança em começar a expor cada uma os seus respectivos “problemas” era evidente nas participantes. Logo após esta tarefa, pediu-se a elas que trocassem as respectivas cartolinas para que cada uma delas tomasse contato com as expectativas alheias. As cartolinas revelaram as seguintes “esperanças”:

*Joana: melhorar, alegrias, **autoconhecimento**, melhorar como pessoa e como profissional.*

*Catarina: esperança, paz, **saúde** e alegria.*

Esta atividade proposta ao início dos encontros parece ter sido bem sucedida em outras ocasiões. Encontrei dentre os prontuários individuais que ficavam anexados ao prontuário do Grupo, outras cartolinas com esse tipo de descrição. O G1 (2007) produziu, por exemplo, as seguintes cartolinas:

*Karina: Busca de um **autoconhecimento**, um **alívio para angústia**, entendimento de mim mesma, encontro de respostas, ser compreendida e **receber apoio**.*

*Simone: Por mais que se tenha passado 1 ano [da inscrição no PSM], os **problemas emocionais** na minha vida ainda continuam, expectativa de poder ter um momento para **refletir e ser orientada sobre alguns pontos da minha vida pessoal**.*

Num segundo momento deste mesmo encontro eis que chega a terceira integrante, Sônia. Esta foi prontamente recebida pelas outras colegas. Foi pedida à nova usuária que também se apresentasse oralmente, explicasse por que havia aceitado participar de uma terapia em grupo e quais esperanças ela depositava nesse tipo de atendimento. Ela respondeu que acreditava serem seus “problemas” nem um pouco incomuns e que “compartilhar suas aflições com pessoas que sofriam as mesmas pressões poderia ser uma ótima **experiência de aprendizado**”. Logo que isso se sucedeu, a Terapeuta Ocupacional propôs que cada uma das estudantes escrevesse numa cartolina fixada num mural de cortiça, o sentimento pelo qual elas estavam passando naquele momento. Para cada sentimento escrito, a pessoa seguinte escreveria outro que lhe correspondesse. Quando algumas das usuárias apresentavam resistências ou dúvidas sobre o que escrever, a Terapeuta Ocupacional guiava a ação com perguntas referentes ao termo escrito anteriormente. Foram basicamente cinco as perguntas feitas a elas: “O que vocês estão sentindo nesse momento?”, “Como vocês pretendem **enfrentar** esses sentimentos?”, “Confiar em que para **superá-los**?”, “Onde estão os **recursos** para alcançar o que vocês desejam?” e “O que vocês estão procurando?”. O resultado foi o seguinte quadro:

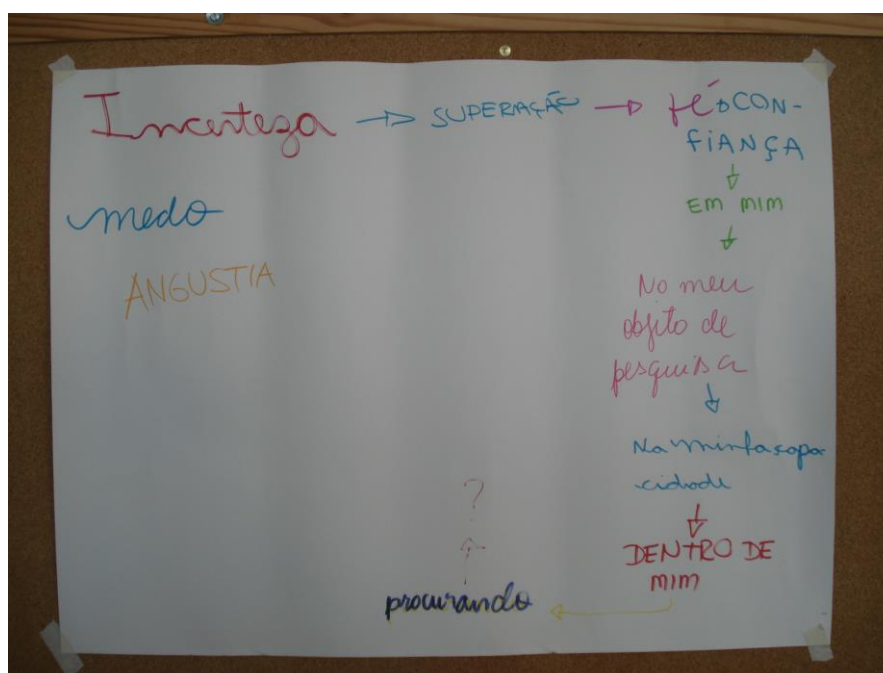


Foto 1: Atividade realizada no primeiro encontro em que participei.

LEGENDA: Angústia, Medo e Incerteza → Superação → Fé → Confiança → Em Mim → No meu objeto de pesquisa → Na minha capacidade → Dentro de mim → Procurando → ?

“Incerteza”, “medo” e “angústia”. Estes termos apareceram praticamente em todas as entrevistas que realizei. Sentimentos entendidos por estes universitários como negativos e cuja força gravitacional mantém estes sujeitos presos à realidade de seus “mundos”, “mundos” estes que se interiorizavam com tal força a ponto de seus “problemas” e suas expectativas se localizarem “dentro” destes indivíduos. Isso é notório no momento em que a Terapeuta Ocupacional interpela Catarina perguntando: “Olhem para dentro de vocês. Onde você (Catarina) deposita a sua confiança?”. E ela, após pouco pensar, escreve: “No meu objeto de pesquisa”. A universidade, sendo o “mundo” mais imediatamente próximo da realidade presente, atravessa as qualidades intrínsecas a sua Pessoa (cf. MAUSS, 2003). Este é o “mundo” para onde se recorre quando estes sujeitos buscam elaborar critérios de “bem-estar” (invariavelmente, nesta etnografia, associada à “realização pessoal”) e, não menos, para observar os “problemas” que os afetam.

Diante dessas circunstâncias parece evidente ao estudante que determinadas “habilidades” sejam exigidas dele ou dela para que eles se reconheçam enquanto sujeitos. Há, portanto, a necessidade de cultivar sentimentos de pertencimento a uma determinada coletividade para enxergar-se como tal: neste caso, os “mundos” integrantes da “vida universitária” poderão identificá-lo como um “sujeito estudante universitário” o qual, por sua vez, deverá dispor de determinadas qualidades correspondentes às exigências deste universo de sociabilidade.

Aprender a lidar com esses “problemas” inerentes aos seus “mundos” e, por extensão particular a esta etnografia, à própria Pessoa exige a capacidade de produzir um conhecimento sobre si, de reelaborar uma dada trajetória biográfica que produza certa “identidade” com algumas comunidades de valores. Na impossibilidade de enxergar com clareza essa ligação íntima “de dentro pra fora”, da sua individualidade para com os “mundos” que, ora ela (individualidade) “enfrenta”, ora ela “se insere”, esses estudantes demonstraram se sentir “muito solitários na sua busca”⁹⁸. Quando procuram olhar para si, diante dos “problemas” com os quais se vêem imersos, sentem-se absolutamente “perdidos” e “isolados”⁹⁹. Por isso, eles estão dispostos a uma atitude de busca: “procurando” (ver o quadro mais acima). Mas, sem saber exatamente o que procuram: “?” (quadro acima). O resultado dessa atividade foi absolutamente expressivo para esta pesquisa. A partir deste quadro pude vislumbrar uma continuidade entre aquelas impressões iniciais, verificadas nas entrevistas, e as propostas terapêuticas do GTJU.

⁹⁸ Palavras da Terapeuta Ocupacional.

⁹⁹ Também palavras da Terapeuta Ocupacional.

Vejamos abaixo a transcrição de um primeiro encontro do G2 que, na verdade, consistiu apenas num reconhecimento das circunstâncias pelas quais Felipe (o único a aparecer, 20 anos, estudante de graduação em Engenharia de Produção) se dispunha a reorganizar sua vida diária, buscando reencontrar uma desejada “saúde mental”.

*Terapeuta Ocupacional: ...nosso trabalho é um trabalho financiado pelo ProEx, né, onde nosso eixo é assistência e conclusão pra que ele possa ter **qualidade de atendimento** e que tenha **fundo científico tanto para nosso conhecimento quanto para produzir conhecimento**, como você sabe que está na universidade, que a tecnologia é o centro deste universo, então esse é o motivo pelo qual gravamos nossos encontros, dentro dos princípios éticos respeitando a sua individualidade, como pessoa, lá fora, dos demais, somente com acesso às pessoas que estão diretamente vinculadas com esse trabalho: eu, a Psicóloga e a Estagária que é estagiária bolsista do Projeto pela Proex.*

Felipe: E faz tempo que tem esses encontros, esses Grupos?

Terapeuta Ocupacional: Não. Desde... A gente já fez dois semestres.

Felipe: Dois semestres.

Terapeuta Ocupacional: Super reservado, nós não fizemos propaganda.

*Felipe: É, eu conheci quando eu vim fazer um teste com a Psicóloga, aí ela até comentou que tinha até um Grupo com esses interesses, daí um falei: “ah, de repente...”. Eu passei com ela acho que no começo do semestre passado. É, na verdade quando eu vim, a gente conversou um pouco e tal, **aí ela falou pra eu fazer uns exames neurológicos, aí não deu nada, e ela falou que se não desse nada era pra eu voltar e eu acabei não voltando.** Daí foi quando, acho que foi vocês que mandaram e-mail pra gente, pra mim alguém ligou, não sei, acho que foi a Psicóloga mesmo, **aí eu até tinha dito que eu não podia vir porque eu tenho aula nesse horário, aí até dava pra mudar e eu falei com o professor e ele mudou.***

Terapeuta Ocupacional: Hum, que legal.

Felipe: É, vamos lá. É eu falei que eu tinha um compromisso das 10 às 10:30, que no outro horário é a mesma matéria.

Terapeuta Ocupacional: E ele não se colocou contrário?

Felipe: Não, não, imagina.

*Terapeuta Ocupacional: Muito bacana, **mostra aqui, de novo, sua iniciativa. Parabéns Felipe! Estamos precisando de jovens que se organizem para atingir seus objetivos, suas metas.** Então, o quê que trouxe você aqui?*

Felipe: Vixi!

Terapeuta Ocupacional: Vamos mexer no baú?

*Felipe: É complicado. Assim eu falo pras pessoas que eu não consigo assim, pensar em mim. Eu vejo tanta gente assim, falando sobre ele, eu até consigo conversar com os meus amigos, vejo como eles conseguem falar sobre si mesmos pra conversar com outras pessoas e tal. Aí eu vejo que eu sou uma pessoa bem fechada pra me conhecer, eu não me conheço muito bem. Mas eu andei me percebendo, achei que era necessário me conhecer melhor e tal, aí eu percebi que desde o meu terceiro colégio e tal pra cá eu vejo eu fiquei mais fechado, e como eu conversei com a Psicóloga, e **tenho me concentrado menos nas coisas que eu tô fazendo**, sabe, que eu tô fazendo uma coisa aí eu tô pensando em outra que eu tenho que fazer lá na frente, ou seja, **não sei se é ansiedade**, excesso de trabalho da faculdade, isso já acontecia no terceiro colégio, é que acho que aí começou a sobrecarregar as coisas, vestibular, e tal, e **eu sempre tenho me cobrando** sobre isso, aí eu não sei se esse excesso de trabalho, excesso de coisas pra pensar, faz com que eu perca a concentração que eu fique meio que cobrando, **muito por resultados**, meio que me martelando por isso, e **aí vira um problema**, aí as coisas viram uma bola, e aí, sabe, no final tudo dá certo, e esse que é o problema: eu sei que no final vai dar tudo certo. Só que eu acho aí eu fico muito, não sei se é estresse isso, ou outro tipo de coisa, que **isso atrapalha nos meus relacionamentos sociais**. Aí eu to falando com uma pessoa e eu tenho meio que uma crise de ausência, sabe? Tipo, eu tava meio que conversando com alguém ou estudando mesmo, vendo alguma coisa, eu fico olhando pra um lugar e paro, e aí eu fico muito tempo até que, ou alguém chega e fala, ou o que você tá fazendo, ou eu mesmo percebo, eu acho que reflete uma falta de concentração, sabe, talvez seja por causa disso, e aí eu ando meio preocupado e sabe, será que isso vai piorar, ou será que vai continuar, porque isso tá ficando ruim pra mim, **se o meu físico não tá falando, o meu psicológico tá falando que isso é ruim pra mim**, sabe, e às vezes se eu to numa aula, e eu vou fazer uma pergunta, às vezes eu fico muito tempo formulando, e quando eu to fazendo parece que eu to perdendo a capacidade de modificar isso que eu to falando. Agora não, agora eu consigo falar normal, **mas quando meio que tem muita gente em volta, eu fico meio tímido**, sabe, aí quando eu vou falar alguma coisa aí eu vejo que eu ia falar uma coisa que não era bem assim, aí eu falo pera aí, aí eu volto e falo de novo, sabe, eu fico meio distante do que eu to pensando e do que eu to falando, creio que me atrapalha um pouco, tá meio confuso, sabe. E eu acho que a principal coisa é essa falta de concentração, acho que é isso e tá me preocupando com isso, me cobrando demais, sabe eu acho que **eu fico jogando uma carga em mim que eu não devia estar jogando, e acho que isso me prejudica ainda mais, entendeu?** Se tá com alguns problemas, aí eu penso em alguma outra coisa, se eu tenho outra coisa aí não vai resolver, aí tipo tem outra coisa que parece mais urgente, aí vamos embora. E agora não, agora eu tenho dificuldade de fazer isso, se eu tô ocupado, fazendo alguma coisa agora, eu não vou conseguir, aí eu penso no outro e no outro e acabo não fazendo isso. Aí acaba o tempo que eu tinha programado pra fazer isso, e aí eu não fiz nada, aí nossa, aí tem um tempo pra fazer as duas coisas, aí que eu não faço mesmo. E aí é capaz mesmo que fico até tarde da noite, fico com sono, aí eu me atrapalho muito também, acho que isso tem gerado uma série de conseqüências que acabam me fazendo mal. E aí eu não sei, eu não to entendendo como faz isso, acho que é a pior coisa, aí eu fico meio perdido tentando explicar pra alguém. Eu tentava explicar para o pessoal de casa, que o dia mais triste foi um dia que eu tava na biblioteca, tava procurando um livro, e aí tipo eu achei o livro e*

*fiquei olhando pra ele, e eu não fiquei pensando em nada, e ainda se eu tivesse pensando em alguma coisa, e aí veio um cara amigo meu, me viu mas não me cumprimentou nada, nem vi ele, e aí uns 10 minutos depois ele voltou e perguntou “o que você tá fazendo aí”, aí eu “oh, procurando o livro, aqui ele”, aí eu peguei e fui embora, e aí ele disse “fazia uns 10 minutos que você tava olhando aí, foi mal”. E aí eu falo pros meus colegas que **minha mente fica fora do meu corpo às vezes**, mas sei lá, eu sempre faço isso, eu tenho me preocupado com isso, aí não sei.*

Terapeuta Ocupacional: Que bom que você veio buscar, discutir sobre isso.

Felipe: Eu gosto de discutir assim, eu tenho meio que dificuldade de discutir as coisas que eu sinto. Coisas pessoais eu tenho muita dificuldade, me abrir, eu sou fechado pra isso, mas acho, sei lá que eu nunca confio, mas sei lá, dizer alguma coisa realmente, não sei sabe.

Terapeuta Ocupacional: Já deu pra ver que tá meio na correria, né.

*Felipe: Tá, tá bastante, mas não sei se sou eu na hora que eu tô falando que dou uma impressão de correria, **pelo que eu vejo não sou só eu que passo por isso, é uma vida cotidiana na vida dos universitários, então porque que será que eu passo por tudo isso e gente que passa pela mesma correria não fica do jeito que eu fico, que passa pelas mesmas coisas que eu passo, mesmas exigências e não passam pelo que eu passo, o que será que eu tô fazendo que tá me levando a isso, sabe? E isso que eu, é meio que um desafio para eu tentar procurar, sabe. Eu já tentei procurar e tô aqui, e aí não sei.***

*Terapeuta Ocupacional: Então, **já te dando um reforço positivo**, que bom que você no meio de tentas pessoas, **neste momento resolveu olhar pra dentro de você**, então você tem esse diferencial aqui, isso não significa que as pessoas que estão correndo estão em paz.*

Felipe: É mesmo.

*Terapeuta Ocupacional: Agora, enquanto você falava, **você soltou uma frase “estou com muitos problemas”**. Então vamos começar a pensar em quais são, reparti-los um pouco.*

Felipe: Não sei se isso é a palavra certa, em questão de problemas, é questão de muitas tarefas, atividades, até assim, mês passado, atrasado eu considerava uma coisa um problema, que é a questão financeira de casa, que isso era um problema, aí as coisas já se resolveram e é uma preocupação a menos, e eu falo com o pessoal de casa.

Terapeuta Ocupacional: De onde você é?

Felipe: Eu sou de São José do Rio Pardo, dá uns 230 km daqui.

Terapeuta Ocupacional: É, fica fácil pra voltar.

Felipe: É, e aí então eu tava preocupado com meu pai, com a questão do trabalho do meu pai, ele trabalha como (?), só que agora pelo menos tá mais tranquilo, não tá resolvido o problema, mas tá mais tranquilo o problema e isso me alivia um pouco, sabe. Eu até tava tentando fugir um

pouco quando me falavam do assunto porque eu já tava preocupado com as coisas daqui, aí se eu me preocupasse com outras coisas eu ia acabar piorando a minha situação, só que eu não conseguia, eu fico muito preocupado com a minha família, e aí é uma coisa que me atormentava um pouco mais. Só que agora nesse semestre assim acho **tá me dando mais a sensação de que tô fazendo muita coisa ao mesmo tempo**, às vezes eu não deveria ter pego tanta coisa pra fazer, sabe. **E aí eu fico sentindo falta de eu tempo, sabe, sei lá, pra atividades de lazer. Que é totalmente necessário.** E, eu tô fazendo um estágio que eu comecei a fazer agora de obras e tal, e o que tá me preocupando, é tipo muito e ontem, é que ontem e hoje eu fiquei muito tempo fechado, e que semana que vem eu não vou poder vir que eu vou estar apresentando um trabalho no Paraguai, que é um artigo que a gente escreveu, e tal, eu to tentando terminar um pôster que era pra eu ter terminado ontem de manhã, e tinha um outro trabalho de um professor e um outro trabalho pra fazer, e eu não consegui fazer nada, aí tinha uma prova hoje de manhã, e aí eu vou terminar hoje, espero. E aí quando eu fico com muitas coisas é quando eu chamo de um problema, não é tanto problema, e isso é muita atividade, e eu me, **eu chamo isso de um problema, sabe, de eu não conseguir fazer, e aí eu fico me cobrando**, “poxa você tinha como fazer, se tantas pessoas conseguem fazer tantas coisas ao mesmo tempo, porque você não consegue?”, eu fico meio que tentando me comparar com pessoas, sabe, eu acho que, eu não sei se isso é certo, se isso dá certo, mas eu faço isso.

Terapeuta Ocupacional: Eu acho que você precisa mudar isso, **pra diminuir toda essa angústia, e ansiedade que tá vindo aí atrás**, pelo menos aí, haja coração né.

Felipe: Complicado.

Terapeuta Ocupacional: **Você comentou que você foi muito exigido.**

Felipe: **É, acho que vindo de mim mesmo.**

Terapeuta Ocupacional: **É, mas antes disso você comentou de sua família, de uma expectativa deles.**

Felipe: **É, comentei.**

Terapeuta Ocupacional: **Uma expectativa deles.**

Felipe: **Isso.**

Terapeuta Ocupacional: **E pelo que você conta da sua família, que parece que porque você tá na universidade porque você teve um diferencial importante, um diferencial quanto filho, quanto futuro profissional, e quanto a conseguir entrar em uma universidade importante que é essa, com um curso importante que você escolheu, e imagino o quanto que isso foi “ooh”. Em que ano você tá?**

Felipe: **To no terceiro.**

Terapeuta Ocupacional: **E agora, como é que tá tudo isso? Vem um monte de pressão, né? E agora, parece além dessa pressão que pode ter continuado ou não, já começa a pressão de você em relação a você mesmo.**

Felipe: Mas acho que é mais uma pressão minha de mim mesmo.

Terapeuta Ocupacional: Eu sei. Uma tentativa de compensar, né?

Felipe: Isso. Tipo, compensar um esforço que mais pais não tiveram.

Terapeuta Ocupacional: Isso mesmo, investimento, investimento de energia, se dispor da própria vida pra investir no seu futuro, no seu estudo, na sua pessoa, e você querendo mostrar resultado. Então, você já tá mostrando. Já é o filhão. Você tá entendendo? E que bonito quando você fala “as questões da minha família me preocupam”, isso não é ruim, isso é positivo. Isso mostra que você, apesar de você estar aqui, você tem um vínculo, lá no seu porto seguro, né, que é forte, que é importante. Tá bom... Mas segura a bronca que você vai dar conta, de uma coisa, da outra coisa. O que nós precisamos é começar organizar por partes, sabe, fechar o ciclo, pra que você consiga dar conta, dessa diversidade de coisas que estão sendo colocadas, não só pra você, pra todos os jovens universitários que tá sendo muito pressionado. E aí cada um age como possível, como consegue naquele momento, tá bom? Então calma. E quando você fala que a questão de lazer tá fazendo falta na sua vida, tem que arranjar tempo pra o seu lazer, isso já é uma prescrição terapêutica para melhorar sua situação, isso você vai ter que se organizar também. Vamos ter que conversar também sobre isso, como está sua rotina, achar um ponto aí pra você descarregar, vai dançar, vai cantar, vai jogar futebol, vai fazer o que você gosta de fazer. Essa energia tem que ir pra baixo, pro chão. Ser transformado em algo dá dor de cabeça, aí a cabeça fica assim. E quando você fala de crise de ausência, é porque o cérebro também precisa descansar, ele faz parte do corpo, ele é uma super máquina especializada. Mas também há momentos que ele precisa ficar sossegado.

Felipe: Eu tenho, hora de lazer sabe, eu tenho. Só que eu tô percebendo que eu não consigo ter um proveito legal desse horário de lazer sabe, tipo, esses dias eu saí com um pessoal da TO, que eu conheci, no fim de semana jogar um vôlei com um pessoal, tocar violão com o pessoal.

Terapeuta Ocupacional: Você toca violão?

Felipe: Toco.

Terapeuta Ocupacional: Que legal! Você não sabe, você vai ser importantíssimo pro meu Grupo, sabe por quê? Desde que eu pedi material pra Proex, eu pedi um violão. Olha, tô tendo que justificar tanto, porque eu acho que é importante pra um jovem universitário, gente, é tão lógico, jovem gosta de tocar, de cantar, é você que será.

Felipe: Bom, então já servi pra alguma coisa. E legal...

Terapeuta Ocupacional: E você fica bastante tempo tocando violão?

Felipe: Fico, certeza. Meu momento de lazer mais proveitoso é quando eu junto um pessoalzinho para tocar alguma coisa, acho que é o momento que eu mais aproveito assim. Mas é tipo quando eu saio, que eu trabalho dia inteiro que eu tenho aula de manhã, faço curso à tarde, vou pra aula de novo, aí eu estudo até 9 horas da noite, aí eu fico cansado, aí eu só vou

junto com o pessoal pra ver um filme, só que aí quando eu volto eu não relaxei. Aí eu não sei, acho que tô perdendo tempo, que deveria estar fazendo outra coisa, a cabeça não tá relaxada, aí eu vejo que não to aproveitando esse tempo 100%, sabe. Aí eu me cobro mais ainda “ô, porque você não ta aproveitando isso aí”, tudo eu vejo que conforme eu não tô fazendo conforme eu quero, eu fico me cobrando. E eu acho que isso tá sendo prejudicial. E eu tenho hora de lazer, é que eu falo coisa que, eu até tenho, talvez seja pouco, não sei o quando deveria ser, mas o que eu acho de mim é que eu não tô conseguindo aproveitar isso aí. Às vezes eu uso todo o meu tempo de lazer me cobrando que eu deveria estar fazendo alguma coisa, sabe que fosse de lazer, mas que o lazer ajudasse em alguma coisa, não sei, sabe, fica confuso isso aí, sei lá.

*Terapeuta Ocupacional: Outra coisa importante, é que você tem que começar a observar o seguinte: não as coisas que você não conseguiu e sim as coisas que você já conseguiu fazer. Tá entendendo? Não o que eu deixei de fazer, o que eu tenho que fazer, mas eu consegui poxa, e quando eu terminar isso “pô legal”, comemorar a hora que você terminou, que você fechou isso, entendeu? Terminar isso, pra eu conseguir dar conta de outra que tá me atormentando, eu matei esse leão, entendeu? E aí outras coisa que você tá cheio aí, de necessidade pra resolver, também, enfrentei essa outra questão, vai fechando, vai fechando, quando você for pro lazer, você foi pro lazer, e entender que esse momento vai favorecer tanto a sua noite, né, uma noite de descanso, como favorecer o dia seguinte, que você tem a viver, entendeu? Não assim, pô “tô assistindo o filme aqui, mas deveria estar fazendo o trabalho ali, vou ter que visitar não sei quem que está doente, tô aqui assistindo aquele filme, tô batendo aquele papo tomando cerveja, sei lá”, aproveite, entendeu? Dê consistência, fique por inteiro naquilo. Porque senão você não descansa, se você tá lá pensando no trabalho que eu não fiz, aí você nem faz o trabalho nem assiste o filme. Sabe, assim, nós vamos fazer um processo de concentrar sua energia no ambiente em que você está. **Vai segurar, ter segurança, sua seriedade tem que andar na velocidade correta.** Tem hora que existe um sinaleiro lá, que você tem que parar e na hora que ver o vermelho tem que parar, porque se você passar você tá desafiando o seu eu e o do outro. **Tem momentos que você tem que prestar atenção em você e nos outros que você pode circular tranquilamente, em seu cotidiano.** Você tem que respeitar os sinais. **Isso tudo é simbólico pra que você possa fazer associações internas pra você pensar nessas coisas que a gente tá te colocando, tá bom?** Não são fáceis, nesse momento, você é muito (?), mas o alerta é esse mesmo. Pára um pouco. Calma. É necessário ir por ciclo sim, e importante, tá bom? Porque correria, te dá aonde? Onde?*

Felipe: Como assim. Não entendi?

Terapeuta Ocupacional: É, então, onde você quer chegar?

Felipe: É, isso é complicado. Tipo, esses dias eu tava lá falando com um colega lá de casa, é tipo, sempre que a gente faz uma coisa, a gente busca outra, então a gente tava conversando tipo, o que a gente queria fazer depois que a gente se formasse e tal, e aí eu tava pensando eu não tenho certas metas pra seguir, eu também crio, eu não sei onde eu quero chegar com isso, que eu to fazendo agora, talvez eu quero fazer o que vem pra mim, que seria gratificando, que eu penso “puxa, consegui fazer isso”, sabe? Eu não tô tentando fazer uma coisa pra tentar chegar a algum lugar eu acho,

*que tipo, que surge assim um trabalho de graduação, que alguém convida para fazer um trabalho, por exemplo, e não penso muito se eu tenho tempo pra fazer isso, eu logo penso que eu consigo. **Eu penso que, sei lá, quando eu me formar vou ter um currículo melhor, eu acho que eu faço por isso, sabe, a questão até pode ser essa, vou me formar com um currículo melhor, e eu vou pegando coisas pra fazer. Onde eu quero chegar com isso, eu acho que, o que eu queria é isso.***

Terapeuta Ocupacional: Tá pipocando um monte de coisa?

Felipe: Como assim?

Terapeuta Ocupacional: Tá pegando um monte de coisa diferente?

Felipe: Sim. Isso agora, que no começo do semestre eu percebi que as matérias estavam mais leves, e “vamos pegar um monte de coisas pra fazer”.

Terapeuta Ocupacional: Um monte de coisas quanto? Quantos créditos você tem pra fazer?

Felipe: 32. To com 32, mas com disciplina que exige mesmo eu tenho 20. Tirando isso é simples, tirando os trabalhos que aí complica um pouco, e aí, tipo, surgiu uma iniciação científica no semestre passado, e aí eu fui desenvolvendo o projeto. Só que daí surgiu um trabalho envolvendo um projeto que a gente desenvolveu no semestre passado, que o professor gostou pra caramba, e tá desenvolvendo esse projeto, um projeto de obras, e a gente tava desenvolvendo um trabalho parecido, e ele chamou a gente pra estagiar nisso, montar um banco de dados, e tal. E aí eu deixei a iniciação, porque estágio e iniciação não vai dar, 20 horas de cada um, mais as matérias, aí não dá, aí eu parei a iniciação e comecei esse trabalho, só que aí surgiu um outro trabalho pra fazer, com uma doutoranda, e aí ela falou, “vamos escrever um artigo sobre o que a gente tá estudando, e tal e topei”, e aí, vamos embora né, vamos pra lá, legal né, nunca escrevi nada científico, vamos embora. E aí surgiu um outro trabalho pra fazer com um professor que ele tá montando uns cursos, umas planilhas no excel, pra elaborar, aí ele chamou eu e uns outros colegas do estágio e perguntou se a gente tinha tempo pra fazer esse trabalho, se ia atrapalhar as outras coisas, e “não, dá tempo sim”.

Terapeuta Ocupacional: Você tinha horário?

Felipe: (silêncio)

Terapeuta Ocupacional: Tenho certeza que você não tinha horário.

Felipe: Sabe, é uma coisa que eu tinha vontade de fazer, que eu teria gostado, mas agora eu não tô gostando porque eu não tô tendo muito tempo, eu não gosto porque eu penso que eu podia estar fazendo alguma coisa bem melhor, que eu tenho capacidade pra isso, mas eu não tenho tempo, aí eu fico meio receoso em entregar uma coisa que não é tão legal assim, que eu podia fazer uma coisa melhor, e entregar assim pros caras, sabe, uma coisa legal, uma coisa bacana, e sabe, eu acho que eu não devia ter aceitado. Só que agora a gente já tá firme, terminando, e desistir, sabe.

Terapeuta Ocupacional: Sei, com certeza.

Felipe: Então eu tava pensando que no ano que vem, vou pegar as coisas conforme o que dá pra fazer e, além disso, eu também tô precisando estudar inglês, engenharia de produção você não consegue nada se não sabe inglês, e é complicado, porque eu preciso estudar também e não tenho tempo, porque inglês eu nem pego pra estudar porque não dá tempo.

Terapeuta Ocupacional: Que tipo de música você gosta?

Felipe: Eu gosto de todo tipo, eu gosto de MPB, pop rock, gosto de sertanejo também, gosto de todo tipo.

Terapeuta Ocupacional: Começa incluir umas músicas em inglês, tanto na escuta como no repertório.

Felipe: É, tenho alguma coisa só que... né?

Terapeuta Ocupacional: Bem de leve Felipe, brinca com as coisas, pra que elas não sejam tão pesadas. Quantos anos você tem?

Felipe: 20 anos.

Terapeuta Ocupacional: 20 anos? E tá com tudo isso nas costas?

Felipe: Então, não deveria estar? Não sei.

Terapeuta Ocupacional: Então.

Felipe: Não sei até que ponto, eu tenho que aproveitar todas as oportunidades.

Terapeuta Ocupacional: É, até que ponto tem que ter tantas oportunidades?

Felipe: Então, que eu entrei com 17 anos na faculdade, e aí eu fico pensando: 'será que eu deveria ter entrado com mais, será que eu deveria ter entrado mais maduro'? Não sei. E hoje eu fico pensando em que fase da vida eu estou. Se eu to passando a adolescência, se eu tô entrando na fase adulta, sabe? Eu não sei em que fase que eu estou pra essa conclusão interna dentro de mim. Não sei se eu estou numa fase muito transitória por isso eu estou desse jeito.

Terapeuta Ocupacional: Você já completou 20 anos ou não?

Felipe: Completei.

Terapeuta Ocupacional: Então, vou te contar que de acordo com a OMS o término da adolescência é com 19 anos, 11 meses e 29 dias.

Felipe: É, já passei a adolescência.

Terapeuta Ocupacional: Você percebe que você tá num momento de transe?

Felipe: É tipo, pelo que o povo fala, adolescente é rebelde, não sei que lá, e pelo que eu me vejo, eu nunca fui um adolescente rebelde, eu sempre fui tranquilo, sabe, agora tipo, nos meus 17, 16 meus, até agora que eu vejo que tá fazendo mal pra mim há bastante tempo, é que eu tô meio que com essa confusão na cabeça, e eu tenho medo de continuar com essa confusão, de não saber o que fazer, de pegar tudo pra fazer e não conseguir fazer nada. Eu tenho medo de continuar com isso e prejudicar tudo, sabe.

Terapeuta Ocupacional: Ah, Felipe, vou fazer um plaquinha de “pare” pra você. Não é? Calma! Calma que você chega lá.

Felipe: É, eu to meio desesperado com o que vai acontecer, sabe.

*Terapeuta Ocupacional: Então, calma, calma. Você é muito bacana, Felipe. Dá um tempo. Tá entendendo? Segura a bronca, porque você quer chegar lá, não quer? Você tem potencial pra isso. Mas precisa organizar essa energia aí. **Senão aí o corpo apaga, e aí não produz.***

Felipe: É complicado, é complicado. Sabe é difícil quando você fala pra eu fazer uma coisa e me concentrar nela, eu não me vejo concentrado numa coisa, sabe.

*Terapeuta Ocupacional: **Então, mas você precisa aprender.***

Felipe: É eu queria que desse certo de aprender. Falta isso pra mim, concentrar.

Terapeuta Ocupacional: Vamos conseguir... Pra arrumar, pôr as coisas no devido lugar. Só que você vai ter que segurar a bronca. E você vai ter que praticar isso, senão, sai de baixo, corrida, só lá na pista.

Felipe: É, então, no primeiro semestre eu tava mais reservado, aí eu conheci um Grupo da Psicologia que tem um estudo que falava sobre ser mais organizado. E aí, vamos fazer né, vou tentar ser mais organizado um pouco, aliás, tentar me organizar um pouco porque eu não sou nada organizado, é vamos lá, discutir. Daí eu fiquei um pouco lá só que não deu certo. Tem sempre uma inovação pra tentar se organizar, aí eu fiz coisa de TO, montei um cronograma, com papel cartão mesmo, com EVA cortei um monte de quadradinho pras disciplinas. E aí tinha domingo, aí nessa semana domingo eu vou ter que estudar, tantas horas dessa disciplina, tantas horas dessa, vou ter tantas horas de lazer, meio que organizar as coisas, sabe, e tantas horas pra fazer o estágio, tantas horas para o projeto, pro artigo, e minha semana tava totalmente preenchida, tantas horas de lazer, sei lá, tudo preenchido. Só que aí na segunda eu encanei nessa ideia, na segunda eu vou planejar de manhã aí, ah, eu vou fazer isso hoje, o que eu conseguir eu vou colocar os quadradinhos lá, se eu não conseguir nada, ficar a toa, vai tudo no meu momento de lazer, era uma maneira de, aí eu fui chegando no final de semana os quadradinhos vão se acabando, aí no final de semana eu vou estar fazendo o que sobrar, o que eu tinha que fazer na semana, cumprir com isso, no que eu não conseguia fazer isso, eu nunca conseguia fazer isso. Eu via, por exemplo, que eu tinha 14 horas de lazer na semana, e nunca, tipo na segunda, na terça e na quarta acabava, se eu chegava 9 horas da noite em casa, eu tipo pensava que eu tinha que estudar isso, mas tipo nunca, eu via que os caras tavam conversando na sala, aí eu ficava conversando com eles, aí tipo eu não conseguia estudar tudo o que eu tinha

que estudar, e não tinha estudado o que eu tinha que ter estudado no dia anterior. E aí eu ficava desorganizado pra estudo. Olha, o que eu tinha que estudar de matéria de conteúdo... Eu não conseguia estudar, acho que por falta de concentração, sabe, ficava pensando na vida, e se você não se concentra você não tem um rendimento legal, mas eu já lidei, isso me deu um pouco mais de desespero.

Terapeuta Ocupacional: Nós vamos organizar isso também, tá, juntos organizar uma proposta, e não só na semana, pensando na semana, agora no momento, pensando no seu dia, nesse momento, até o final do dia como você vai se organizar, né, valorizando tudo que você conseguiu terminar, nesse dia, lembrando da plaquinha de pare.

Felipe: Vou colocar uma plaquinha vermelha no lado de pare.

Terapeuta Ocupacional: Nossa proposta é de termos 7 encontros, um período de avaliação, pode entrar gente até o terceiro encontro, vamos ter mais pessoas entrando, com o contrato básico e fundamental desse Grupo que é o de respeito e sigilo, vocês estão aqui conosco, mas vocês são jovens que se encontram, cada um com sua história interessantíssima de vida, né, com o dever de cada um de nós de respeitar a outra pessoa, então tudo que foi dito aqui é dividido, pra fora de lá vocês vão viver a vida de vocês. Seja muito bem-vindo a esse processo, que bom que você aceitou mesmo esse convite, tá bom, aqui não tem placa de pare, e é claro que esperamos que nesse tempo que você vai estar conosco, seja um tempo muito legal pra você. Até quinta então.

Felipe: Até! Jóia!

Terapeuta Ocupacional: Até, e fiquei muito feliz pelo violão, viu?

Felipe: Se isso valesse ponto.

Terapeuta Ocupacional: E como é que você se sentiu?

Felipe: Ah, eu achei que eu ia ser mais fechado, pra falar sobre mim, mas acho que tá tranquilo, foi bem legal.

Terapeuta Ocupacional: Boa semana, hein!

Felipe: Pra vocês também, e bom trabalho.

Transcrição de um encontro terapêutico (G2) realizado pelo GTJU no segundo semestre de 2007.

Decerto que o longo trecho acima não demonstra todos os tipos de investimento que a metodologia do GTJU recorre ao produzir uma determinada modalidade de “saúde” para seus sujeitos. Há, contudo, uma profusão de elementos significativos à continuidade das problematizações levantadas anteriormente. Mostrar quais elementos são

centrais neste encontro terapêutico é de fundamental importância para que as táticas terapêuticas descritas posteriormente sejam capazes de produzir um sentido à experiência da “saúde mental” buscada tanto pelos profissionais quanto pelos estudantes.

Seria demasiadamente pretensioso reduzir a experiência de *sofrimento psicológico* destes estudantes às associações “causais” identificadas no discurso de Felipe. Dificuldades de concentração e na administração do tempo são entendidas como “causas” particulares à sua biografia que, por sua vez, motivam a captura de outros elementos disponíveis nos “mundos” da sua “vida universitária”. É este o ponto que interessa à etnografia: as atividades acadêmicas, os momentos de lazer e de convivência com os amigos de *república*, as expectativas familiares e pessoais depositadas na formação profissional, as cobranças por resultados e desempenhos satisfatórios em todos os âmbitos da tal “vida universitária”, em suma, todo tipo de investimento pessoal intensivo nesta “fase de transição”, aparecem como elementos que virão a configurar seu *sofrimento psicológico*. Deste modo, Felipe vem conjugar “problemas” extremamente comuns à “vida universitária” na elaboração de um discurso sobre este tipo de sofrimento.

Atentando às falas deste encontro, destaquei em negrito alguns de seus elementos centrais. Em relação ao estudante, observa-se que Felipe deseja empreender um movimento de “autoconhecimento” (“*achei que era necessário me conhecer melhor*”) e que isso o dispõe a uma “atitude de busca” (“*o que será que eu tô fazendo que tá me levando a isso, sabe? E isso que eu, é meio que um desafio para eu tentar procurar, sabe. Eu já tentei procurar e tô aqui, e aí não sei*”). Essa busca, no entanto, parece querer a todo custo conciliar algumas expectativas pessoais às coletivas, como, por exemplo, as familiares: “*Mas acho que é mais uma pressão minha de mim mesmo... Tipo, compensar um esforço que mais pais não tiveram*”; ou então as de seus amigos: “*Só que eu acho aí eu fico muito, não sei se é estresse isso, ou outro tipo de coisa, que isso atrapalha nos meus relacionamentos sociais... E aí eu não sei, eu não tô entendendo como faz isso, acho que é a pior coisa, aí eu fico meio perdido tentando explicar pra alguém. Eu tentava explicar para o pessoal de casa...*”. De modo que os critérios de desempenho individual se baseiam, não obstante, em parâmetros de performances coletivas: “*eu chamo isso de um problema, sabe, de eu não conseguir fazer, e aí eu fico me cobrando, ‘poxa você tinha como fazer, se tantas pessoas conseguem fazer tantas coisas ao mesmo tempo, porque você não consegue?’ eu fico meio que tentando me comparar com pessoas, sabe, eu acho que, eu não sei se isso é certo, se isso dá certo, mas eu faço isso*”. A boa medida entre o individual e o coletivo é absolutamente incerta: “*Terapeuta*

Ocupacional: 20 anos? E tá com tudo isso nas costas? / Felipe: Então, não deveria estar? Não sei”.

Todos estes “problemas” de ordem pessoal (financeiros, de relacionamentos interpessoais, de expectativas familiares) se encontram com as exigências do “mundo acadêmico”. A partir deste confronto, há um deslocamento dos “problemas” deste “mundo” (ou seja, a sobrecarga das atividades curriculares) para um questionamento do universo íntimo do estudante: *“E aí eu ficava desorganizado pra estudo. Olha, o que eu tinha que estudar de matéria de conteúdo eu não conseguia estudar... Acho que por falta de concentração, sabe, ficava pensando na vida, e se você não se concentra você não tem um rendimento legal, mas eu já lidei, isso me deu um pouco mais de desespero”*. Essa passagem do “fora” para “dentro” promove um deslocamento dos “problemas do mundo” (ou “mundos”) para a própria subjetividade desse estudante. Não são mais os excessos da vida estudantil os obstáculos à “realização pessoal” do universitário. São suas próprias limitações pessoais as responsáveis pelos seus “problemas”. Pois a valorização que recai sobre a “vida universitária” é de tal ordem que o investimento que se faz nela gera a expectativa de que ela produza necessariamente conseqüências positivas à vida pessoal deste estudante num futuro eminente: *“Eu penso que, sei lá, quando eu me formar vou ter um currículo melhor, eu acho que eu faço por isso, sabe, a questão até pode ser essa, vou me formar com um currículo melhor, e eu vou pegando coisas pra fazer. Onde eu quero chegar com isso, eu acho que, o que eu queria é isso”*.

Portanto, nesta situação de transitoriedade na qual coincidem a “vida universitária” e o *sofrimento psicológico*, não se enxerga mais o passado com os mesmos olhos e nem se consegue projetar o futuro com tanto otimismo: *“É tipo, pelo que o povo fala, adolescente é rebelde, não sei que lá, e pelo que eu me vejo, eu nunca fui um adolescente rebelde, eu sempre fui tranqüilo, sabe, agora tipo, nos meus 17, 16 meus, até agora que eu vejo que ta fazendo mal pra mim há bastante tempo, é que eu to meio que com essa confusão na cabeça, e eu tenho medo de continuar com essa confusão, de não saber o que fazer, de pegar tudo pra fazer e não conseguir fazer nada. Eu tenho medo de continuar com isso e prejudicar tudo, sabe”*. A clara percepção de que se está numa “fase de transição” é geradora de uma sensação de mal-estar: *“Então, que eu entrei com 17 anos na faculdade, e aí eu fico pensando: ‘será que eu deveria ter entrado com mais, será que eu deveria ter entrado mais maduro’? Não sei. E hoje eu fico pensando em que fase da vida eu estou. Se eu to passando a adolescência, se eu to entrando na fase adulta, sabe? Eu não sei em que fase que eu estou pra*

essa conclusão interna dentro de mim. Não sei se eu estou numa fase muito transitória por isso eu estou desse jeito”.

De acordo com o que foi exposto no capítulo anterior, o sofrimento dos usuários da USE busca entrelaçar enunciados físico-morais para exprimir suas dores. O mesmo ocorre com os estudantes universitários. Corpo e “mente” se misturam em seus discursos para produzir um reconhecimento subjetivo e objetivo de que algo vai mal: *“E aí eu falo pros meus colegas que minha mente fica fora do meu corpo às vezes”*. Ora o “físico”, ora o “psicológico” são indicativos de que não se está bem de “saúde”: *“se o meu físico não ta falando, o meu psicológico ta falando que isso é ruim pra mim”*. Se os “problemas” que o impedem de atingir seu “bem-estar” se localizam “dentro” de si, tanto a causa quanto a solução terão de ser manipuladas no nível do “psicológico”: *“É, eu conheci quando eu vim fazer um teste com a psicóloga, aí ela até comentou que tinha até um Grupo com esses interesses, daí um falei: ‘ah, de repente...’”*.

Constatado que o “problema” é “psicológico”, será requisitado ao sujeito que ele tome uma atitude para superá-lo. Partindo desse entendimento, verifica-se aí uma convergência de interesses tanto da parte dos estudantes-usuários quanto da parte das terapeutas. Na vida cotidiana dos jovens universitários é possível observar a alta valorização que se dá para o “fazer as coisas”, seja esse “fazer” relacionado às atividades acadêmicas, seja dentro de sua rede de relações interpessoais, seja nos esportes, nas festas, na política estudantil, na realização profissional, etc.

A apatia conjugada à “vida universitária” tende ser encarada como possível manifestação de que algo, relacionado à sua “saúde física” ou “psicológica”, está impedindo o estudante de vivenciar plenamente este universo. O “fazer” como valor, neste sentido, serve muito bem às aspirações terapêuticas. Tomando-o como princípio organizador da experiência de vida, as terapeutas se apropriarão deste valor para incentivar um engajamento absoluto do sujeito que sofre no “fazer” a terapia: *“Dê consistência, fique por inteiro naquilo. Porque senão você não descansa, se você tá lá pensando no trabalho que eu não fiz, aí você nem faz o trabalho nem assiste o filme. Sabe, assim, nós vamos fazer um processo de concentrar sua energia no ambiente em que você está”*. Isso é de fundamental importância aos nativos desta pesquisa. Por isso, não me contentei em buscar algumas respostas para entender o “**por que**” se faz terapia, dado que o discurso dos estudantes bastaria para encerrar a questão; procurei também compreender, imergindo na experiência etnográfica junto ao Grupo Terapêutico, “**o que**” se faz **com** a terapia.

As intervenções da Terapeuta Ocupacional no trecho acima indicam alguns caminhos. Em primeiro lugar há o “reforço positivo” dado ao estudante por ele ter procurado ajuda: *“Então, já te dando um reforço positivo, que bom que você no meio de tantas pessoas, neste momento resolveu olhar pra dentro de você, então você tem esse diferencial aqui, isso não significa que as pessoas que estão correndo estão em paz”*. Este esforço era, para a Terapeuta Ocupacional, o indicativo de que se está prontamente disposto a modificar-se “internamente” para atingir seus objetivos: *“Isso mesmo, investimento, investimento de energia, se dispor da própria vida pra investir no seu futuro, no seu estudo, na sua pessoa, e você querendo mostrar resultado. Então, você já tá mostrando”*. Para isso incentiva-se o estudante a exercitar a introspecção do seu olhar para si, como etapa fundamental à relativização dos seus “problemas” e de seu sofrimento: *“É, até que ponto tem que ter tantas oportunidades?”*. Isso o fará tomar contato com limitações subjetivas à sua trajetória, mas também permitirá um contato mais íntimo com qualidades, aptidões e talentos latentes à sua “personalidade”, ou, como se diz na linguagem terapêutica, com seus *recursos*: *“Você tem potencial pra isso. Mas precisa organizar essa energia aí. Senão aí o corpo apaga, e aí não produz”*. No entanto, estes *recursos* correrão o risco de permanecerem restritos apenas ao universo subjetivo do universitário caso não sejam partilhados: *“Tem momentos que você tem que prestar atenção em você e nos outros que você pode circular tranqüilamente, em seu cotidiano. Você tem que respeitar os sinais. Isso tudo é simbólico pra que você possa fazer associações internas pra você pensar nessas coisas que a gente tá te colocando, tá bom?”*. Se assim permanecerem, os *recursos* não se converterão em “meios” passíveis de serem utilizados pelo estudante para conseguir produzir uma determinada “saúde”, ou, em níveis mais genéricos ainda, sua própria “realização pessoal”.

Portanto, o “autoconhecimento” só se tornará autoevidente ao estudante na medida em que ele, enquanto sujeito de suas experiências, conseguir **objetivar** certos atributos de sua “personalidade” nos “mundos” com os quais interage. É preciso, e muito desejável, que estes estudantes sejam capazes de compartilhar suas experiências de aprendizado. Prospectar seus *recursos* disponibilizando-os à solução de “problemas” para que posteriormente essa experiência de aprendizado seja dividida com seus pares, constituirá a principal estratégia do Grupo Terapêutico: a elaboração e a partilha de novos *repertórios*. Para o contexto desta etnografia, a dimensão coletiva da experiência – seja no Grupo, seja na “vida universitária”, seja através dos “mundos” que estes estudantes transitam – parece ser a condição *sine qua non* de **subjetivar** esses aprendizados, sobre si, sobre os “mundos” e sobre as vicissitudes que eles apresentam à vida deste estudante.

2.) As táticas do “Grupo Terapêutico Juventude Universitária”

Atendimentos em grupos terapêuticos semanais com dez estudantes universitários de ambos os sexos, duração 1h45minutos, coordenados pela Psicóloga e Terapeuta Ocupacional do Programa de Saúde Mental.

*A metodologia utilizada será a participativa-iterativa incluindo dinâmicas de grupos, com discussões e reflexões sobre temas que envolvem o entorno da juventude, **partindo do conhecimento que o grupo dispõe**. Serão utilizados recursos áudios-visuais como data-show, filmes, fotografias, DVD, gravador, CDs. Os grupos serão constituídos a partir do levantamento das inscrições dos alunos no controle de vagas do Programa de Saúde Mental/USE.*

Durante os grupos serão anotados os relatos verbais relevantes e ao final de cada encontro será realizada avaliação por todos os integrantes. O material produzido no grupo como desenhos, redações, cartazes serão catalogados e guardados com as responsáveis (Projeto de Extensão GTJU. Anexo B. Meus destaques).

Os encontros costumavam se iniciar com perguntas diretivas aos “colaboradores” a respeito de como eles haviam passado a semana. A ideia desta primeira sondagem era perceber como os estudantes estavam encarando “o mundo lá fora” a partir das “experiências adquiridas ali dentro”¹⁰⁰. A relação “dentro” e “fora” possibilitava às terapeutas sentir em que medida os diversos “problemas” privados, ali expostos, estavam interferindo em pequenas mudanças de atitudes e de percepção do “mundo” público. Invariavelmente, após a qualificação da semana, os estudantes-usuários se voltavam aos estados emocionais sentidos naquele momento: “*A semana foi bem. Eu é que estou me sentindo mal*”; “*Não consegui administrar todos os meus problemas durante a semana; mas sabe: hoje estou indiferente*”; “*Quero esquecer tudo o que se passou esses dias. Como vou sair dessa situação se parece que o mundo conspira pra tudo dar errado na minha vida? Assim não dá pra eu me sentir melhor nem aqui*”.

Devo dizer que o estado de fragilidade dessas pessoas só era perceptível ao adentrarmos a Sala-Oficina, salvo raros momentos de exceção. Encontrávamo-nos na recepção, subíamos a rampa até o Bloco 3 conversando sobre assuntos aleatórios sem adentrar questões da vida privada de ninguém e, de repente, alguns desses estudantes-usuários, que até então se mostravam aparentemente tranqüilos, respiravam fundo e deixavam fluir na face e no corpo todas as dores que carregavam.

Ao sentarmos em volta da bancada para iniciarmos o encontro, os que se sentiam bem começavam introduzindo assuntos sobre os sucessos e conquistas que haviam

¹⁰⁰ Expressões utilizadas pela Psicóloga.

conseguido durante a semana. Os outros interagiam estimulando para que estes aprofundassem as conseqüências dos fatos bem-sucedidos. Nesses momentos, os que estavam se sentindo em piores condições emocionais se mostravam mais tímidos, menos entusiasmados. Era então que a Psicóloga (ou a Terapeuta Ocupacional) entrevistava delicadamente: “*E você fulano ou fulana? Como passou a semana?*”. As respostas às vezes se mostravam fugidias: “*Ah, passei bem sim. Tudo normal*”. Mas, normalmente, estas respostas eram acompanhadas de sorrisos insinceros, de olhares baixos, como que esperando que alguém perguntasse algo mais profundo de sua vida – contudo, sem demonstrarem nenhum interesse em responder a tais perguntas. Dada a tensão evidente da situação, a tática era recorrer aos assuntos passados em reuniões anteriores: “*E aquele assunto com seu orientador? Conseguiu resolver?*”; “*Falou com sua amiga sobre aquele problema?*”; “*Conseguiu retomar sua monografia?*”; “*E você com seu pai, resolveram tomar uma decisão a respeito de como vai ser daqui pra frente?*”. Estas perguntas feitas pela Psicóloga ou qualquer outro “colaborador” – inclusive por mim – funcionavam como verdadeiros gatilhos emocionais. Não que elas despertassem a história adormecida por debaixo do sofrimento que se exprimia na face desses estudantes sem necessidade alguma de palavras. O que interessava ali não era “o que” se evidenciava através de suas dores, mas “como” aquele sofrimento se mostrava ao indivíduo afetado.

Terapeuta Ocupacional: Esse tempo é de vocês, sejam bem-vindas, e eu gostaria de saber como é que foi...

Simone: Bom, eu particularmente estou num dia difícil, sabe daqueles quando você não quer sair de casa, foi difícil sair de casa.

Terapeuta Ocupacional: Que bom que você venceu, né Silvia.

Simone: Eu vim meio que arrastada, por uma menina que divide o quarto comigo.

Terapeuta Ocupacional: Sei, você pediu a ela?

Simone: Não, ela me convenceu, eu passei chorando a manhã toda, pra dormir eu também dormi chorando, aí pra vir também... Só consegui parar de chorar dentro do ônibus.

Terapeuta Ocupacional: Então nesse espaço você pode chorar mais se precisar. Pra você, pra Karina, pra quem quiser. Como é que você passou ontem.

Simone: Eu tava bem, eu passei bem de dia, não sei, no fim da tarde começou a me dar uma agonia, uma sensação de vazio assim, desabei a

chorar, cheguei em casa chorando, aí acordei chorando. Parece que falta uma coisa sabe, uma coisa essencial.

Terapeuta Ocupacional: Consegue nomear essa sensação Simone?

Simone: Não sei, eu tava tão agoniada, que eu não sei, sabe, não sei dizer o que. Dá uma vontade de desaparecer.

Segundo encontro do G1.

Elaborar um enredo biográfico para se chegar ao *sofrimento psicológico* atual era comum; mas não a regra. Às vezes, a resposta era somente: “*Não sei... não consigo... tô c’uma angústia*”. Outras, era apenas um notório esforço para segurar as lágrimas. Não raro, a única reação era o silêncio. Era nestes momentos que as intenções de “acolhimento” por se mostravam mais explícitas da parte dos “colaboradores”.

Dado a evidência do estado de fragilidade destes estudantes, era necessário que as primeiras abordagens dos colaboradores garantissem total sigilo e comprometimento de todos que ali se encontravam para com a escuta, compreensão e aprendizado através das experiências de sofrimento dos colegas. Era preciso ser mais que delicado. Fazia-se necessário uma aproximação compreensiva que demonstrasse o real entendimento das dores e “problemas” que os assolavam. Era através dessa forma de exprimir o sofrimento que se verificava a necessidade de “pôr para fora”, de dialogar com o “mundo” e de desenvolver uma nova relação com aquilo que era visto como “problema”.

Luana: Então eu acho que tem um paradoxo nisso. Ao mesmo tempo que é importante compartilhar, a gente não quer expor. Quanto maior o problema, menos a gente quer expor, né. E é tão difícil assim, né, compartilhar, assim, como muitas pessoas você vê, na nossa sala tem quase 60 alunos, entre 50 e 60, né, e nós somos só duas, né? E eu tenho certeza que tem muito mais gente, que de repente não procura, né, e que não compartilha, e quando a gente vê que não tá sozinho, que tem mais gente que sofre, e também dá um... Não que alivia, mas dá um certo conforto assim.

Karina: A gente acha que é só a gente que tem problemas.

Luana: É.

Karina: Que é só a gente que passa, que sente aquilo lá. Que tem tantas pessoas, e a gente tem que aprender com essas pessoas, que às vezes elas passaram por determinado momento, e conseguiram superar aquilo, ou às vezes elas estão mais frágeis que a gente.

Luana: Acho que é realmente por isso que é importante conversar com outra pessoa. Quando a gente conversa, ela pode traçar experiências com você,

né, “nossa olha eu passei por isso e eu superei”, ou às vezes você vai ver que tem casos piores que o seu, e aí gente olha essa situação que é mais difícil ainda e você se dispõe a ajudar, não sei.

Segundo encontro do G1.

O primeiro procedimento terapêutico – e institucional – é, portanto, pautado pelos valores do “acolhimento”. A EA é o “instrumento” que permite aos profissionais entrever um caminho para que as principais “queixas” possam ser “acolhidas” pela terapia em questão. Contudo, o “acolhimento” não se resume EA. Ele parece ser um procedimento ininterrupto durante todo o prosseguimento da terapia. As abordagens terapêuticas no PSM, sejam elas individuais ou grupais, estimulam os usuários a se entregarem às suas “queixas” de maneira absoluta, pois somente dessa forma é que um discurso sobre o *sofrimento psicológico* pode ganhar vida e, assim, ser compartilhado. Em conversa particular com a Terapeuta Ocupacional ela me dissera certa vez que o Grupo foi criado justamente “para suprir essa necessidade de momentos de partilha dos sofrimentos e das angústias, que nem sempre se encontram no universo cotidiano desses estudantes”. Como Luana acena com seu depoimento, o compartilhamento entre os integrantes do Grupo nem sempre se dá sem resistências. Cabe, portanto, às terapeutas demonstrar a disponibilidade do Grupo e dos “colaboradores” em apoiar o sujeito no enfrentamento de seus “problemas”. O suporte dado pelo Grupo através das mediações terapêuticas tentará transformar o “acolhimento” numa relação de partilha na qual todos poderão “colaborar” com o desenvolvimento ou com o crescimento pessoal de cada um.

Psicóloga: O processo psicoterapêutico é isso, pelo menos na forma que eu trabalho. A gente trabalha com aquilo que o paciente traz, aquilo que tá angustiando, naquilo que ele quer necessariamente dividir, mais o que tem a ver com a vida de vocês, com o momento, a história de vida. E aí esse momento serve pra gente repensar algumas coisas, reorganizar. E o objetivo maior é o desenvolvimento: desenvolvimento emocional, desenvolvimento pessoal, pode acontecer sem, necessariamente, existir um problema. A gente pode fazer psicoterapia simplesmente pra se autoconhecer, pra pensar sobre a própria vida, pensar no que quer para o futuro, sem necessariamente ter um quadro psicopatológico, um sintoma, uma doença, né. Então é um momento de partilhar. Mas pra isso vocês precisam estar dispostos, disponíveis, e o Grupo pode contribuir ou não pra isso. As pessoas podem se entrosar ou não. Aí tem que ter confiança, essas coisas que foram colocadas aqui no termo. Aqui a gente tá em um Grupo, se a gente não se sente à vontade nele, não dá pra falar. Será que é isso que tá acontecendo?

Felipe: Aham. Eu estou com vontade de ir pra casa. Dá a impressão que a gente tá sendo observado. Cadê a câmera? Então tá bom. O quê que eu fiz?

*Fiz curso essa semana, fiquei desesperado por causa de um monte de coisas que eu tinha que fazer, e não deu tempo de fazer nada, pra variar, e a gente ficou preocupado com um monte de coisas que tinha pra fazer, tipo de disciplinas, trabalhos para os professores, aí chega no final do dia não deu tempo de fazer nada. E parece que você não fez nada. E aí você dorme muito tarde e acorda muito cedo. Aí no outro dia você acorda parecendo uma múmia. Aí o outro dia vem não deu tempo de fazer nada, e até fez, mas só que você acha que você **podia ter feito** mais e você não rendeu tanto quanto podia ter rendido, e aí você se cobra nisso, e aí vai, começa tudo de novo.*

*Psicóloga: Então vamos falar sobre. **Nós não queremos aqui te encurralar na parede, a proposta é te ajudar a pensar, a você voltar pra dentro de si mesmo, e se perguntar, a gente não tá buscando justificativa. A conversa é você com você mesmo e nós estamos aqui pra te apoiar, pra te ajudar a pensar. E é comum a gente achar também que dá conta sozinho, “é questão de disciplina, força de vontade, eu vou correr atrás disso e sair dessa”, achar que consegue sozinho, mas chega uma hora que a gente não consegue sozinho, por mais que a gente se esforce. Mas esse processo de discriminar até que medida eu tô arrumando coisa demais pra fazer, e tô deixando de fazer aquilo que deveria, que é importante, que permita que eu acho que vou dar conta sozinho, vai ser desse jeito mesmo, entende? Você que tem que se perguntar, se observar.***

Terceiro encontro do G2.

Apenas na medida em que este usuário se sentir “acolhido” (e os graus desse “sentir-se acolhido” podem variar) é que o Grupo poderá atuar como um facilitador da introspecção do “olhar terapêutico” e como estimulador do engajamento do sujeito no esforço de “fazer terapia”. Neste sentido, “acolher”, para os profissionais significa possibilitar uma relação de empatia na qual o usuário e o profissional possam compartilhar dos mesmos significados do sofrimento. Em linhas gerais o intuito do “acolher” é recepcionar os usuários em sua dor, tratá-lo com a atenção que não é dada por aqueles que lhe são próximos, considerar que as “causas” para o sofrimento do usuário são legítimas e justificadas e proporcionar abrigo para seu sentimento de solidão no intuito de fortalecê-lo para enfrentar as dificuldades. De fato, como já notara Martinho Braga Batista e Silva (2007:112), a ideia de “acolhimento” parecia evocar mais aspectos socioculturais de uma certa cordialidade que incluem o respeito e a compreensão das dores que esses usuários vivenciam do que uma tática psicanalítica de *transferência*¹⁰¹ do sofrimento psicológico.

¹⁰¹ Dentro da psicoterapêutica psicanalítica a *transferência* é uma etapa cabal para que a relação terapeuta-cliente possa engendrar um movimento em direção à “cura” dos “sintomas neuróticos”. Ela se define inicialmente por uma relação de empatia do cliente para com o/a terapeuta, mas vai além. Esse processo envolve a transfiguração do terapeuta em algum personagem central na “vida inconsciente” do cliente, seja este personagem real ou virtual, e para o qual se dirigem os “afetos reprimidos”, gerando a manifestação dos “sintomas neuróticos” (cf.

Esse modelo de atenção psicossocial, no âmbito da Saúde Pública, tem se estendido aos níveis coletivos que englobam a vida do usuário. A tática de “acolher” não só o indivíduo que sofre, mas os próprios coletivos com os quais ele interage – como a família, ou, em sentido muito pouco preciso, a “comunidade” – parece ter uma ligação direta com a visão de “sujeito” que se pretende com as intervenções em “saúde mental” – “autônomo” e “inserido”¹⁰². Ou seja, é desejável que o sujeito possa “grupalizar-se” através de seus aprendizados terapêuticos; mas, também, é interessante que o grupo, com seus *repertórios*, possa se constituir em mais um sujeito terapêutico. O “acolhimento” proporcionado pelo grupo torna explícitas as qualidades que ele (grupo) gostaria de verem aplicadas nos “mundos” com os quais seus membros interagem. O “acolhimento” pode evidenciar aos sujeitos que sofrem que, se eles praticarem certas atitudes ao invés de outras, os grupos com os quais o usuário dialoga podem ser mais suscetíveis em compreendê-los e recebê-los amenizando aquela “sensação de solidão” tão presente, por exemplo, entre os estudantes. Batista e Silva (2007:109) destacou a importância da “tática de acolhimento” nos grupos de família dos usuários de CAPS (Centro de Assistência Psicossocial). Os profissionais ressaltavam a importância em se trabalhar com os “grupos nucleares” desses “doentes”, pois era a partir deles que se poderia constituir uma “autonomia de fato” para esses pacientes. Isto é, “o grupo como lugar de produção de autonomia” (cf. BATISTA E SILVA, 2007:109).

Entende-se, portanto, que o “acolhimento” é um processo que envolve todos os “colaboradores”, terapeutas e estudantes, em uma ação permanente de co-construção de empatias e significados às experiências de sofrimento. Por isso, é preciso atentarmos às negociações embutidas nessa relação.

Psicóloga: Quando a gente não tá bem, como é o caso da Simone, a nossa forma de olhar a realidade é diferente. A Simone não está conseguindo ver de outro jeito, não é Simone? Ela tá precisando de ajuda e de uma outra perspectiva, que sozinha não tá dando conta.

FREUD, 1980a, b). Há, no entanto, duas formas de *transferência*: uma positiva e outra negativa. A negativa é aquela que toma o/a terapeuta como “suporte” de sentimentos hostis que este personagem evoca para o cliente. A positiva é aquela que mais se aproxima da ideia de “acolhimento” tão presente nesta etnografia: o “conforto psicológico” proporcionado pelos sentimentos positivos que o/a terapeuta encarna é a condição primeira, na Psicanálise e na grupo-terapia aqui analisada, para que o cliente/usuário possa reviver os sintomas/problemas sob uma outra forma de “consciência” que será “guiada/relativizada” num exercício conjunto com o/a profissional. Demonstrarei mais adiante que, assim como a *transferência*, o “acolhimento” tenta minimizar as resistências do cliente em relação à figura do/da terapeuta (que pode ser uma pessoa ou um grupo) para que juntos eles possam re-significar a experiência, passada ou presente, que “causa” determinada perturbação; veremos também que essas resistências nem sempre se desarmam com facilidade.

¹⁰² Ver, por exemplo, o “Boletim da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica”, disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acessado em 19 jan. 2010. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*.

Karina: E pra gente falar o que a gente tá falando agora, a gente também tava em outra perspectiva, olhando de outra forma. A gente não vê realmente o valor do curso, o valor das pessoas, porque eu tinha vontade mesmo de ficar em casa, dormindo, ficar de pijama o dia inteiro.

Psicóloga: Quando a gente não tá bem é exatamente isso que acontece: não quer sair da cama.

Karina: Não quer escovar os dentes, pentear o cabelo.

Psicóloga: Mas tem que cuidar, porque tem jeito.

Terapeuta Ocupacional: Quer entrar pra dentro, que nem o caramujo. O caramujo, qual é função dele quando ele entra?

Simone: Se proteger.

Psicóloga: Estamos entre biólogas, olha a pergunta que você tá fazendo.

*Terapeuta Ocupacional: É, então. Eu tô jogando pra pensar. Mas pra ele se locomover ele tem que sair pra fora, né. Pra ele entrar em contato com o mundo ele tem que colocar a cabeça. Nós precisamos que você coloque sua cabeça, Simone, não só nós, como o mundo precisa, sua família precisa, você é importante aqui. É difícil entender isso agora, mas é importante que você entenda que nós aqui representadas por pessoas que te rodeiam, desejam muito a sua presença nesse mundo aqui, que você é importante sim, que você mereceu essa vaga porque você batalhou, porque você estudou. Se você está finalizando esse curso, foi porque você mereceu, nós estamos compreendendo o nível de sofrimento que está se passando nesse momento por você, mas nós precisamos que você fique ligada a nós, pra que essa vida tenha sentido, e que você consiga ultrapassar a fase da dor, pra ver o dia seguinte e poder olhar pra trás, pra que dê continuidade a isso, e é preciso que você aceite estar conosco, e pra isso, você precisa partilhar isso. Eu penso que nesse momento é importante uma interconsulta¹⁰³ pra você [com a Psiquiatra], Simone. Pra dividir, ver como está esse nível de sofrimento, se é necessário entrar com medicação, pra que abrande um pouco. O que você acha disso? E nós precisamos também fazer um contrato de presença, tanto aqui, como também precisamos de sua ajuda. Nós vamos sugerir pra que a Luana possa te segurar, lá na tua sala, pode ser? [Luana e Simone são da mesma turma de graduação na Biologia] **Você aceita, Luana?***

Luana: Claro.

Terapeuta Ocupacional: No sentido de que, se a coisa estiver apertada, dar um toque, no silêncio da comunicação de vocês, como se você fosse a retaguarda da Simone nesse momento. E pode nos solicitar ajuda também,

¹⁰³ A “interconsulta” é um “instrumento” interessante aos propósitos interdisciplinares. Como documento, sua formatação é extremamente aberta às considerações do profissional que o emprega. A “interconsulta” é requisitada quando se constata que a diretriz terapêutica tomada pelo Programa ou Projeto não é suficiente para dar conta da totalidade do sofrimento vivenciado pelo usuário. Como disse anteriormente, são essas insuficiências que abrem a brecha para novos “olhares” sobre a experiência e, também, para a possibilidade de uma intervenção transdisciplinar. A “interconsulta” é encaminhada ao profissional mais apropriado ao tipo de diálogo requisitado pelo sofrimento em questão: no caso de Simone, essa profissional era a Psiquiatra.

porque o que você está dizendo é muito importante, que você está com vontade de morrer, e o que mais me faz pensar, é que essa vontade pode se tornar real, e você executar algo na sua vida mesmo. Você acha que isso é muito absurdo ou não? **Então pra isso a gente vai se preparar, pra ajudar você a enfrentar esse momento, tá bom?** Então pra isso uma das coisas é você mandar as suas referências [telefones e meios de contato com a família]. Se for necessário, nós vamos chamar a sua mãe. O que você acha disso?

Simone: Eu prefiro não falar com a minha mãe, que ela não saiba.

Terapeuta Ocupacional: Sua vida é importante pra sua mãe, Silvia.

Simone: Mas eu não queria que ela sofresse, ela já tem um monte de coisas na cabeça dela.

Terapeuta Ocupacional: Será que você não quer que ela sofra ou...

Simone: Eu não queria envolver ela. Tanta coisa que tem pra ela.

Terapeuta Ocupacional: Você acha que tá bom pra ela?

Karina: Com certeza sua mãe deve saber que você tá sofrendo.

Simone: Quase não volto pra casa.

Karina: Mas mesmo por telefone, com a sua ausência, **os pais sabem quando a gente tá sofrendo**. A gente pode até tentar esconder por alguns momentos.

Luana: Ela pode sofrer até mais depois, pensando que você não queria conversar com ela porque tava com medo dela sofrer, né? Porque aí ela ia se sentir culpada, ela vai se sentir mais culpada ainda, eu acho. E por experiência própria eu acho que não dá certo, né, **porque quando você não fala você tá querendo preservar. Mas quando você fala você pelo menos tá aliviando**, porque quando você não fala você tá querendo preservar, mas ela vai se sentir mais culpada depois “nossa, minha filha não tava querendo conversar comigo”.

Psicóloga: Você tá impedindo-a de poder te ajudar.

Luana: De seu papel de mãe né.

Psicóloga: Não importa quantos anos a gente tenha, mãe é mãe, não é TO, mãe quer sempre cuidar. A não ser que você ache que ela não seja capaz, que ela não te ame, que não te queira bem. Você se sente amada pela sua mãe? Então!

Simone: Se eu não fiz nada até agora foi por causa da minha mãe. Porque eu sei que ela ia sofrer muito.

Terapeuta Ocupacional: **É importante que nós consigamos enquanto grupo, repartir, que esse grupo possa realmente acolher as dificuldades, os sentimentos difíceis, e que possa também comemorar as alegrias, eu penso que o encontro de hoje se deu de uma forma muito importante, nós**

também acolhemos Luana, como uma figura necessária a esse grupo, no sentido de estar conosco, durante o decorrer deste Grupo.

Segundo encontro do G1.

O intuito do “acolher” revela, num primeiro momento, a disposição em “se colocar no lugar do outro”. O primeiro passo é a estudante que sofre entender que o exercício empreendido pelas outras interlocutoras do Grupo, de “colocar-se no seu lugar”, é legítimo e genuíno. Percebendo que seus “problemas” foram “acolhidos” e estendendo a “sensação de acolhimento”¹⁰⁴ às outras integrantes (que sentem uma receptividade maior da estudante que sofre), o Grupo se mobiliza para partilhar tanto dos significados do sofrimento quanto dos *recursos* e *repertórios* disponibilizados pelos “colaboradores” para enfrentar a situação adversa. É recorrente, também, a referência aos grupos de contato imediato com o *sofrimento psicológico* destes estudantes. Por exemplo: família, colegas de trabalho e/ou pesquisa, amigos de república ou alojamento, professores, grupo do esporte que se pratica, da religião que se frequenta, ou do partido ou ideologia política que se adere. O trecho acima ilustra claramente como a “sensação de acolhimento” tenta ser estendida para “fora” do Grupo. Quando é requisitada para que Luana, ao ser “acolhida” pelo Grupo, também ofereça apoio à Simone “fora” do encontro terapêutico, observa-se que, na ótica profissional, aquele sujeito que sofre deve procurar seus grupos de sociabilidade não apenas como referência externa para qual se buscam vínculos de “identidade”. A intenção vai mais além. O sujeito recorre a esses grupos para que eles possam fornecer algum parâmetro de autenticidade às dores que se conjugam “dentro” da sua experiência possibilitando dessa maneira que seus coletivos partilhem de seu sofrimento. Assim, especula-se que essa vivência tenda a se tornar mais amena justamente porque não é sentida exclusivamente por quem a sofre – lembrando sempre que a solidão é vista com “sintoma” de sofrimento.

A “queixa” sendo “acolhida” primeiramente pelas terapeutas é redistribuída aos outros “colaboradores” através de táticas discursivas. Estas táticas têm por objetivo criar um assentimento comum ao Grupo sobre os “problemas” trazidos pelo estudante-usuário e dessa forma mobilizar todos os envolvidos a recorrer aos seus *recursos* e a elaborarem *repertórios* concernentes à superação desta “queixa”. A “queixa”, quando absorvida pelo Grupo, torna-se efetivamente um “problema” que não diz respeito mais apenas ao indivíduo que a trouxe. Torna-se um “problema” para todo o Grupo.

¹⁰⁴ Expressão de uso corrente nos balanços pós-encontro que a Psicóloga fazia conosco (Estagiária e eu).

Mesmo difuso e impreciso, o procedimento de “acolhimento” acabava sendo o principal mote de todos os procedimentos grupo-terapêuticos com os estudantes universitários, dado que cada configuração do GTJU se estendia por um tempo demasiadamente exíguo (um semestre apenas), por conta de condições já comentadas anteriormente. O “acolhimento” é, portanto, a primeira condição de compartilhamento. Estabelecidas as relações entre os “colaboradores” de acordo com um “problema” o passo seguinte era elaborar táticas para superá-lo e transformá-lo numa experiência de vida através da qual algo é aprendido. Para tanto um segundo passo ainda é imprescindível: o processo de relativização dos condicionantes que produziam tais sofrimentos. Esta tática era então elaborada por outros “colaboradores”:

*Você tem que entender que seu pai foi criado de uma forma diferente, num mundo diferente, onde as expectativas eram outras. Esse **processo de enfrentamento**, esses desentendimentos, **faz parte da sua emancipação**. A trajetória nem sempre é fácil e ela costuma parecer mais longa quando se está nela.*

Psicóloga, em encontro do G4. Neste trecho a Psicóloga ponderava a respeito das expectativas de carreira de Maurício; expectativas que não se coadunavam com as que seu pai projetara para vida dele.

*Você não entende que essa sua amiga não tem os mesmos recursos pra enfrentar a vida como você? Não dá pra esperar nada diferente dela... **ela vive em outro mundo**.*

Catarina, em encontro do G3. Este é um trecho no qual Catarina buscava interpretar porque a colega de turma de sua amiga “colaboradora” (Joana) não entenderia as diferentes necessidades de quem tem que trabalhar e estudar ao mesmo tempo.

*Será que sua orientadora é tão indiferente ao seu trabalho como você diz? E se for? Não é hora de começar a pensar ou em mudar de projeto ou de orientadora? Se essa situação te deixa insegura e te faz mal, comece a pensar: “O que eu posso fazer para mudá-la?”. Se não pode fazer nada, não deposite tantas expectativas assim! **Procure outra atividade que você possa colocar seus recursos pra fora...** quando tem uma coisa que a gente fica insistindo e não dá certo é bom a gente concentrar energias em outra coisa, até pra ter um termo de comparação e se questionar se aquilo que a gente tanto insiste vale a pena mesmo... Às vezes isso funciona também **pra gente conseguir olhar de fora** nosso projeto [de pesquisa] e entender os potenciais, as limitações... Essa etapa é difícil mesmo! Quem aqui não passou ou está passando por isso, né? Mas isso é uma coisa que, por mais que os outros falem, **nós temos experimentar sozinhos**. É aí que nós começamos a amadurecer profissionalmente.*

Psicóloga, em encontro do G3. Neste momento a Psicóloga buscava minimizar a visão depreciativa que a orientadora de Catarina teria a respeito dela e de seu projeto de pesquisa.

Esses exemplos ocorriam em todos os encontros. O próximo passo na “dinâmica” do Grupo era dado pelo(a) próprio(a) estudante. Este, por sua vez, tentava dar o “peso real” e o significado que aqueles fatos, reações ou sentimentos tinham na sua vida. Mostrar o que se podia ou não fazer, o que se conseguia ou não fazer, o que se tinha ou não a fazer. É um assentimento comum para todos que ali estavam que o “bem-estar” individual não podia prescindir de uma “pró-atividade” para se tornar o sujeito dos “problemas” que o envolviam.

E ninguém melhor do que você, e agora você está fazendo essa reflexão, fazendo esse balanço, ninguém melhor do que você pra avaliar quando começou esse desgaste, então chega um momento em que não é suficiente a pessoa apenas falar, e você ta percebendo, você já ta percebendo, é preciso falar, mas como você falou, precisa ter atitude, tem que demonstrar em atos, comportamentos aquilo que você ta falando.

Psicóloga, em encontro do G1. Aqui a Psicóloga apoiava Karina na decisão tomada de se afastar de seu marido (também estudante universitário, de doutorado), após ela chegar à conclusão que seu sofrimento era decorrente desse relacionamento conjugal.

Normalmente (mas não sempre), a relativização era iniciada por alguma proposição das terapeutas. Ou então, se a relativização se iniciasse através de outros “colaboradores”, a terapeuta tentaria pautar, ou mediar, as questões definitivamente significativas para que a conversa seguisse dentro de rumos devidamente terapêuticos.

Psicóloga: Você já ficou apaixonada por alguém?

Simone: Não sei, acho que não. Ah, eu namorei assim, nada que assim mexesse muito. E hoje eu vejo que, se eu tô sentindo, eu me afasto, que eu tenho medo disso né.

Karina: Mas tem a parte boa, tem relações que podem dar certo e relações que não, se a gente não se relacionar, como a gente vai aprender?

Psicóloga: É. E o que é dar certo? Pode dar certo por determinado tempo, a gente que ainda tem essa ideia de que é pra sempre.

Simone: Envelhecer juntos.

Psicóloga: Isso.

Simone: Criar netos, bisnetos.

Psicóloga: Seus avós se separaram?

Karina: Não.

Psicóloga: E os seus?

Simone: Não.

Psicóloga: E os seus pais?

Simone: Não

Karina: Sim

*Simone: Eu não sei, meus pais, eu não percebo que, sei lá, eles não brigam. Mas eu não vejo que eles se amam, acho que é por causa do meu pai, sabe, ele não expressa, e minha mãe falou, que ela tá com ele mais por... **comodidade?***

*Psicóloga: **Segurança?***

Simone: É. Desde pequena, minha mãe me falava “arranja um marido que goste de você mais do que você dele”.

*Psicóloga: **Será que é por aí?***

*Simone: Eu acho que quando você se envolve menos sentimentalmente, você tem mais controle da situação. **Eu não tô falando de não gostar, mas tô falando de gostar a ponto de não ter mais controle sobre os seus sentimentos.***

Psicóloga: Você acha que chegou nesse ponto?

*Karina: **De ter não controlar meus sentimentos? Não. Acho que eu passei por cima deles.***

*Psicóloga: **Ahãm. É isso que você está tentando cuidar agora.***

Terceiro encontro do G1.

Quando o usuário expõe a “queixa” aos profissionais, estes têm de ser capazes de “dar a devolutiva”, isto é, demonstrar pleno conhecimento de causa a respeito do sofrimento e propor caminhos outros para se “enfrentar o problema”. Numa psicoterapia de grupo a “devolutiva” compreende um processo complexo. Prospecta-se quais são os *recursos* deste usuário explorando suas trajetórias biográficas. A partir delas, evocam-se interpretações estratégicas a respeito dos fenômenos que lhes trazem “problemas”. Posteriormente, elaboram-se, segundo essas técnicas de introspecção, táticas de como proceder e valorar essas circunstâncias, ou seja, criam-se os *repertórios*.

Terapeuta Ocupacional: E como você passou esses dias, Fábio?

Fábio: Ah, tranqüilo assim, normal.

Terapeuta Ocupacional: Seus pensamentos, sentimentos, angústias?

Fábio: Ah, mesma coisa.

Terapeuta Ocupacional: Então, como é que você quer ficar?

Fábio: Ah, quero tirar essas coisas da minha mente.

Terapeuta Ocupacional: Então, você entrou num processo de grupo, nós te demos uma devolutiva em cima da sua queixa, e das necessidades que de alguma forma a gente observou, porque seria legal pra você, e parece que você se ocupou, você estava ocupado [a TO neste trecho se referia às faltas de Fábio]. E agora o que você quer é se ocupar realmente, interferir no que tá te preocupando, e ocupando muito seu tempo pensando nisso, né? Da pra imaginar que as coisas devem murchar muito. Fale um pouco sobre essas coisas pra gente.

Fábio: Ah, esses pensamentos me assustam, obsessivos.

Terapeuta Ocupacional: Você está na expectativa de se encontrar mesmo, porque eu senti que sim.

Fábio: Eu to disposto a procurar ajuda. Eu vim aqui. Apesar que às vezes não me sinto à vontade [no Grupo].

Ao final da reunião a TO pondera sobre a insegurança de Fábio em conferir repetidamente os resultados de suas pesquisas acadêmicas:

Terapeuta Ocupacional: O que você ta falando é muito importante, Fábio, no sentido de começar a olhar o que é isso. “O que isso ta movimentando na minha vida?”. Mesmo porque isso de ter mais tempo em determinadas situações, e perder em outras, de você perder mais tempo numa tabela repetindo, que você sabe que ta correta e sente a necessidade de olhar novamente, e com cada atividade que você ta fazendo, imagine que a questão do tempo hoje ta sendo mais problemática do que em relação à sua dedicação. E isso de ser solicitado a começar a pensar: o que é isso?

Último encontro do G2. Na verdade este não foi um encontro de grupo propriamente dito. A reunião foi realizada apenas com a Psicóloga e a Terapeuta Ocupacional para aprofundar as “queixas” de Fábio, que resistia em expô-las ao Grupo. Recomendou-se que seu tratamento deveria seguir com acompanhamento psiquiátrico e com uso de medicação.

O exemplo do trecho acima demonstra que nem sempre o Grupo se mostra capaz de “acolher” totalmente as “queixas” de seus membros. O encontro acima se desenrolou com a presença apenas de Fábio, da Terapeuta Ocupacional e da Psicóloga. As faltas de Fábio demonstravam as terapeutas o seu evidente desconforto em expor suas “obsessões” ao Grupo. Nestes casos, a responsabilidade de “dar a devolutiva” recai com mais força sobre as

terapeutas. Contudo, na “dinâmica” do GTJU, espera-se que a “devolutiva” envolva a participação de todos os seus membros. Daí que a “devolutiva”, no Grupo, é um trabalho que requer o comprometimento coletivo cuja responsabilidade terapêutica na construção de *repertórios* incide sobre todos os “colaboradores”. Esta proposta de uma horizontalização das contribuições de todos os partícipes do Grupo Terapêutico parece querer se aproximar daqueles valores subjacentes à ideologia interdisciplinar, já comentados anteriormente. Como abordei no capítulo II e III, o nivelamento dos saberes entre os “colaboradores”, inclusive dos próprios estudantes acerca de seu sofrimento, é a condição de produzir um conhecimento e um reconhecimento coletivo sobre os fatores fundamentais que se entrelaçam na constituição do *sofrimento psicológico*.

No caso desta etnografia as terapeutas se distinguem dos outros “colaboradores” pela relação de autoridade na mediação das conversas. Isto também parece estar completamente ligado às acepções nativas de como ampliar *repertórios* e gerenciar *recursos*. Tal proposta de nivelamento das relações hierárquicas tem importantes reverberações dentro da “dinâmica” e da linguagem construída pelos “colaboradores” do Grupo. Em contraste com a situação de consulta médica e com a terapia individual, Benilton Bezerra Jr. propõe que a autoridade terapêutica em grupos seja minimizada em benefício de um discurso mais autêntico por parte daqueles que sofrem, pois que, é aquele que sofre quem detém os elementos verdadeiramente significativos de sua experiência.

A figura do terapeuta não será sistematicamente apresentada como referência a quaisquer movimentos existentes no grupo. O terapeuta não lidará sempre com o grupo enquanto indivíduo coletivo, como uma entidade autônoma com relação aos seus membros; pelo contrário, procurará de modo geral recortar cada indivíduo dentro do grupo com sua história [ou, no caso desta etnografia, de acordo com os problemas de cada usuário], seu movimento na sessão, o conteúdo que apresente e permitir com sua atuação que esse material seja confrontado com o que é trazido pelos parceiros e seja objeto de elaboração por parte deles, a partir de seus códigos de interpretação, os quais, como já [se] observou, nem sempre se coadunam com os do terapeuta. (BEZERRA Jr., 1990: 168).

Por isso, a condição de todos os sujeitos participantes do GTJU tinha de ser necessariamente de “colaborador”. “Dar a devolutiva” seria, nesse caso, engajar todos os sujeitos envolvidos no Grupo Terapêutico na construção de *repertórios* capazes de suprirem as expectativas particulares de “bem-estar”.

A estratégia para com que esses efeitos reverberassem “dentro” do usuário era reiterar o comprometimento de seus participantes a “fazerem algo por si”, apoiando todos os

outros “colaboradores” a dirigirem-se neste sentido. Como indiquei de passagem no capítulo I, o fato destes estudantes reconhecerem que estão “trabalhando” em prol de sua “saúde psicológica” ou “mental” é de extrema importância para a constatação de que se progride nesta direção. Embora os/as terapeutas sejam fundamentais para se propor caminhos nesta direção, a “responsabilidade de se fazer algo pela sua saúde” é exclusiva destes sujeitos. Por isso é necessário “se esforçar”; é imprescindível “fazer”, “construir”, “trabalhar”.

Desta forma, as táticas concernentes à Terapia Ocupacional se apresentavam como fundamentais à aplicação prática e metafórica da ideia de “estar fazendo algo por si”. Com isso, observa-se a coincidência de interesses entre terapeutas e estudantes: ambos estão interessados com que o *sofrimento psicológico* seja enfrentado por aquele que sofre; enfrentamento este que remete a não-passividade, ao trabalho, ao esforço, ao “estar fazendo algo por sua saúde”.

2.1.) O “fazer” da terapia: implicações sobre uma estratégia de “saúde”

Meus apontamentos a seguir são frutos de uma vivência participativa nas atividades manuais de artesanato propostas pelo GTJU – e, por isso, atenta a algumas nuances desta experiência. Pintura, desenho, crochê e escultura em argila foram algumas das atividades que tive a oportunidade de presenciar.

Embora existisse o desejo das terapeutas de explorar mais este aspecto da “dinâmica”, o tempo restrito de terapia não possibilitou que todas as atividades propostas inicialmente se realizassem. Além de pintura, desenho, bordado, crochê e artesanatos em geral, havia a intenção de explorar também a culinária, a jardinagem (utilizando o espaço da “casinha”), atividades corporais como dança e música (para aqueles universitários que tocassem algum instrumento musical) ou, ainda, técnicas de relaxamento com relação às quais é necessário deter-me com mais minúcia. As técnicas de relaxamento eram tributárias de um método “holístico” de tratamento para a “saúde” conhecido como “Método Meir Schneider de Self-Healing”¹⁰⁵ (“autocura”). Esse Método recorre ao corpo, ou melhor, apregoa uma relação de contigüidade entre mente e corpo da qual seria possível aprender a “escutar as mensagens” que o “físico” enviava na forma de mal-estares e, com isso, acionar um “poder mental” de mudança dos padrões mórbidos do organismo.

¹⁰⁵ Para mais detalhes consultar o site oficial do Método: www.self-healing.org. Há também sites brasileiros para divulgação de cursos e esclarecimentos sobre o Método e suas técnicas: www.self-healing.org.br e www.toselfhealing.com.br. Acessados em 10 out. 2009.

A técnica surge com a própria experiência de “autocura” de seu autor. Sua biografia serve de referência aos seguidores do Método. Meir Schneider nasceu na Ucrânia em 1954, passou a adolescência em Israel e estabeleceu-se em São Francisco, Estados Unidos. Identificado desde os primeiros dias de vida com catarata congênita, glaucoma e nistagmo (movimento rápido e involuntário dos olhos), após diversas cirurgias foi declarado cego aos 7 anos de idade. Aos 17 anos, já completamente desacreditado pelas intervenções biomédicas, resolve por si mesmo dar início ao combate contra suas limitações. Conhece o método Bates¹⁰⁶ e inicia os exercícios com afinco. O oftalmologista americano William H. Bates publicou um livro em 1919 no qual ensinava uma série de exercícios para os olhos que prometiam, senão curar definitivamente problemas como miopia, hipermetropia, astigmatismo, presbiopia (vista cansada), ao menos minimizar a dependência dos óculos e melhorar a “visão funcional”. Por causa desta metodologia, Bates foi expulso do Conselho de Medicina norte-americano. Entretanto, ao longo do século XX ele foi ganhando inúmeros adeptos ao redor do globo que se diziam definitivamente “curados” de seus problemas oculares. O caso mais surpreendente de cura através da aplicação de seu método, não obstante, é o de Meir Schneider. Segundo ele mesmo (cf. site oficial do Método: www.self-healing.org), durante 18 meses, ele chegou a praticar diariamente estes exercícios por até 13 horas, alcançando ao fim deste período a “visão funcional”. A principal prova da conquista é que, pouco tempo depois, Meir Schneider consegue obter sua carteira de habilitação para dirigir.

Este foi o início de um trabalho empreendido pelo autor de escuta, compreensão e descobrimento de certa “consciência corporal” que o permitiu, através da manipulação desta “consciência”, mudar padrões estabelecidos de funcionamento orgânico. O aprendizado de superação através de sua própria experiência de “autocura” indicou a Meir Schneider que a função de uma parte do corpo humano se relaciona intrinsecamente com as funções de todo o organismo, de maneira holística. A partir dessa descoberta, o criador do Método de *Self-Healing* resolveu estender a técnica desenvolvida a pessoas que sofriam de doenças crônicas e incapacitantes, como esclerose múltipla, distrofia muscular e poliomielite. A eficácia dos resultados observados levou-o à conclusão de que sentindo os próprios bloqueios é possível ativar “poderes inatos” que o corpo humano teria, o de se curar através de uma “consciência mental e corporal”, substituindo padrões de tensão pelo

¹⁰⁶ Ver www.saudeintegral.com e metodobates.com.br . Acessados em 10 out. 2009.

relaxamento¹⁰⁷ Aprender esta “consciência” é fundamental pois ela seria o meio através do qual o indivíduo conseguiria acessar as conexões entre “corpo” e “mente” e, conseqüentemente, os poderes de “autocura”. A grande “descoberta” do Método, segundo o próprio Meir Schneider, é de que o indivíduo pode se tornar “**o principal responsável**” pela sua “saúde”, aprendendo um uso mais equilibrado do “corpo”. O paciente deve, portanto, aprender a distinguir os padrões de movimento de seu “corpo” e interligá-lo às suas tensões e quadros patológicos.

O Método utiliza várias técnicas para desenvolver esta “consciência”. Elas se dividem, grosso modo, em quatro grupos maiores: respiração, movimento, massoterapia e visualização. Cada uma delas aciona uma relação complexa entre corpo e mente as quais não poderei aprofundar-me, visto que elas fogem ao objetivo mais geral do capítulo e, doravante, essas relações pediriam um estudo específico sobre tais técnicas. Cabe, contudo, ressaltar que uma das grandes entusiastas e introdutoras de Método *Self-Healing* no Brasil foi, num passado recente, professora do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar: Beatriz Ambrósio do Nascimento. Beatriz resolveu enfrentar o diagnóstico de distrofia muscular ainda quando trabalhava como professora da universidade e se dirigiu para a *School for Self-Healing* em São Francisco, Estados Unidos, para se tratar e conhecer a técnica. Após retornar ao Brasil, funda junto com as professoras Jussara de Mesquita Pinto e Lea Beatriz Teixeira Soares, ambas vinculadas ao Departamento de Terapia Ocupacional, o “Núcleo de Pesquisa e Assistência em *Self-Healing*”. Atualmente Beatriz não mais leciona na universidade. Dedicase à difusão do Método mundo afora ministrando cursos e palestras vinculadas à escola fundada por Meir Schneider. Contudo, sua passagem e a fundação do “Núcleo” deixaram marcas profundas no curso de Terapia Ocupacional da UFSCar.

O Método tem grande penetração dentre os/as estudantes de Terapia Ocupacional como técnica complementar de intervenção terapêutica. Isso pôde ser observado com o contato mais estreito que estabeleci com diversas graduandas deste curso durante a minha permanência na USE. O próprio “Pólo de Formação e Capacitação” ministrou minicursos e palestras sobre as viabilidades terapêuticas e treinamento das técnicas de *Self-Healing*.

Uma das estagiárias com a qual trabalhei durante o segundo Grupo Terapêutico no ano de 2008 (G4), aplicou técnicas de relaxamento *Self-Healing* em duas sessões. Tais técnicas associavam controle da respiração, movimentos leves e alongamentos. Ao fundo

¹⁰⁷ As expressões entre aspas e em itálico neste trecho foram retiradas de textos informativos sobre o Método nos sites referidos nas notas de rodapé anteriores.

músicas tranqüilizantes (*New Age*) se misturavam à voz da Estagiária enquanto esta nos guiava os movimentos, a respiração e para onde nossa atenção deveria se deslocar. A sensação experimentada por todos, inclusive pela Psicóloga que participou da sessão, foi de uma absoluta “pacificação interior” – palavras da Psicóloga que encontraram fortes ressonâncias entre os estudantes.

Pessoalmente posso dizer que as dores de coluna com as quais convivía naquela época também se amenizaram após estas sessões. Mas o resultado mais notório se deu com um dos participantes: Maurício, estudante de do bacharelado em Matemática. Este, já havia alguns encontros, vinha se “queixando” de não estar em “condições psicológicas” de cumprir seus compromissos acadêmicos. Cansaço, falta de concentração, dores no corpo, problemas familiares com o pai, doença crônica da mãe (câncer), relacionamento afetivo com a namorada atribulado, todos se conjugavam numa experiência de *sofrimento psicológico* que o impedia de dar uma continuidade satisfatória ao seu projeto de pesquisa na iniciação científica. Com a eminência do Congresso de Iniciação Científica da UFSCar (CIC), “a ansiedade e a angústia tomaram conta do seu corpo, de sua cabeça”, segundo suas próprias palavras. De acordo com a Psicóloga, ele estava depositando demasiada expectativa no seu projeto acadêmico, o que colaborava substancialmente para o agravamento de seu sofrimento, refletido visualmente em sua postura física (pelo jeito de andar, de se sentar, pela aparência cansada e um pouco desleixada) e verbal (suas falas demonstravam um pessimismo bastante enraizado em relação às perspectivas sobre o futuro de sua vida, como se tudo que estivesse ao seu alcance fosse “insuficiente” ou evidenciassem suas “incapacidades”).

Antes de adentrarmos ao início da sessão de relaxamento ele havia novamente exposto sua condição de “ansiedade” e “tensão” para com as circunstâncias presentes em sua vida, dizendo estar “totalmente travado física e psicologicamente”. Diante desta situação, ele não sabia o que fazer com seus compromissos acadêmicos. Durante a sessão, a Estagiária deu especial atenção a esse estudante identificando, através de técnicas de massoterapia, que ele estava de fato muito tenso. Guiando-nos por meio da respiração coordenada e de movimentos leves, aplicando-nos algumas massagens localizadas nos pontos de tensão mais comuns (pescoço, ombro, atrás das orelhas e têmporas), a Estagiária estimulava nossos pensamentos para a visualização de um estado de felicidade e tranquilidade que estariam em “pequenas situações cotidianas de nossa vida”. Imergindo nessa experiência que durou por volta de uma hora e quinze minutos o estado de relaxamento foi atingido por todos. Os enjôos e pequenas cólicas que eram constantes ao longo do dia para a Psicóloga que estava grávida se arrefeceram; minhas dores na coluna também; um estudante que reclamava freqüentemente de

insônia (Alexandre) dormiu durante a sessão; a estudante que freqüentemente se mostrava tímida, insegura com sua “autoimagem” (Simone) mostrou-se bastante desenvolvida numa conversa mais privada entre ela e a Psicóloga e menos preocupada com suas pequenas equimoses decorrentes de suas alergias; e o estudante que, antes do início da atividade, se dizia incapaz de organizar sua vida acadêmica, em um tom explicitamente mais calmo ponderou: *“Acho que o excesso de ansiedade é que tava me causando essa angústia... agora, que to mais calmo, acho que já sei por onde começar a colocar uma ordem na minha vida. Esse negócio foi bom mesmo, viu?”*.

Embora o *Self-Healing* não seja uma técnica reconhecida pelos Saberes Psi (cf. FIGUEIRA, 1985, 1988), observa-se neste Método a recorrência de uma tática bastante comum quando se trata de “promover a saúde”: a “conscientização” do sujeito é uma etapa fundamental do engajamento terapêutico. Pois, ao fim e ao cabo, é ele que se tornará o principal agente de sua “saúde”, isto é, o responsável por produzir seu “bem-estar”.

O processo de expressão artística através das atividades propostas pela Terapia Ocupacional parece comungar do mesmo tipo de engajamento terapêutico requerido pelo Método *Self-Healing*. Segundo a Coordenadora do GTJU, a arte¹⁰⁸ e a multiplicidade de significados que ela permite envolver, é capaz de fazer emergir um sentido, antes oculto na experiência do sujeito que sofre.

Para nós, enquanto profissionais que entendemos a necessidade, de estudantes de universidade terem momentos de partilha, de crescimento de si, e também de se relacionar com o outro e todas as questões que envolvem a universidade, na representação da vida de cada um, e foi por isso que a gente montou esse trabalho.(...) É um processo de construção, e essa construção precisa ser regida entre pedreiros, né, e uma boa massa, pra que a gente possa levantar paredes sólidas, e construir uma bela casa, que seja acolhedora, que seja aconchegante, que as pessoas possam, estar, sentar e conversar, e se alimentar também quando necessário, que possa chegar, permanecer, até um momento de poder também deixar. Mas outras pessoas serão sempre bem-vindas. E esse processo é no sentido de estarmos começando a descobrir um pouco essas coisas. Porque é uma técnica, o que vieram buscar. E como é uma parceria da Psicologia e da Terapia Ocupacional, nós tentamos, assim, organizar pra que esse momento possa ser recheado de atividades também, que dentro da Terapia Ocupacional é o nosso veículo de comunicação, né. Porque nós entendemos que, assim, muitas vezes as palavras para serem ditas, e por algum motivo não são, com algumas situações que não estão podendo se expressar, né, então nós usamos recursos e atividades, pra que essas expressões aconteçam. (...) Vamos pensar nisso, trabalhar nesse momento com a expectativa de vocês, o

¹⁰⁸ Nesta etnografia, esse termo envolve tudo aquilo que pode ser resgatado através da ideia de **artesanato**, isto é, “aquilo que alguém faz sozinho”, através de suas próprias “habilidades”, talentos, aptidões e conhecimentos técnicos adquiridos.

*que vocês esperam, quais são as fantasias no sentido de aqui, o que representa esse momento, esse espaço na hora que vocês receberam esse convite pelo e-mail, o quê que passou, né? **Dentro do que vocês estão vivendo, e dentro desse momento de aceitar, de estar conosco, para que nós de alguma forma possamos conhecer a vida de vocês.***

Terapeuta Ocupacional, primeiro encontro do G1. Neste momento do encontro a Terapeuta Ocupacional explicava aos estudantes-usuários como funcionaria a parceria entre a Psicologia e Terapia Ocupacional no processo psicoterapêutico do GTJU. Logo em seguida ela propõe a atividade de escrever em pedaços de cartolina as expectativas das estudantes em relação ao Grupo.

Desta forma, o processo de criação artística parece abordar o sujeito por outro viés, com intenções complementares ao do “pró-ativismo” esperado pela técnica de *Self-Healing*. O “fazer artístico” parece estar ligado a um resgate de certa capacidade criativa deste sujeito. Criar algo que expressa um sentimento, segundo a proposta da terapia, faz este sujeito pensar que um espaço material, antes vazio, pode se abrir a novas possibilidades de interferência e extravasar suas intenções iniciais, estabelecendo novas relações com aquilo que se expressa. O interlocutor da atividade artística não precisa ser necessariamente outro “colaborador”. Pode ser a própria “obra” através da qual se identificam certos sentimentos latentes que antes não encontravam o meio adequado para se expressarem.

As formas de expressão artística as quais se recorriam para estes fins podiam, a princípio, ser múltiplas¹⁰⁹. Neste sentido, uma Sala-Oficina soa extremamente sugestiva. Com diversos materiais à disposição, a expressão do sofrimento poderia ganhar muitas formas. A mais importante tática para se construir uma relação de compromisso entre estudante e terapia era o estímulo dado pelas terapeutas ao fato de se “estar **fazendo** algo por si”:

*Pensem que enquanto vocês estão pintando, escolhendo as cores, o desenho, vocês têm total liberdade pra se expressar: **aquilo que você tem vontade que o mundo enxergue sobre você, ou então aquilo que você acha que o mundo se tornou pra você...** Aliás, vocês escolhem! Não precisa nem de roteiro. O importante é saber que este momento é de vocês! **É o momento de se concentrarem e fazer algo exclusivamente pra vocês...** Pensem que uma relação mais saudável com a vida, neste momento, depende daquilo que conseguirem expressar pra nós com essa atividade.*

Psicóloga, sexto encontro do G4. Esta fala foi reconstituída após o encontro através das anotações destacadas em negrito. Neste momento ela propunha o início de uma atividade manual “artística” para o G4 e que resgata diversas intervenções semelhantes da Terapeuta Ocupacional em outros Grupos, como pude observar pelas transcrições dos encontros realizados em 2007.

¹⁰⁹ Vide a descrição da Sala-Oficina no capítulo II e as fotos do Anexo F.

Ali, segundo as palavras da própria Psicóloga, não haveria limites para que “eles colocassem **pra fora** tudo que eles tivessem sentindo e procurar caminhos para se sentirem melhor, da forma que eles se sentissem mais à vontade” (fala anotada em meu caderno de campo). A importância do “fazer”, seja na terapia em grupo, seja na análise feita pelos estudantes que passaram pela terapia individual, é de central importância à constituição deste “sujeito de saúde”. Esse “pró-ativismo” individual parece ser um dos primeiros aprendizados terapêuticos, no sentido de “fazer” este estudante tomar “consciência” de que sua “saúde mental” depende de um engajamento absoluto no trabalho de construir as condições objetivas e subjetivas para tal.

Eu me esforço pra ficar bem, eu sei que tenho um problema e eu me esforço muito! Geralmente quando eu to bem eu não faço nada. É eu ficar depressiva, eu me matriculo na academia, no inglês, minha vida movimenta, porque eu tenho medo de ficar em casa e piorar. Faço tudo! Reorganizo meu cotidiano. Toda vez que eu entro em depressão, logo depois dela, minha vida muda completamente.

Cláudia, 26 anos, estudante de Matemática. Entrevista gravada em Outubro de 2005. Cláudia ressaltava que, dos “episódios depressivos” anteriores, ela descobrira que a melhor forma de combater os sentimentos negativos da “doença” era ocupando o tempo de sua vida **fazendo** algo.

Estou tranqüila, faz tempo que eu não me sinto triste assim. Eu to aprendendo a lidar, quando eu fico triste eu me esforço pra superar, coisa que eu não conseguia fazer antes. Se eu me sentia mal, eu me deixava abater. Agora eu to me sentindo mais tranqüila, mesmo quando começa a chegar a aquela coisa, eu respiro fundo e vou pra sala ao invés de ficar no quarto, incomunicável, chorando. Aí eu vou pra sala, converso com as meninas, eu tento me distrair, acho que eu to me sentindo muito mais forte pra lidar com isso. Eu acho que o Grupo me ajudou bastante, sabe, em questão de autoconhecimento. Eu tava tentando fugir muito ao invés de enfrentar. Acho que chegou num ponto que eu não conseguia mais, e enfrentando eu acho que eu to conseguindo me fortalecer, no sentido de para de ficar ... menos pesada.

Simone, 22 anos, estudante de Biologia, último encontro do G1. Simone meditava sobre sua participação no deste Grupo. O “fazer” para ela, na forma de conseguir se relacionar, interagir mais com as pessoas em seu entorno, ganhava ares de “fortalecimento”, pois evidenciava que sua “atitude” não seria mais passiva diante do sofrimento, como fora no passado.

Como tudo mais nesta etnografia, para entender melhor os estados “internos” produzidos pela atividade, em especial no GTJU, foi preciso participar. Mesmo sem nenhum talento ou contato prévio com pintura, resolvi enfrentar esta atividade quando ela nos foi

proposta junto com as outras colegas do primeiro Grupo Terapêutico que integrei (G3). A Estagiária da TO foi quem nos auxiliou e orientou sobre como proceder a mistura das tintas, técnicas de traçado e preenchimento, de sombra e profundidade etc. A atividade perdurou por dois encontros e durante a realização todos se ajudavam, palpitavam sobre a arte alheia, brincavam e, também, comentavam sobre seus “problemas” com uma leveza antes inimaginável. O espírito lúdico envolvia e contagiava a todos. Após estes encontros ficava me perguntando que tipo de mecanismo a arte imprimia ao espírito destes estudantes que os permitiam relativizar aqueles “problemas” antes tão sérios. Posteriormente, me dei conta que, durante a atividade, das duas horas e pouco que se seguiram a cada encontro, eu simplesmente havia me desligado de todas as preocupações pessoais cotidianas. Confesso que esse desligamento me ocorreu em raríssimos momentos de minha vida e elas, sempre, demandaram um esforço de concentração e um auxílio profissional no guiamento deste estado: quando, por exemplo, tive a oportunidade de experimentar algumas aulas de *yoga* e meditação. Durante a realização dessas atividades artísticas, este estado de tranquilidade surgiu espontaneamente sem que tivesse me dado conta. O sentimento de paz e a capacidade de concentração que experimentei logo após realizar essas atividades foi ímpar.

Em conversas de bastidores com os estudantes-usuários que participaram dessas atividades essas sensações pareciam ser comuns a todos, no decorrer da atividade. Alguns deles já haviam tido algum contato com pintura ou crochê, mas resgatar essa experiência com a possibilidade de compartilhar novos aprendizados e significados parece ter um efeito extremamente positivo no que se refere à noção de “autoestima”. Cito, como exemplo, o “Inferno de Dante”¹¹⁰ produzido por Alexandre (G4) que, ao final de sua atividade, pôde olhá-la “de fora” e perceber que aquela imagem tinha mais a ver com sentimentos passados do que com o seu “estado de espírito atual”. No entanto, esse passado não parecia muito distante. Arrisco a dizer que ele estava bastante presente ao início da atividade. Ao terminá-la, Alexandre conseguiu constatar que, em relação às suas sensações passadas de sofrimento, mesmo não as superando definitivamente, estava “se sentindo melhor do que antes”.

Para estes estudantes, perceber que se é capaz de resgatar e objetivar alguns de seus *recursos* adormecidos gerava neles uma nova disposição em se tomar parte de seus próprios “problemas” na condição de sujeito. A partir das experiências compartilhadas com o Grupo verificou-se nos estudantes-usuários uma “nova injeção de ânimo para enfrentar seus

¹¹⁰ Anexo F.

problemas”¹¹¹. E mais: durante a realização dessas atividades, novamente experimentação e aprendizado se encontram. A necessidade de aprender remete à necessidade de experimentar. A arte serve como excelente referência metafórica para essa relação. Para aprender a transformar sentimentos em expressões artísticas (pelo menos nas artes plásticas, como a pintura), é necessário que o sujeito se envolva com todos os *recursos* (artísticos/materiais e subjetivos) disponíveis e desenvolva uma atitude de experimentação desinibida; esta é a única condição para conhecer alguns dos resultados possíveis sem encerrar-se univocamente neles. Aprende-se, sobretudo, a manifestar-se sem antecipar as glórias de seus êxitos e nem as eventuais manchas de seus insucessos.

*Terapeuta Ocupacional: É muito complicado, não é Fábio? Essa paranóia do cotidiano. (...) Vamos trabalhar um pouco com imagem? **Transferir um pouco, uma atividade do que passa no cotidiano, com forma, com imagens, lembrando que não precisa ser nada muito estruturado porque não é esse o objetivo. O objetivo é que tentemos entender mais profundamente e ter como se fosse uma radiografia interna através das imagens no papel. Tenta jogar o que você quiser, em relação a pensamentos, esses pensamentos repetitivos, e as ações que os pensamentos dirigem pra que você faça.***

Fábio: (inaudível).

Terapeuta Ocupacional: Ah, deixa. Permita, porque daí aparece. Nesse momento temos um papel em branco aqui. Pra nós será muito importante que você tirar do seu pensamento pra que possamos ver também a intensidade do sofrimento.

Fábio: Eu não sei desenhar.

*Terapeuta Ocupacional: Permita pintar, tranquilo, sossegado. Do jeito que você quiser. O que nós queremos é, em primeiro lugar, nas imagens desse papel, **ter a oportunidade de tentar compreender como essas coisa são...***

Fábio: Ah, não sei. Não tem nada concreto assim.

*Terapeuta Ocupacional: **Não precisa ser concreto, pode ser absolutamente abstrato, permita-se. Colocar as questões internas.***

Fábio: Não vem nada.

Terapeuta Ocupacional: Pega o lápis e começa.

Fábio: Não adianta.

Terapeuta Ocupacional: Pensa vai, solta o seu pensamento, deixa formar, começa a jogar imagens, livremente, sem muitas preocupações.

¹¹¹ Palavras da Psicóloga.

Fábio: Se eu pensar em algum lugar vem umas imagens, mas nada que possa ser desenhado.

Terapeuta Ocupacional: Mas é assim mesmo, a pintura da gente é rebelde, confusa... Deixe esse seu perfeccionismo de lado agora...

Fábio: (silêncio)

Terapeuta Ocupacional: Então?

Fábio: Eu vou entrar de férias, tirar uns dias de janeiro, tô pensando em umas atividades, vou pra praia.

Terapeuta Ocupacional: Pense em relação aos pensamentos repetitivos.

Passa-se um tempo indeterminado.

Psicóloga: Já desenhou?

Fábio: Já.

Psicóloga: Estamos esperando...

Terapeuta Ocupacional: Ele tá refletindo sobre o desenho.

Fábio: Ah, não tem nada.

Terapeuta Ocupacional: Você quer outra cor? Vamos conversar sobre isso?

Fábio: Eu desenhei aqui uma coisa que eu já falei, é uma tabela, uma planilha, com várias colunas, e tem dados aqui. Quando eu tô fazendo alguma coisa, eu coloco, vou conferir os dados, tiro, vejo se ta certo, que eu sempre sinto necessidade de ficar conferindo, e cada um corresponde, X1 é com 1, X2 é com 2, e por mais que eu veja e confira, nunca me satisfaz e eu quero sempre conferir. Se eu vejo que ta certo, “chega”, aí eu paro, mesmo assim, eu sinto algo obsessivo de ficar conferindo.

Psicóloga: Quando você fala “dizer chega”, você já conferiu muito?

Fábio: Já conferei umas 3 vezes...

Terapeuta Ocupacional: Continue.

*Fábio: Ah, quando eu faço uma coisa que é assim menos importante, mais rápida, parece que eu fico mais tranqüilo, mas mesmo assim eu fico com vontade de conferir. **Tudo aqui eu coloquei também é algo [como] que precisa apertar, como a rosca, eu fico sempre apertando assim, só apertar, aí eu aperto mais.** Eu fico olhando e é algo que eu não controlo. **Parece bobo assim.** Às vezes também, tem uma hora que... Eu fico inspecionando.*

Terapeuta Ocupacional: E se você não confere?

Fábio: Ah, eu fico com a sensação de que tá errado, tá mal apertado, pensamentos ruins, de que não tá bem feito. Eu preciso conferir se tá certo, sempre.

Terapeuta Ocupacional: De onde vem tudo isso, Fábio?

Fábio: Eu também queria saber. Não sei...

Terapeuta Ocupacional: Qual o motivo? É o X da questão. Onde que tá? X é o que aqui?

Fábio: X pode ser o que for, porque é variável.

Terapeuta Ocupacional: Então, só que eu quero saber de você!

Fábio: Ah, o X da questão é pra mim...

Último encontro do G2, exclusivo com Fábio.

Fábio ilustra caricaturalmente o exercício interpretativo que o “fazer” da arte imprime à “dinâmica terapêutica”. Esse “fazer” reorganiza uma gama de variáveis dispersas encontradas no *sofrimento psicológico* em favor de uma “função” $[f(x)]$, a qual, por sua vez, tem por principal objetivo produzir um sentido à experiência que se vive ou que se vivenciou. Essa “função” busca, enfim, transmitir uma mensagem. Nela, os “problemas” (variáveis) serão encarados como aqueles elementos capazes de desequilibrar o processo constitutivo da Pessoa, de se tornarem verdadeiros obstáculos à conformação deste estudante no papel de sujeito de sua própria história. Constatada essa essencial relação assimétrica entre aquilo que se é (ou se foi) e aquilo que se deseja conquistar, através de sua “saúde mental”, de seu fortalecimento e de seu amadurecimento, o indivíduo se sentirá compelido a “fazer” algo para superar este sofrimento.

No entanto, não é tão simples enfrentar a si próprio; ainda mais num território extremamente tenso como “dentro de si”. Embora o “pôr pra fora” nunca se desvencilhe completamente de suas relações de procedência (isto é, de si mesmo), a tentativa de transpor o sofrimento para uma tela, por exemplo, expõe-no a um enfrentamento mais veemente e com menos pudor, tanto por parte do próprio sujeito que sofre, quanto por outros “colaboradores”.

Terapeuta Ocupacional: Simone, vamos tentar fazer uma experiência, mas vamos desviar essa energia.

Simone: Ah, eu adoro lápis colorido.

Terapeuta Ocupacional: Então vamos lá. Põe a energia pra fora.

Simone: Tema livre?

Terapeuta Ocupacional: É. O que você quiser.

Simone: O que eu quiser?

Terapeuta Ocupacional: É, mas dentro da alergia, botando a alergia pra fora.

Psicóloga: Pronto?

Simone: Não to inspirada pra desenho hoje, fiz qualquer coisa.

Terapeuta Ocupacional: Imagina se tivesse, não?

Simone: Ah, eu gosto de desenhar.

Terapeuta Ocupacional: Que legal, hein! Como chama Simone?

Simone: Alergia?

Terapeuta Ocupacional: Ahã.

*Simone: Eu estou representando um braço, parte que sempre mais me incomodou, assim, a parte que desde criança mais me irritava. Agora que melhorou. Eu vivia cheia de ferida, então, sei lá, uma coisa assim que eu tinha vergonha, então era um bloqueio pra eu me comunicar com as outras pessoas. **Eu não queria mostrar, assim, então pra mim sempre foi um bloqueio, como se o mundo acontecesse lá fora e eu não pudesse participar.** Aí eu via tudo, via o mundo, mas não participava, entendeu? **Tinha o meu mundo, sabe, eu sempre tive receio de como as pessoas iam me ver por causa da minha alergia, ainda mais quando eu era criança assim, eu me incomodava mais.** Acho que eu já acostumei... não acostumei, assim, incomoda ainda. Quando tá mais atacado assim, às vezes eu não quero sair de casa, mas acho que... não sei. Eu acho que é isso.*

Terapeuta Ocupacional: O que simboliza?

Simone: Acho que é o meu bloqueio assim, por estar assim, é a minha proteção, não me permitir, não me permitir viver da forma que deveria. Com medo da reação das pessoas, com medo de rejeição.

Terapeuta Ocupacional: Não dá pra entrar pela caixa, conseguir chegar no íntimo da caixa.

Simone: Não conseguiu chegar.

Terapeuta Ocupacional: Você de dentro pra fora. E esse aqui do lado?

Simone: São os prédios, eu quis representar o mundo acontecendo lá fora e eu dentro da caixinha, como se eu não fizesse parte, sabe. Acho que por eu me excluir eu acabava sendo excluída.

Terapeuta Ocupacional: E como é que tá essa caixa agora?

Simone: Tá com mais buracos, e ela tem uma portinha também, pra sair escondida de mim, mas ela existe. Por mais que eu saia por ela, às vezes, eu sempre acabo voltando. Sempre que eu olho meu rosto eu lembro o que

as amigas da minha mãe diziam, elas sempre falavam “nossa, ainda bem que você não tem no rosto”, agora tem no rosto também, e eu fico me sentindo mal, “coitadinha da sua filha, ainda bem que não tem no rosto, né”, agora até no rosto, mas ficou aquela coisa, toda vez que eu olho no espelho eu lembro, dá uma sensação ruim assim, de se esconder no lado mais escuro da caixa, fundo, fundo, fundo, não tem jeito. Mas acho que tem muito um fundo psicológico.

Sexto encontro do G1.

O trecho acima é bastante ilustrativo dessa forma mais geral do que é atividade dentro do GTJU. Um objeto que pretende de alguma forma representar, ou, ao menos, apresentar um “dentro” que não encontra condições de se fazer entender subjetivamente, é investido de significados que podem ser compartilhados com o Grupo e, posteriormente, relativizados à luz de uma interpretação que olha “de fora” o produto daquela experiência. Objetivando uma vivência íntima e experimentando reinterpretá-la sob uma outra perspectiva, o resultado da atividade parece fazer com que esses estudantes possam “enfrentar” as dores deste sofrimento sem, porém, ter a “sensação” de que se investe contra si mesmo. De acordo com as orientações propostas pelas terapeutas, “*recursos internos*” se transformam em “*recursos artísticos*” materializando aquilo que são, efetivamente para esses estudantes, os significados (antes ocultos) de seus “problemas”.

Essas pequenas “obras” criadas no Grupo Terapêutico se tornam, concretamente, “arte-fatos”, pois acionam uma máquina de produzir sentidos às experiências factuais, relacionadas aos “mundos” com os quais estes sujeitos identificam os seus “problemas”. “Arte” e “fato” se expressam sincronicamente junto com aqueles sentimentos antes impronunciáveis e que, agora, encontram “acolhimento” na relação ímpar entre o sujeito e a “obra”. A imagem da “obra” não é a tradução de um sentimento em uma “coisa”; é antes o recrutamento de significados, os quais não estavam disponíveis no momento anterior à criação, após se materializarem reivindicam um novo aprendizado sobre si na relação com este objeto autoral. Esta atividade proporciona, com peculiar intensidade, o resgate de uma autonomia criativa desse sujeito recrutando os *recursos* à mão e manipulando *repertórios* de significação para que ambos produzam um sentido e identifiquem um aprendizado contido na própria experiência.

Sobre esta questão em especial, o apontamento abaixo da Terapeuta Ocupacional é bastante elucidativo. Em um encontro do G1 no qual todas as estudantes realizaram uma atividade artística, aquilo que era ao início da terapia visto como um “incômodo”, uma “incerteza”, ou mesmo uma “limitação” pôde ser relativizado e re-

conhecido como uma espécie de potência adormecida precisando ser descoberta através do *sofrimento psicológico*. Luana, através de seu *bricolage* de imagens recortadas de revistas, propôs a si mesma novas formas de satisfazer suas expectativas de “realização pessoal” as quais só puderam se tornar claras o suficiente para ela no decorrer da própria atividade.

Luana: É que assim: no começo eu ia fazer assim desenhos mais abstratos mesmo, tentando falar que foi um ano também de mudanças, bem marcante assim. Aí eu coloquei isso através do oratório, da lousa, das atividades, assim, circo da ciência, de coisas mais, assim, de um sentimento meu, de gostar da educação, de querer participar. E eu nunca me imaginei professora, eu sempre queria ser médica e de repente, eu mudei de ideia. Aí eu vejo que a partir da educação, que eu queria ser médica, ter uma mente idealista, e até por isso eu refleti um pouco sobre mim, e eu falei, “será que ser médica é a única forma de você mudar a vida de alguém, se recuperar a vida de alguém?”. E a partir dessas atividades eu comecei a perceber que a educação pode fazer diferença. (...) É abstrato desenhar sentimentos, mas em cada coisinha aqui tem.

Terapeuta Ocupacional: O que você pensa pra sua vida?

Luana: Ah, não sei.

Terapeuta Ocupacional: Você é a própria artista, você tem o repertório. É claro que sabe. É interessante isso como a gente passa a olhar diferente o que a gente mesmo fez. Quem é que tem o conteúdo? Cada um. É interessante isso, porque cada um fica o tempo inteiro achando que precisa do outro, pra interpretar. Esse balanço é o fechar, o quanto de positivo, o quanto saiu, o tempo trabalhando nisso nos finais de ano, veja você também, quantas coisas foram apresentadas, quantas coisas aconteceram na vida da gente, e o que saiu. E quanto saiu, e quanto isso deu oportunidades de crescimento, mesmo às custas de sofrimento.

Último encontro do G1.

O “*repertório*” no trecho acima identifica certa capacidade de Luana em produzir um sentido à própria experiência artística. Para isso, ela tem de mergulhar em seu próprio conteúdo ou, como se expressou em outros momentos desses encontros e nas reuniões do PSM, “dentro de seus próprios *recursos*”. É daí que sairão os elementos responsáveis por tornarem “conscientes” as capacidades “internas” do estudante. Torná-las evidentes, através de um novo olhar que relativiza e de um novo sentido que se compartilha, transformará esses “*recursos internos*” em “*repertórios apropriados*”¹¹² pelo e para o sujeito.

A seguir, minha intenção é a de aprofundar um pouco mais os entrelaçamentos das ideias subjacentes à prospecção dos *recursos* e à elaboração de *repertórios* na “promoção

¹¹² Nos dois sentidos da palavra: seja como sinônimos de “adequado” às circunstâncias, seja como referente à ação de apropriar-se de algo.

da saúde mental” desses jovens. O conteúdo próprio à experiência de cada um, se devidamente compartilhado e relativizado, poderá potencializar, e muito, o conhecimento adquirido pelo Grupo, fazendo com que cada um desses sujeitos aprenda com as suas e com as experiências alheias. Aprendizados de vida que, conjugados, se multiplicam no “interior” destes indivíduos, fortalecendo-os para enfrentarem os “mundos” e seus “problemas”.

2.2.) O resgate dos *Recursos*.

*É, isso eu gostaria de te dizer, no nosso primeiro encontro, que você participou e que você contou um pouco da sua história, **naquele momento eu percebi que, apesar das suas dificuldades, você tem recurso interno.** Não sei se a Karina percebeu isso. Você foi criada pela sua mãe, seu pai se separou da sua mãe, você era ainda muito pequena, e num momento de dor, de separação, você teve força, você era ainda muito jovem, você teve força pra ir lá, cuidar dele, se despediu dele, né, e uma família de só mulheres, e assim mesmo com a sua dificuldade você veio aqui, e hoje você foi repassando pra mim. Agora com você falando foi repassado, eu confirmei que você tem recurso interno. Você consegue de alguma forma olhar pra si, e dar conta das suas dificuldades, você recorreu pro budismo, sem brigas, tem uma boa relação com a sua mãe, pensou no pai no dia dos mortos, não sei, de repente fez uma oração pra ele, um pensamento, né, saudade, isso é muito bom, que, assim, se a gente pensar qualquer um está sujeito a estar louco, a perder o controle do corpo, dos pensamentos, de não conseguir separar as emoções das ações, potencialmente qualquer ser humano pode se desequilibrar, o quê que, qual é a diferença? Alguns têm mais recursos internos, que eu to chamando, que são as nossas defesas, a nossa capacidade de racionalizar, entender o que ta acontecendo com a gente, de buscar alternativas para os nossos problemas. Alguns têm mais e outros têm menos, e a princípio, qualquer um pode passar por um momento difícil na vida, e se desequilibrar, e precisar de ajuda. Às vezes, só uma conversa, uma psicoterapia, um repensar sobre si, às vezes, precisa de medicação, às vezes precisa dos dois juntos. Mas eu percebo isso em você, e isso é bastante positivo, você tem as suas estratégias, e isso a gente vai desenvolvendo ao longo da vida, e isso é uma coisa que a gente pode ganhar com o tempo, e quando a gente vai envelhecendo o ganho no envelhecimento é isso, a gente vai perdendo o corpo, vai envelhecendo, mas a nossa capacidade mental, nosso desenvolvimento emocional, pode se ampliar, que é aquilo que a vida, que a experiência traz.*

Psicóloga, durante o quarto encontro do G1.

Tenho demonstrado ao longo desta dissertação, seja através das intervenções das terapeutas, seja nos depoimentos dos estudantes, a importância da relação “dentro” e “fora”, “interno” e “externo” para a compreensão do movimento que parte do *sofrimento psicológico* para a construção da “saúde mental” destes universitários. Levando em

consideração esse sistema de coordenadas nativo, os *recursos*, como o trecho acima indica, se localizam “dentro” do indivíduo e se constituem enquanto características “internas” ao próprio sujeito.

Explorando algumas peculiaridades do PSM, do GTJU e dos interlocutores desta pesquisa, indiquei que a “dinâmica terapêutica” sugerida neste campo pressupõe não só a busca de qualidades intrínsecas ao indivíduo que sofre; implica, sobretudo, numa requalificação desses atributos que constituem seu “caráter” e que dão forma à sua “personalidade”. Isto é, a psicoterapêutica a qual estes jovens recorreram – seja na modalidade individual, seja na de grupo – pretendeu de várias maneiras empreender um movimento de “autoconhecimento”, donde o “olhar para dentro de si” seria capaz perquirir aqueles elementos que para este sujeito conformam sua subjetividade.

A constituição da subjetividade que perpassa estes sujeitos e os predicados que dão forma à sua Pessoa – como, por exemplo, a “personalidade”, o “caráter” – dispõe, portanto, de uma cartografia precisa. Esta, por conseguinte, remete estes sujeitos à tentativa manipular “internamente” seus atributos através de sua “capacidade mental” ou, como gostaria de ressaltar, construindo “habilidades psicológicas” para enfrentar seus “problemas”. Todavia, esse “autoconhecimento” almejado só se produz numa intensa relação com os “mundos” diante dos quais esse sujeito pretende estar “integrado”. Neste sentido, é preciso desenvolver nossa “*capacidade de racionalizar, entender o que tá acontecendo com a gente e buscar alternativas para nossos problemas*” (palavras da Psicóloga no depoimento acima). Esta estratégia só encontra o terreno fértil para se desenvolver caso esse “autoconhecimento” possa ser reconhecido como uma espécie de síntese dialética entre “dentro” / “fora” e “externo” / “interno”. O “autoconhecimento” produz o sujeito na medida em que este se mostra competente o suficiente tanto para “internalizar” conhecimentos disponíveis nesses “mundos” quanto para “pôr pra fora” sua capacidade de inserir-se neles.

Embora todo o processo de resgate de “autoconhecimento” e de “fabricação” de subjetividades remeta a um campo epistemológico muito próximo ao da Psicanálise – afinidade teórico-intelectual das psicólogas do PSM, em especial a que trabalhava com o GTJU –, as dificuldades circunstanciais¹¹³ do atendimento oferecido aos estudantes-usuários não permitiam às profissionais que elas incorram em uma metodologia ortodoxa. Nesse contexto, faziam-se necessárias aproximações mais flexíveis.

¹¹³ Apenas para lembrar, essas dificuldades estavam associadas ao tempo: seja aquele que é disponibilizado pela instituição, e seja aquele que está disponível ao estudante comprometido com a universidade.

Contudo, o re-conhecimento¹¹⁴ dos *recursos* e a identificação de suas potencialidades se fazem através de uma perscrutação íntima da pessoa que situa a origem dos “problemas” atuais num passado reelaborado. Esta reelaboração surge quando o sujeito que sofre compartilha seus “problemas” situando-os como parte constituinte de sua própria ontologia. Nesse sentido, reorganizar fatos, eventos e características pessoais entendidas como “problemáticas” demanda que terapeuta e estudante construam uma nova perspectiva para abordar este passado. É necessário estabelecer um ponto de assimetria, um lugar instituído e partilhado entre terapeuta e estudante para que ambos possam acessá-lo quando a experiência vivida assim requisitar. Este panóptico terapêutico se constitui em pura virtualidade, sem dúvida. Entretanto, seu efeito sobre a relativização das trajetórias biográficas destes estudantes é da mais absoluta concretude.

A relativização das experiências permite ao sujeito reencontrar-se num passado reelaborado, o qual, por sua vez, localiza as circunstâncias pelas quais seus atributos, talentos, aptidões e, também, seus “problemas”, emergiram pela primeira vez. “Dentro” da história de cada um pode-se sentir as dores de seus fracassos e gozo de seus êxitos. Todavia, olhá-la sob outra perspectiva que não a do sujeito permite um exercício relativizador dos sentimentos primários que ela (história, como sinônimo de trajetória biográfica), anteriormente, evocava. Desta maneira poderá recorrer-se aos atributos de que se dispôs naquelas circunstâncias iniciais para produzir novos efeitos “externos” e “internos” ao sujeito; isto é, busca-se um novo sentido à experiência passando necessariamente pela ressignificação das circunstâncias “objetivas” e “subjetivas” que estão intrinsecamente ligadas à história de vida do estudante. Esse movimento de “conscientização” do sujeito que sofre tem como principal objetivo transformar suas qualidades pessoais, situadas no nível subjetivo, em “*recursos internos*” que podem se projetar “pra fora”, se e quando as circunstâncias “mundanas” se mostrarem adversas.

Psicóloga: E como é que você era nos outros cursos? Tanto no colégio, como agora?

Fábio: Ah, normal. Tinha esse negócio de insegurança, meio assim compulsivo, sabe? Por mais que às vezes eu confira as coisas, eu fico vendo se ta certo, sabe, e isso aí começou mais no mestrado.

¹¹⁴ Pois, na ótica terapêutica, esses conhecimentos “já estão lá: dentro do indivíduo”; apenas não encontraram, ainda, condições de emergirem à “consciência” deste. E aí que o movimento de resgate dos *recursos* faz com que se constate que o estudante-usuário em terapia já dispunha dos meios necessários à “fabricação de si” enquanto sujeito.

Psicóloga: É isso que eu tô querendo saber, investigar um pouquinho, que medida é, isso que vocês estão colocando, tem a ver com característica pessoal, e aí por isso eu perguntei sua característica da infância e adolescência. Se essa tendência a conferir sempre, tirar sempre as melhores notas, se exigir demais, se é uma característica sua, é mesma coisa pro Felipe, ou se tem a ver, que medida tem a ver, com o momento, como o curso que vocês fazem, o lugar que vocês estão, né? Seguir uma carreira acadêmica não é fácil, né, fazer, mestrado, doutorado, e varia de um curso pro outro.

Fábio: Oh, no meu caso, eu sempre quis fazer o melhor, assim que eu posso.

Psicóloga: Isso desde que você lembra como aluno.

Fábio: Tudo assim, esportes tudo, mas esse problema de insegurança é mais recente. Eu percebi, às vezes me dá, no laboratório que eu tenho um monte de amostras, até pavor, que eu sinto uma insegurança, com as amostras do laboratório, conferir, essas coisas.

Psicóloga: E teve algum incidente marcante que desencadeou isso?

Fábio: Não.

Psicóloga: Você trocou alguma coisa, fez alguma bobagem, assim que te traumatizou, que você pensou “Dei mancada”?

Fábio: Não, que eu me lembre não.

Último encontro do G2.

Embora neste trecho não se observe uma declaração explícita em relação aos “recursos internos” de Fábio, é interessante perceber a intenção da terapeuta em vasculhar suas características pessoais. A partir daquilo que, em dado momento de seu passado, Fábio lançou mão para constituir um *projeto de vida*, isto é, seu grau de exigência para consigo mesmo, a Psicóloga busca identificar nesta característica um novo atributo. Para Fábio seu “perfeccionismo” exagerado estava sendo a “causa” da “sensação de insegurança”, constantemente presente em seu cotidiano. Ao tornar esse “problema” evidente ao Grupo, a terapeuta inicia um movimento de investigação do passado de Fábio. No sentido de Ihe “dar uma devolutiva”, a Psicóloga identifica nessa sua característica um poderoso *recurso* que, em outras circunstâncias, foi utilizado como um instrumento eficaz de conquistas e superações para atingir seus objetivos. Se, em nenhum momento de seu passado, Fábio sofreu com a acusação de desleixo ou com as conseqüências nefastas de um trabalho mal feito, era preciso que ele reaprendesse a confiar novamente em suas capacidades e, não menos, que também se permitisse admitir que, em determinadas circunstâncias, ele, “como todo ser humano”,

poderia ser falível. Desta forma, para as terapeutas do Grupo, era interessante o fato de Fábio ter identificado que determinada qualidade de sua “personalidade”, se não estivesse devidamente equilibrada com as circunstâncias “mundanas” de sua vida (exigências da vida acadêmica), poderia passar de *recurso* a “problema”. Era, portanto, necessário relativizar as características de seu sofrimento e imputar-lhe outra significação: percorrer novamente seu passado dando mais atenção aos sucessos que seu esmero para com os compromissos assumidos conquistou, ao invés de se apegar a uma característica que na atualidade lhe causava terríveis incômodos. Contudo, Fábio precisava reconquistar sua “confiança interna” para entender que seu “problema” poderia ser novamente visto como *recurso* desde que ele não focasse sua atenção única e exclusivamente no resultado, mas sim no fato de ele ter conquistado o direito de realizar um trabalho por méritos de sua competência e que a falibilidade faz parte do processo de aprendizado e de aperfeiçoamento profissional.

Esta tática terapêutica se revelou bastante eficaz em diversas circunstâncias, principalmente para conseguir um efetivo engajamento do estudante no “fazer terapia”. A ideia de pensar as especificidades dos *recursos* e das limitações individuais que cada um traz ao Grupo remete a um exercício de prospecção elaborado no diálogo com os “colaboradores” e mediado pela terapeuta. Esta prospecção só parece ser possível após o estabelecimento de uma relação de confiança que não pode se restringir essencialmente aos profissionais. Ela tem de ser estendida a todos os “colaboradores”. Prospeção e construir *recursos* parecem estar estreitamente vinculados ao processo de “acolhimento”, cuja reciprocidade está na compreensão das limitações e na disposição de todos os “colaboradores” em ajudar o estudante que sofre. A mitigação da desconfiança com o que ali se expressa só ocorre quando todos se compreendem no mesmo nível hierárquico de prestígio e legitimidade. A ideia de chamar a todos os participantes do GTJU de “colaboradores” vem corroborar com essa estratégia de subjetivação. Levando em consideração essa aproximação psicanalítica, enquanto tática terapêutica intentada pela equipe profissional, o antropólogo e a terapeuta às vezes são chamados a falar um pouco das suas respectivas experiências pessoais com objetivo de estabelecer interlocuções mais profundas a respeito das experiências de *sofrimento psicológico* destes estudantes e de minimizar o que estes entendiam como uma exposição unilateral do sofrimento. Esse excesso de visibilidade às condições de fragilidade com as quais eles se viam envoltos poderia agravar as emoções associadas ao *sofrimento psicológico*, fazendo com que ela deixasse de ser essencialmente subjetiva para se tornar demasiadamente pública. Num primeiro momento em que ainda não se encontram as condições de “acolhimento” totalmente solidificadas, esse excesso de exposição unilateral tende a ferir uma

noção extremamente cara ao sofrimento desses sujeitos: a de que a forma com que se exprimem suas dores diz respeito à intimidade privada da vida do estudante. Portanto, é desejável que todos os “colaboradores” equalizem esse grau de visibilidade entre os sofrimentos de cada um.

Eu mesmo cheguei a me sentir desconfortável ao perceber que alguns destes estudantes em poucos (mas importantes) momentos também demonstraram tacitamente certo desconforto com meus interesses de pesquisa sobre o sofrimento privado que ali se deixava conhecer. Nestas situações, foi praticamente inevitável que também me pusesse a comentar sobre minha própria experiência de *sofrimento psicológico*, buscando expor alguns dos *recursos* que pude lançar mão para superar o imponderável daquelas circunstâncias. Foi a partir de meu esclarecimento ao Grupo que minhas intenções de pesquisa estavam inextricavelmente ligadas à minha experiência pessoal de *depressão* – vivenciada na época de graduação – que permitiu alguma uma facilitação do processo que, nas condições estabelecidas por aquelas táticas terapêuticas, **não** poderia ser apenas de inserção: eu teria que ser, inevitavelmente, incorporado.

Os “problemas” para serem entendidos precisam ser partilhados. Inclusive, aprecia-se que a mesma intensidade do sofrimento possa ser compartilhada pelos outros “colaboradores”. Caso fique evidente ao estudante que os outros membros do Grupo não são capazes de entender as particularidades de seu sofrimento, ele tenderá a se retrair e a mostrar certa resistência ao movimento de relativização de seu “problema”.

Simone: Então, quando eu era adolescente eu mudei de colégio, e tipo, eu não conhecia ninguém. Pra mim foi um momento horrível, sabe, tava naquela fase adolescente, que eu achava o mundo uma droga. Perdi todos os meus amigos praticamente, por eu ficar triste. Se eu fosse ligar eu só ia ficar chorando, sabe? Aí eu acabei me afastando sabe? Eu perdi as amizades, e eu não converso com ninguém assim. Aí eu vim pra cá e mesma coisa. Não converso com mais ninguém, acho que eu fui aprendendo a lidar com isso, a não me apegar, a tipo ir embora e acabou.

Terapeuta Ocupacional: Então, que, ao mesmo tempo que você se coloca querendo ser dura, você é de uma fragilidade, mas não é uma fragilidade no sentido de diminuir. Isso é bom, ta entendendo? Isso, isso é afetivamente positivo, não é negativo, você consegue compreender isso?

Simone: Não. Pra mim isso é minha maior fraqueza, é o que eu mais odeio em mim.

Terapeuta Ocupacional: Interessante que não é, pra quem vê não é. Isso é uma grande beleza e virtude que você tem.

Simone: Mas é uma questão cultural também. Lá no Japão as pessoas costumam se manter mais afastadas umas das outras. Contato físico, nem pensar. Você nunca vai ver no Japão um casal andando de mão dada, nunca, sabe pra eles é um absurdo.

Psicóloga: Existe sim a influência da educação, da cultura, mas não é tão determinante.

Simone: Mas é por isso que eu sobre, porque eu to num desses negócios, eu to no meio, sabe, eu acho errado, mas eu não consigo viver com isso.

Terapeuta Ocupacional: E, além disso, você vive no Brasil.

Primeiro encontro do G1.

As diferentes visões da Terapeuta Ocupacional e de Simone sobre a questão do apego às relações interpessoais demonstram certa distância cultural em relação ao tipo de *recurso* que cada uma delas deseja projetar nessas circunstâncias. Simone gostaria de superar completamente a dependência de se relacionar com as pessoas. A Terapeuta Ocupacional vê o associar-se afetivamente com outras pessoas de modo positivo; para ela essa troca de afetos poderia se revelar um bom *recurso* a ser exteriorizado por Simone no sentido dela criar, ao seu entorno, um círculo de amizades para partilhar seus “problemas”. Se para a Psicóloga, de acordo com aquilo que lhe é possível relativizar através do “problema” exposto pela estudante, “*a influência da educação, da cultura, não é tão determinante*”, esta mesma proposição não se encontra “acolhida” dentro da vivência de Simone.

Esse trecho acima demonstra que valores mais arraigados, dentro daquela socialização primeira (como uma família de origem japonesa), podem se revelar verdadeiros obstáculos tanto ao reconhecimento de seus “*recursos internos*”, bem como à introjeção de “*novos recursos*” para aprender a lidar com as circunstâncias de um “outro mundo” – neste caso, a forma de sociabilidade incentivada por aquilo que se compreende como “cultura brasileira”.

Num sentido geral, os *recursos* são requisitados para estabelecer uma relação estratégica entre o “problema” – que, compartilhado, passa a ser do Grupo – e as eventuais táticas de enfrentamento que cada estudante se utiliza para superá-lo. Tais “problemas”, associados à experiência idiossincrática dos “colaboradores” são encarados pelo Grupo como um sofrimento que deve ser compartilhado e relativizado por todos os seus membros, mesmo por aqueles que não sofrem de “problemas” semelhantes. Considera-se que as dores sentidas através dos “problemas” alheios sob circunstâncias parecidas poderão vir a ser “causadoras” do mesmo tipo de sofrimento. É preciso que num exercício ininterrupto de “colaboração”

todos possam aprender com as experiências alheias e, não obstante, com a relativização empreendida pelos outros membros do Grupo a respeito de sua própria experiência.

A meu ver, a questão mais interessante deste processo é que aquilo que está “dentro” do estudante (os seus *recursos*) terá de ser objetivado nas suas relações coletivas, seja na forma de sofrimento, seja na forma de “habilidade” adquirida para lidar com seus “problemas”. Por conseguinte, aquilo que está “fora”, isto é, os “mundos” e seus processos terão de ser subjetivados como um aprendizado. Mas isso implica numa forma de aprendizado bastante específica qual seja: ele (aprendizado) se revela através de uma relação de conhecimento que se estabelece do “fora” para “dentro” e que, ao consolidar-se no “interior” do sujeito, esse processo pode ser reconhecido como “autoconhecimento”. Esta estratégia de subjetivação pretende fazer com que este estudante consiga inserir-se numa relação de contigüidade do seu “interior” para com seu “exterior”.

Por meio desse processo os “*recursos pessoais*” de cada estudante poderão ser exteriorizados e com isso apontar, tanto aos membros do Grupo quanto às pessoas que participam de seus “mundos” que efetivamente se está aprendendo a enfrentar os seus “problemas”. A capacidade de enfrentamento parece ser uma das “habilidades” requisitadas à constituição do jovem universitário enquanto “sujeito inserido na sociedade”¹¹⁵. No entanto, essa “habilidade” exige certa plasticidade deste sujeito em lidar com aquilo que se interpõe entre seus anseios e suas condições de atingi-los. Essa plasticidade que, segundo o entendimento dos nossos interlocutores só se adquire através da experiência, e apenas na medida em que ela efetivamente proporcionar um amadurecimento do sujeito, ganha o nome de *repertório*. Assim como a cartografia do “dentro” e do “fora” situa os “mundos” com os quais estes indivíduos interagem numa relação de objetividade e subjetividade **respectivamente**, os *recursos* e os *repertórios* levarão em conta este sistema de coordenadas para produzir uma relação de enfrentamento do sujeito para com os “mundos” em que ele transita. Vejamos logo a seguir algumas das questões levantadas pelo processo de compartilhar e construir *repertórios* e as especificidades que isso implica na constituição deste sujeito “saudável psicologicamente”.

2.3.) Compartilhando e construindo *Repertórios*

Vânia: Bom, eu acho que comigo é um monte de problemas, um deles é parecido com o deles.

¹¹⁵ Vide o texto do PSM no Anexo H.

Psicóloga: Várias coisas, né?

Vânia: E eu acho que é desencadeado por causa da pressão mesmo.

Psicóloga: Isso, a gente tem que separar o joio do trigo. Em que medida tem a ver comigo e em que medida tem a ver com o ambiente em que eu estou?

Vânia: Então, eu estou sempre cansada, sempre pensando. Aí tem horas que eu tenho que desligar e eu não consigo, entendeu? Aí fico pensando que tem que fazer, tem que fazer, e tem sempre um monte de coisas pra fazer e parece que não tem fim, né. E outra coisa que eu acho que é o principal que ta me incomodando há algum tempo é de me expressar, que eu não gosto, eu sou muito tímida, entendeu, e isso me incomoda muito. Já despreveram isso como fobia social, então isso eu acho que é o principal problema, eu não gosto que me notem, eu não gosto, sabe.

Psicóloga: E ela ta num grupo, gente, olha que coisa!

Vânia: É por isso que me mandaram pra grupo, entendeu. Tipo assim, aquilo que eu tenho que fazer profissionalmente falando, eu vou e faço, não tenho a menor dificuldade, mas se eu tenho que apresentar minha opinião sobre alguma coisa, nossa, eu odeio. Às vezes é necessário né, a gente falar, ainda mais hoje na academia.

Psicóloga: Nesse meio né, não dá pra ir só lá e apresentar né.

*Vânia: É, mestrado, doutorado. A gente tem seminário toda semana, tem que discutir, e eu prefiro não falar nada, embora que eu tenha uma opinião formada eu prefiro não falar. Na aula de inglês quando o professor me faz uma pergunta eu prefiro responder do meio mais simples, entendeu, mais rápido, do que tentar alongar muita a resposta, ser o centro das atenções, e isso me prejudica porque eu deixo de aprender, deixo me expressar, deixo de, porque eu prefiro ficar quieta.
(...)*

Psicóloga: Então Vânia, é interessante, porque você ta aqui com essa queixa e de se dispor a vir pra um grupo você já ta sendo corajosa e acho que vai ser muito importante, muito bom pra você. Porque esse grupo ele vai servir como um laboratório, provavelmente essa sua dificuldade vai se apresentar aqui, mas aqui você está justamente pra se exercitar, num lugar continente, hoje é o nosso primeiro encontro [primeiro em que os três estudantes aceitos para o Grupo compareceram], mas vocês vão ver o que vai acontecer, vocês vão se conhecer melhor, se o grupo se integrar, a questão da confiança, né, eu vou tratar hoje um pouquinho com vocês também. No momento em que estabelece o que a gente chama de aliança, entre os membros do Grupo, as pessoas se sentem mais à vontade pra se colocar. E aqui vai ser uma oportunidade pra você exercitar, um laboratório de aprendizagem, um lugar protegido, vamos dizer assim. Mas eu já te digo de início que se você tivesse um quadro forte, você não conseguiria nem estar aqui, com sintomas bem graves assim, e nem ter feito esse percurso que você fez. E como é que você era na infância, quando era menina?

Vânia: Eu era sempre quieta assim, eu sempre tive essa dificuldade, não gostar que me notassem muito, só que conforme vai exigindo da gente, aí eu fui sentindo mais, e vi que eu precisava procurar uma ajuda pra desenvolver, porque isso me prejudica, entendeu? E eu sei que isso prejudica.

Psicóloga: E no que isso te prejudica? De que forma?

Vânia: Me prejudica porque tem situações que tem que se expressar, não é só, por exemplo, às vezes, tem necessidade de discutir alguma coisa que é importante pra mim, né, tem necessidade de ir lá, falar uma coisa, e eu fico quieta, e isso me prejudica. E até aprender mesmo, discutir né, por exemplo, no curso de inglês é importante que fale bastante, o professor corrige e tal né, pra desenvolver, e eu não falo, eu evito falar, e não é interessante, entendeu, eu deixo de aprender. E quando comecei a deixar de aprender coisas, ou não conseguir mesmo, aí eu vi que eu precisava.

Psicóloga: Foi o seu sinal.

Vânia: É.

Psicóloga: Como é que a gente aprende?

Felipe: Fazendo.

Vânia: Como é que a gente aprende?

Fábio: Apresentar o que você tá vendo.

Psicóloga: A gente não aprende só pensando?

Fábio: Acho que não.

Psicóloga: Os historiadores e filósofos... É que eu não sou engenheira, né? A Vânia tem razão quando ela diz que ela sai perdendo quando não se expressa? Será que a gente consegue aprender sozinho?

Vânia: Não. Eu acho que eu deixo de aprender mesmo, porque, às vezes, se eu penso uma bobagem, aí eu falo essa bobagem, aí tem como os outros me corrigirem, entendeu? É com isso que eu me preocupo.

Felipe: Eu também concordo que, tipo, quando você tem um certo entrosamento, relacionamento com quem tá ali pra te ensinar ou conversar sobre determinado assunto, eu acho, pra mim, por exemplo, é mais proveitoso que se eu ficar só ali pensando, quieto.

Fábio: Mas ela falou ali, que profissionalmente ela apresenta.

Vânia: É se for pra eu apresentar um trabalho eu vou ali e faço, mas é só isso, entendeu? Que o lado enriquecer eu já não consigo.

Felipe: Se é uma questão de tempo pra fazer isso, aí você faz.

Vânia: É! Aí eu vou lá e faço.

Psicóloga: É mais enriquecedor quando a gente constata que a gente compreende, constata que aprende, elabora, apreende, à medida que a gente interage com o outro, senão pode acontecer aquilo que a Vânia falou: “eu acho que eu aprendi, mas eu aprendi errado”. E assim é um desafio que faz parte da vida, né, vocês conseguem imaginar um ser humano isolado, como a gente se torna ser humanos, o que nos faz humanos? O que faz vocês serem diferentes dos animais?

Fábio: Consciência.

Psicóloga: E como a consciência ela é desenvolvida? O ser humano é único animal que sabe que sabe. A gente nasce com ela? Desenvolvem como?

Vânia: Interação?

Psicóloga: Isso! Ahã. Também é único animal que se nasce e deixar sozinho, o que acontece?

Felipe: Morre.

Psicóloga: Como se desenvolve a consciência, a percepção do mundo, a percepção de si? É na interação. A interação como ela se dá no início? A questão do vínculo, por exemplo? Quem cuidou de vocês?

Felipe: Meus pais.

Psicóloga: Quem que deu condições pra vocês sobreviverem, quem deu de comer, quem aqueceu, desde os cuidados básicos até os afetivos. (...) Por que a gente tocou nesse assunto?

Fábio: Por causa do ser humano, o que diferencia dos animais.

Psicóloga: Vocês entenderam o link?

Fábio: Ah, mais ou menos.

*Psicóloga: Ou o link tá só na minha cabeça? A gente começou porque a Vânia disse que ela tem dificuldade de se relacionar, expressar a opinião dela, e eu quis apresentar pra vocês como é que a gente aprende, **qual é a importância desse se relacionar com o outro na aprendizagem**. No caso da Vânia ela está se referindo ao caso específico de aprendizagem intelectual, profissional, né Vânia? Porque a gente entrou nesse assunto?
(...)*

Vânia: Por causa dessa questão de interagir com as pessoas?

Psicóloga: Isso. Pela sua fala de que você tem uma certa dificuldade de interagir com as pessoas, que você sente que isso te atrapalha. Aí eu perguntei o que é aprendizagem, como é que a gente aprende, o que é consciência, o que é que diferencia o homem dos outros animais, né. Por que será que eu segui esse caminho?

Vânia: Pra tentar buscar a origem do problema?

Psicóloga: Não. Pra mostrar pra vocês que isso faz parte da vida. Aqui você ta se referindo a sua aprendizagem intelectual, profissional, mas o que eu to tentando mostrar pra vocês é que, na verdade, dessa necessidade de interação que a gente pode entender a aprendizagem de uma forma mais ampla, faz parte da vida em qualquer circunstancia, seja ela no trabalho, no relacionamento amoroso, com a família e esse é um desafio do ser humano, que muita gente além da Vânia tem, muita gente. E aí estamos aí pra que? Inclusive pra aprender sobre isso, nesse pequeno Grupo que a gente pode entender como um laboratório e levar essa experiência pra fora.

Terceiro encontro do G2.

Vânia vem ao encontro do G2 com uma “queixa” que em algum momento de sua trajetória foi caracterizada como “fobia social”. Diz não ter nenhum “problema” em manifestar-se profissionalmente, dentro daqueles conhecimentos que são da sua competência. No entanto, relata sentir uma terrível limitação em dialogar e discutir com outras pessoas em situações não-formais. De certa forma sua desenvoltura acadêmica parece estar relacionada a certo tipo de treinamento; isso fica evidente quando ela diz que está acostumada à forma de se exprimir através de seminários, congressos, entre outras situações de exposição profissional. Vânia, que durante a realização do G2 tinha 27 anos e cursava o doutorado em Engenharia Química sente-se completamente despreparada quando a situação requer que ela tome uma posição genuinamente pessoal. As situações das aulas de inglês são tomadas como exemplo para indicar aos “colaboradores” do Grupo que seu excesso de timidez restringe novas formas de aprendizado, principalmente aquelas que concernem aos momentos de interação com outras pessoas.

Esta sua característica foi se tornando cada vez mais evidente conforme as exigências do “mundo” à sua volta demonstravam a ela ser necessário ampliar suas “habilidades”. Mas não quaisquer “habilidades”: o que ela desejava aprender é como representar a si própria através de “habilidades sociais”. Interessante notar que essa nova característica estava sendo buscada por meio de uma reconfiguração “psicológica” de seus atributos. No entanto, Vânia só teria plena “consciência” de suas capacidades à medida que ela as colocasse à prova, em situações de interação; e era nesses momentos que sua limitada capacidade de se expressar para com o “mundo” afora tornava patente que se estava perdendo oportunidades preciosas de aprendizado. Era esta limitação pessoal que a impedia de desenvolver novos aprendizados fundamentais à sua vida como por exemplo, a língua inglesa.

Mais uma vez o movimento “dentro” e “fora” reaparece. O “fora” se apresenta à Vânia como cheio de possibilidades de aprendizado, diante das quais ela não consegue

encontrar a conduta “adequada” para acessá-las. Seguindo neste caminho, a Psicóloga reforça que o “mundo”, que se desenrola “fora” do alcance atual das “habilidades” de Vânia, dispõe de todos os elementos necessários ao seu crescimento. Portanto, para que ela consiga inserir-se nos “mundos” das relações extra-profissionais e absorver seus conhecimentos de maneira “natural” é necessário que ela desenvolva “*repertórios apropriados*” para misturar-se a eles e para manipular suas contingências como mais um de seus sujeitos. Mas, concretamente, o que seriam esses *repertórios*? No que, exatamente, eles se diferem dos *recursos*?

A “dinâmica” acima aponta alguns indícios. Em vez de responder a questão acima sobre o que é o *repertório*, atentemos ao fato de como ele se constrói. Quando a Psicóloga propõe a questão “*Como é que a gente aprende?*”, as respostas, às vezes diretas, às vezes esquivas, demonstram a proeminência já ressaltada anteriormente do “fazer”. O “fazer” pode ganhar várias formas. Algumas delas estão explícitas no trecho acima: expressar-se, posicionar-se, desenvolver-se, interagir, etc. Embora as condições de emergência dos *repertórios* remetam esses sujeitos às suas capacidades “internas”, “psicológicas”, o modo como elas se apresentam aos “mundos” com os quais se interage é que poderá identificá-las como “habilidades” ou como “problemas”.

Conhecimentos adquiridos “de fora para dentro” (e percebidos como “autoconhecimento”) e “habilidades” que se mostram “de dentro para fora” (identificadas como “competências” de diversas ordens, dependendo do “mundo” com que este sujeito se relaciona) são dois movimentos concomitantes e necessários ao desenvolvimento da “consciência” que, por sua vez, permite, como a Psicóloga resalta, “*a percepção do mundo, a percepção de si*”.

Para deixar a diferenciação entre *recursos* e *repertórios* mais destacada, ofereço aqui uma analogia bastante simplificada que se justifica apenas para fins didáticos. Se tomarmos o sujeito por um computador digamos que os *recursos* estariam para as estruturas físicas da máquina, isto é, seus *hardwares*. Um computador pode sempre aperfeiçoar seu funcionamento e seu desempenho adquirindo novos e substituindo velhos *hardwares*, assim como o sujeito. No entanto, só quem interage com a “máquina” (e com o sujeito) é que pode saber quais são suas possibilidades de operação. Seus *recursos* nunca são aparentes apenas para quem olha de “fora”. Mas, de que adianta uma “supermáquina” sem *softwares* que permitam a ela realizar todas as suas capacidades? Sua capacidade “interna” só pode ser reconhecida na medida em que ela adquira alguma funcionalidade na resolução dos “problemas” com os quais ela se depara. Os *softwares* dessa “máquina” seriam, portanto, os *repertórios* instalados de acordo com o que a sua estrutura “interna” permite. Para que eles

sejam escolhidos adequadamente é indispensável conhecer o que há “dentro” da máquina, para que a cobrança sobre o desempenho dos “programas” não seja demasiadamente descabida.

A ideia que subjaz aos *repertórios* é de que o seu sujeito detém um conjunto de disponibilidades de ação, de exteriorização, que o permite posicionar-se de maneira adequada às circunstâncias. Esse conjunto de “habilidades” envolve as mais variadas formas de se comportar. Elas serão reconhecidas como *repertórios* na medida em que a experiência produzida pelos seus efeitos seja eficaz aos fins que se propõem. Como exemplo dos *repertórios* desenvolvidos nas “dinâmicas” do GTJU, cito os seguintes aprendizados: saber lidar com as exigências e/ou expectativas familiares, desenvolver rotinas, métodos e disciplinas de estudo, lazer e trabalho, estabelecer e encerrar diálogos, se manifestar concordando ou discordando de seus interlocutores, aceitar ou recusar pedidos, estabelecer relacionamentos interpessoais (notadamente os relacionamentos afetivos e sexuais), interagir com pessoas em escala hierárquica superior à do estudante (principalmente professores), não se ofender com críticas, falar em público, tomar uma atitude pró-ativa na resolução de seus “problemas”, expressar afeto, solidariedade, frustração, desapontamento, exigir aquilo que lhe é direito, etc. Em uma palavra, *repertório* implica em enfrentamento. Um enfrentamento que recruta, através dos *recursos* disponíveis, formas de pensar, sentir e agir segundo as circunstâncias.

Dessa maneira, se o principal intuito do GTJU é ampliar as formas de apreender os “mundos” em que se vive, o compartilhamento estimulado entre os estudantes-usuários almeja que eles tomem contato com outros “problemas”, outros sofrimentos e outras formas de superação. Em outras palavras, é necessário que o indivíduo esteja disposto a empreender um processo de subjetivação que o faça incorporar os *repertórios* dos “colaboradores” do Grupo na medida das possibilidades atuais de seus *recursos*.

Isto configura uma situação peculiar para os participantes do GTJU: a abertura e exposição pública de suas intimidades. Dentro do Grupo, há um estímulo explícito ao distanciamento em relação às regras de etiqueta e de expressão do “mundo cotidiano”, sendo até desejável certa dose de iconoclastia para com as convenções coletivas: dentre elas, por exemplo, é muito comum ironizar a situação de se estar “sofrendo psicologicamente”. Ali, os usuários sentem-se à vontade para expor as mazelas de não ser um estudante universitário em condições de usufruir as oportunidades que este “mundo” oferece – ou mesmo obriga em certas ocasiões. Não se sentir identificado com os estudantes do mesmo curso ou da mesma moradia, não gostar das festas e dos valores que elas empregam para que o estudante se

divirta, não se sentir capaz de desenvolver um trabalho acadêmico com a qualidade que se gostaria, enfim, todas as modalidades a que estes estudantes recorrem para expor seu *sofrimento psicológico*, em algum momento, fazem transparecer certa **resistência** ao regime de sociabilidade que a “vida universitária” requer. Resistência essa que oscila entre um moralismo arraigado pelas formas primárias de socialização – anteriores à “vida universitária” – e um relativismo extremo que não vislumbra neste regime de relações nada além de certas hipocrisias úteis à docilização destes indivíduos aos “mundos” que os aguardam fora da universidade.

Os sentimentos de “solidão” e “deslocamento” destes estudantes estabelecem laços de aproximação favorecendo a horizontalização dos discursos, experiências e valores (e estes, às vezes, muito distantes de serem os mesmos dentre os “colaboradores”). A experiência do Grupo, ao mesmo tempo em que promove um corte transversal sobre os diferentes planos que compõem as vivências subjetivas da “vida universitária”, permite a esses estudantes objetivar certo posicionamento político de suas individualidades: gostos, preferências, anseios, valores, enfim, todos aqueles elementos que poderão traçar as suas próprias fronteiras de “normalização” (cf. CANGUILHEM, 1978). No que concerne ao plano da “saúde mental”, o compartilhamento de experiências frustrantes em relação à coletividade de referência, favorece uma forma de “ativismo privado” que coloca estes sujeitos às voltas com um processo de “fabricação” de seus próprios parâmetros de “normalidade”. Entretanto, essa “fabricação” recolhe novos sentidos relacionados às suas experiências através de uma relativização empreendida pelo Grupo. Faz também com que, através do compartilhamento dessas experiências, novos significados possam ser produzidos para a revalorização da “vida universitária” e do *sofrimento psicológico*. Por isso a necessidade de envolver todos no enfrentamento dos “problemas” de cada um, ressaltando quais são os *repertórios* disponíveis para cada individualização sem tomá-los numa escala de valores de maior ou menor eficácia e/ou prestígio, mesmo quando se tratar das opiniões e recomendações das terapeutas.

Contudo, o espaço de vivência dentro do Grupo é limitado para empreender todos esses aprendizados necessários à “sensação de bem-estar” do estudante. Por isso, incentiva-se que os estudantes possam se ajudar mutuamente nas questões cotidianas e que os desdobramentos desta experiência possam ser trazidos ao Grupo no intuito de reforçar as consequências positivas de suas ações. A transposição dos laços constituídos “dentro” do Grupo para o “mundo lá fora” era previsto e estimulado pelo Contrato. Isso pôde se tornar mais evidente através da colaboração de Luana para com Simone no G1 e também pelo mútuo apoio trocado entre Maurício e Alexandre no G4 (ver Anexo G).

Tomo este último caso como exemplo. Alexandre já havia passado por um longo período de dificuldades acadêmicas e institucionais, principalmente no que dizia respeito aos relacionamentos interpessoais com os professores deste Departamento. Acostumado com aquilo que Alexandre chamava de “implicância”¹¹⁶, atitude comum aos professores de seu Departamento, e à falta de apoio destes no desenvolvimento de seu crescimento intelectual, este estudante teve interferência direta na validação das intenções de pesquisa de Maurício. Este, por sua vez, sentia que seu projeto de pesquisa poderia ser alvo de ferozes críticas dos arguidores, já que o próprio orientador era absolutamente indiferente ao que ele fazia. Além de estimulá-lo a continuar com seu projeto de pesquisa, Alexandre o ajudou a elaborar mecanismos de apresentação que ressaltassem as qualidades do trabalho, bem como apontou outros caminhos ainda não percorridos, preparando-o para desenvolvimentos futuros numa eventual pós-graduação. É necessário ressaltar que Maurício vivia um período extremamente conturbado nas suas relações familiares: com a mãe doente e com o pai se indispondo a continuar a ajudá-lo financeiramente, Maurício havia se apegado com todas as forças naquilo que ele “realmente podia fazer”; isto é, mergulhar com afinco nas suas atividades acadêmicas para que de alguma forma pudesse vislumbrar um futuro profissional que lhe propiciasse sua independência. Sendo sua pesquisa a única coisa que estava ao seu alcance imediato para projetar algum futuro (seguir na vida acadêmica, com possibilidades de independência financeira através de bolsas de fomento), ele sem dúvida temia que suas expectativas fossem frustradas pelas críticas daqueles mesmos professores que tinham o poder de decisão e de julgamento sobre sua carreira. Portanto, não é sem motivo que Maurício se sentia totalmente “inseguro” e “solitário” em sua busca.

Novamente, numa outra ocasião em favor de Maurício o Grupo se organizou para ajudá-lo a conquistar uma fonte de renda suplementar. A necessidade de “ter que trabalhar” fazia com que Maurício temesse “ter que abandonar” a carreira acadêmica aspirada. Nesse momento, sensibilizado pela situação a qual eu mesmo vivenciara na época de minha graduação procurei demonstrar a ele que um caminho mais longo por conta das necessidades momentâneas não implicava necessariamente no abandono de seus *projetos de vida*. Encarar este desafio poderia agregar às suas experiências de vida maiores possibilidades de um sucesso profissional futuro, ou, melhor dizendo no vocabulário nativo, mais *repertórios*.

¹¹⁶“Implicância”, para Alexandre, era um sentimento de hostilidade percebido como decorrente de uma perseguição gratuita, e sem motivos aparentes, destes professores para com alguns alunos. A “implicância” é, portanto, entendida como uma aversão espontânea que se revela através represálias, explícitas ou não, que estes professores empregam sobre os empreendimentos acadêmicos dos alunos antipatizados.

Lembro-me claramente que no momento em que me dispus a falar e contar um pouco de minha experiência, a Psicóloga que coordenava a reunião me olhou com um sorriso largo dizendo: “*O Victor já teve que elaborar um repertório para dar conta disso também*”. Naquele momento, só pude anotar de relance uma frase solta em meu caderno de campo, enquanto tentava dar continuidade a minha conversa com Maurício: “*repertório → enfrentamento do problema*”. Ainda não dispunha da clareza necessária às especificidades do acionamento desta noção nativa. Mas ao longo das experimentações coletivas de sucessos e insucessos fui percebendo que o tal *repertório* articulava uma estratégia de subjetivação que incorporava as experiências recriadas e revividas no Grupo. A tática utilizada era fazer sobressair os *recursos* que cada um desses usuários dispunha¹¹⁷ e articulá-los como talentos necessários à elaboração de *repertórios* que o(a) fizesse “enfrentar o problema”.

A partir do momento em que me coloquei disponível a abrir um diálogo sobre minhas próprias vivências passei ser tratado efetivamente como um interlocutor importante para estes estudantes. Em praticamente todos os encontros dos quais participei, senti-me impelido a colaborar com meus *repertórios* junto ao Grupo, tanto por meio de minhas experiências como um universitário “mais maduro”, como nas possíveis relativizações das experiências de sofrimento como antropólogo.

A questão da elaboração de *repertórios* remete aparentemente ao outro lado da moeda das táticas terapêuticas empreendidas pelo GTJU: se a prospecção dos *recursos* se aproxima de uma metodologia que tangencia um vago exercício psicanalítico da relação usuário-terapeuta, a construção dos *repertórios* recai no que eu arriscaria chamar de lado “comportamental” do seu hibridismo transdisciplinar. A pergunta que emerge dentre todas as vivências em Grupo é como estes dois momentos podem ser pensados como etapas necessárias à ascensão da “saúde mental”, “psicológica” e “social” destes indivíduos. O desenvolvimento de “habilidades psicológicas” de enfrentamento e superação das dificuldades que surgem pelo lado de “fora”, mas que se sentem “dentro de si”, parece ser a condição necessária para que o estudante se sinta “saudável”¹¹⁸. “Saúde” esta que só se “externaliza” na mesma medida em que ela puder ser sentida “internamente”. É necessário, portanto, que o “psicológico” esteja preparado para fazer essa transição “de dentro para fora”. Este movimento de transição é que consegue sobrepor “vida universitária” e *sofrimento*

¹¹⁷ Estes *recursos* eram os mais variados possíveis: talentos manuais, musicais, retóricos, disciplina para realizar tarefas, boa organização, boa memória, disposição em aprender coisas novas, franqueza, afetuosidade, coragem para assumir e tentar solucionar os “problemas” da família, da *república*, sensibilidade ao compreender e identificar os “problemas” alheios, etc.

¹¹⁸ Lembrando que a “saúde” está sobreposta à “sensação de bem-estar”, ou seja, veicula parâmetros subjetivos para seu agenciamento.

psicológico num sistema de homologias: uma vida cuja experiência se produz “dentro” da universidade, mas que quer, obstinadamente, se projetar para os “mundos” afora; uma “saúde” que valoriza a “autonomia do sujeito”, mas que não prescinde de aprender por meio de quais critérios coletivos é possível “promovê-la”, “fabricá-la”.

Diante desta convergência, os esforços terapêuticos do GTJU se voltam para aquilo que institucionalmente¹¹⁹ pode ser pensado como o fortalecimento das possibilidades deste estudante sentir-se “habilitado socialmente”. Se a experiência de *sofrimento psicológico* evoca uma “sensação de inabilidade” para com as contingências e “problemas mundanos”, é desejável que a terapêutica possa ensinar a estes estudantes a se colocarem nestes “mundos” de modo “adequado”, pois senão, ao fim de tudo, o prejuízo desta resistência pode rebater na própria “saúde” destes sujeitos.

Para aprofundarmos o significado desta proposição faz-se preciso recorrer à definição do que seja “*reabilitação psicossocial*”, fim último das intervenções em “saúde mental”. Entretanto a proposição do que consiste a ideia de “*reabilitação psicossocial*” se encontra num outro âmbito que chamei de “macrossociológico”. A ideia de “macro” aqui se refere à amplitude que suas premissas pretendem alcançar, pois que elas são transversais a vários contextos sociológicos diferentes, reunindo todo tipo de particularidades sob a tutela de uma forma geral. Vejamos, por exemplo, a definição de “*reabilitação psicossocial*” pela Organização Pan-Americana de Saúde:

... consiste no conjunto de esforços e programas que utilizem o potencial máximo de crescimento pessoal de um indivíduo a fim de ajudá-lo a superar ou diminuir as desvantagens ou incapacidades nos principais aspectos de sua vida diária. O mais importante objetivo consiste na reaprendizagem das atividades da vida cotidiana, na obtenção e conservação de um ambiente de vida satisfatória, na participação de atividades de trabalho significativas e no desenvolvimento de atividades sociais e culturais. (Organização Pan-Americana de Saúde, MIMEO).

Segundo Duarte (1994), a ideia de “psicossocial” vem ganhando força por fazer confluir, sob a noção de experiência, um dualismo “corpo/mente” que se revelara insuficiente para açambarcar as inúmeras concepções de “saúde” e de perturbações físico-morais. A Biomedicina que pretendeu assumir o monopólio das experiências de perturbação resumindo-as à ideia de “doença” foi descredenciada de suas abjunções fisicalistas na mesma medida em que se avançaram as definições de “saúde”, incluindo sob sua demarcação muito mais do que a mera ausência de “doença”. Superando a divisão técnica apregoada pelos

¹¹⁹ Vide as premissas da USE no capítulo II.

saberes biomédicos, a “saúde mental” revelou que era necessário ir além das investidas taumaturgicas da medicalização na produção deste estado. De forma que uma “saúde vulnerável” não é só aquela que representa um risco de morte, mas também aquela que impossibilita o usufruto de uma “vida satisfatória”. Diante deste panorama o termo “psicossocial”, indispensável nos dias de hoje quando se fala em “saúde”, traz junto consigo duas dimensões inseparáveis: uma que remete ao plano da subjetividade e que diz respeito à vida que quer “se realizar”; outra que remete à objetividade das condições físico-morais necessárias ao usufruto desta vida de maneira “satisfatória”. Portanto, uma “saúde mental” que se apresenta nestes termos está atravessada em todos os níveis por uma “psicossociabilidade” através da qual se busca muito mais do que um maior grau de credibilidade às intervenções terapêuticas; seu intuito declarado passa a ser a “habilitação” ou “reabilitação” de algumas construções de Pessoa.

Observa-se que, depois de transcorrida muita tinta nesta etnografia, as práticas terapêuticas (táticas) nunca perderam essas premissas de vista. Tomando-as como baliza dos movimentos empreendidos pelo GTJU cabe-me, agora, a título de algumas conclusões, questionar: quais as funções terapêuticas do aprendizado em grupo? Quais valores são incentivados a subjetivarem-se enquanto aprendizados para a vida desses estudantes? Que tipo de discurso fornece subsídio às práticas do GTJU? Pretendo indicar no capítulo seguinte alguns destes critérios nativos presentes nos discursos que chamo de “técnico-institucionais”. Tanto aqueles que remetem às esferas pedagógicas, como o *“protagonismo juvenil”*, quanto aqueles mais estreitamente vinculados às intervenções em “saúde”, como o das *“vulnerabilidades juvenis”*, são discursos que incidem sobre a construção da Pessoa jovem e que apregoam como principal qualidade necessária à “realização pessoal” a conformação destes jovens em “sujeitos habilidosos socialmente”. As balizas postas por estes discursos servirão à definição do que seja um “sujeito jovem saudável mental e socialmente”. Levando-as em conta, procurarei estender como alguns desses parâmetros se fazem presentes na “vida universitária” e nas expectativas projetadas através dela.

CAPÍTULO V

REGIMES DE DISCURSO E DISCURSOS DO REGIME:

Comentários sobre as juventudes e a Saúde Mental

... o comentário não tem outro papel, sejam quais forem as técnicas empregadas, senão o de dizer *enfim* o que estava articulado silenciosamente no *texto primeiro*. Deve, conforme um paradoxo que ele desloca sempre, mas ao qual não escapa nunca, dizer pela primeira vez aquilo que, entretanto, já havia sido dito e repetir incansavelmente aquilo que, no entanto, não havia jamais sido dito. (...) O comentário conjura o acaso do discurso fazendo-lhe sua parte: permite-lhe dizer algo além do texto mesmo, mas com a condição de que o texto mesmo seja dito e de certo modo realizado. (FOUCAULT, 2004 [1970]:10-11).

1.) As ressonâncias dos discursos governamentais sobre a juventude

Projeto de Extensão: “Grupo Terapêutico: Juventude Universitária” (ANEXO B)

Resumo:

O Programa de Saúde Mental da USE/UFSCar atento aos números significativos de inscrições de universitários para atendimento nesse programa, propõe a realização de grupos terapêuticos com tal clientela, coordenados por psicóloga e terapeuta ocupacional. Será utilizada a metodologia participativa (dinâmicas, reflexões e discussões), com uso de recursos variados (música, filmes, textos). Espera-se favorecer o empoderamento da juventude atendida por essa ação, estimular o protagonismo juvenil, contribuir para a construção de projetos de vida saudável, diminuir os índices de vulnerabilidade, ao oferecer ao jovem elementos para que se torne o principal responsável por sua história.

Apresentação e justificativas:

Sabendo-se que o universitário é considerado com o grau de vulnerabilidade acrescida, e tendo em vista os números elevados de inscrições espontâneas, no controle de vagas do Programa de Saúde Mental – USE/UFSCar, de alunos dos cursos de graduação, a equipe desse Programa, atentos em favorecer espaços terapêuticos de escuta para essa população, propõe grupos terapêuticos semanais com universitários.

Após transcorrer todo o percurso etnográfico em seu sentido mais estrito, isto é, tratando de lidar com pessoas (profissionais e estudantes) e instituições (suas tecnologias e aparatos burocráticos), este capítulo pretende investir sobre o discurso que orienta algumas das práticas observadas no GTJU. Contudo, é necessário entendermos quais são os valores que estes discursos aplicam à constituição do que seja um “jovem saudável e inserido na sociedade”; valores apregoados por diversas agências internacionais, instituições governamentais e por alguns saberes “técnico-científicos” (psicologias, pedagogias e até sociologias). De acordo com essas expectativas, apontarei como elas incidem especificamente sobre a juventude universitária.

Dentre esses discursos institucionais e “técnico-científicos”, uma das expectativas comuns mais fomentadas é a de que o jovem se constitua, impreterivelmente, num “agente de transformação”, num “ator”, num “sujeito atuante e inserido”, ou ainda, condensando essas ideias, num “cidadão” (cf. CNPD, 1998; UNESCO, 2004; PNJ, 2004; BRASIL, 2008). Diante dessa conjuntura ideológica, se espera que o jovem participe como “protagonista” na formulação das políticas e das ações que incidem sobre seus interesses (cf. UNESCO, 2004). E daí que advém a mudança de paradigma nas políticas públicas que incidem sobre os jovens. A UNESCO (2004) propõe que a eficácia das ações neste âmbito

esteja relacionada diretamente à participação dos jovens desde o momento da concepção até o planejamento e execução destas políticas. É com este intuito que surge a ideia de *Políticas Públicas de/para/com Juventudes*:

O “*de/para/com*” quer fazer refletir um modelo de ação política endógeno às juventudes: *O caráter de políticas integradas e transversais, defendidas neste documento, pede uma instância de coordenação em nível nacional central, também com o objetivo de garantir a participação e a representação dos jovens, nas diversas áreas que os tenham como beneficiários. Tais reflexões embasam a consideração de que políticas de juventudes compreendem de fato políticas de/para/com juventudes: - de: uma geração diversificada segundo sua inscrição racial, gênero e classe social, que deve ser considerada na formatação de políticas; - para: os jovens considerando o papel do Estado de garantir o lugar e bem-estar na alocação de recursos; - com: considerando a importância de articulações entre instituições, o lugar de adultos, dos jovens, a interação simétrica desses atores, e o investimento nos jovens para a sua formação e exercício do fazer política. Nesse documento, se entende política de juventudes como políticas de/para/com juventudes, recorrendo aos termos de forma intercambiável.* (UNESCO, 2004:20. Destaque dos organizadores).

Buscando reconfigurar as políticas governamentais do Estado brasileiro no tocante a esta temática, as diretrizes apontadas pela UNESCO (2004) foram incorporadas ao Plano Nacional da Juventude com o objetivo de dar a essas questões a força de um direito garantido por lei (BRASIL, 2004, PL 4530/04). Uma das demandas identificadas através das pesquisas patrocinadas pela UNESCO aponta na direção da “*emancipação*” do jovem brasileiro (e sul-americano em geral) pela via do fortalecimento das políticas de formação profissional. Em sintonia com este apontamento, o Plano Nacional de Juventude (PNJ) define com uma de suas principais propostas:

Definir política de qualificação profissional, garantindo a formação socioeducativa com ênfase em: formação específica, conceito de cidadania, reconhecimento das potencialidades pessoais, culturais e artísticas e estímulo ao protagonismo juvenil. (BRASIL, PNJ, 2004:11. Meus destaques).

Tomando o sujeito jovem como detentor de potencialidades dignas de serem desenvolvidas por meio de uma formação socioeducativa, esse discurso institucional reconhece na universidade um dos momentos e espaços privilegiados para se angariar as “*habilidades*” necessárias à construção desse sujeito, que deve atuar como profissional e como “*cidadão*” engajado nos “*mundos*” que o envolvem. Neste sentido, para as diretrizes

institucionais que orientam os saberes e as práticas acerca das juventudes, é fundamental que estes jovens assumam seu papel estratégico na sociedade. A principal ideia no campo das políticas públicas, principalmente se tratando das áreas de saúde e educação, é estimular este jovem a se tornar um “ator social”. Não é sem propósito, portanto, que a bandeira do “*protagonismo juvenil*” tem sido hasteada como o grande símbolo dessa premente configuração político-ideológica. A tônica deste discurso pede aos jovens uma participação efetiva no direcionamento das demandas que os afligem.

Ser reconhecido como ator social estratégico implica a integração social, a participação, a capacitação e a transferência de poder para os jovens como indivíduos e para as organizações juvenis, de modo que tenham a oportunidade de tomar decisões que afetem as vidas e o seu bem-estar. Significa passar das tradicionais políticas destinadas à juventude, isto é, políticas concebidas pelos governos direcionadas ao jovem, para as políticas concebidas e elaboradas com a participação direta ou indireta dos jovens, por meio de estruturas jurídicas reconhecidas pelo Poder Público, como conselhos e coordenadorias da juventude... (BRASIL, PNJ, 2004:22).

Da participação ativa na formulação de políticas públicas à superação de um momento de transição encarado sob a égide do sofrimento, o salto parece ser enorme. No entanto a dimensão da “ação”, do “fazer” e do “exercício” está onipresente em todos os discursos com os quais essa etnografia se deparou. Desde os próprios estudantes que identificavam nessas noções um critério de uma “normalidade saudável” até os profissionais que viam no “fazer terapia” em seu sentido literal, um exercício simulado, mas muito real, do construir-se enquanto sujeito.

Esta mudança de paradigma para se pensar as intervenções que incidem sobre a juventude acompanha historicamente o debate promovido pelos adeptos da Reforma Psiquiátrica (cf. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) sobre as concepções de sujeito, “saúde” e ética do tratamento dado àqueles que necessitam de atendimento no âmbito da Saúde Mental. Em ambos os casos esta mudança de pensamento vem marcar a diferença entre uma intervenção que tutela e outra que “promove”, favorecendo esta última através da valorização do sujeito e de suas experiências. Em um texto quase que contemporâneo ao lançamento do livro que marcou a aparição do conceito de “*protagonismo Juvenil*” como novo paradigma de compreensão sobre os jovens¹²⁰, Paulo Amarante e Eduardo Henrique Guimarães Torre (2001) tornam explícitas as necessárias mudanças na maneira de se tratar o

¹²⁰ “Protagonismo Juvenil – adolescência, educação e participação democrática” de Antonio Carlos Gomes da Costa e Maria Adenil Vieira, 2000, vide Bibliografia Específica.

sujeito no campo da Saúde Mental. De acordo com o texto “Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da Saúde Mental”, os autores trazem à tona a necessidade da superação definitiva da condição de “sujeitado” em que é colocada a pessoa que requer tratamento para seu “sofrimento psíquico”.

O trajeto que compreende da saída da condição de sujeito, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo, passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação dos focos de cidadania. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito. (AMARANTE; TORRE, 2001:81).

A questão do “como” esta “cidadania” aparece no contexto do *sofrimento psicológico* entre os universitários ficaria obscura se me ativesse apenas aos discursos observados *in loco* pela pesquisa de campo. A busca pelo que dizem e pensam os formuladores das diretrizes sobre a Saúde Mental e sobre as juventudes parece indicar algumas prevalências no nível dos conceitos nativos tratados por esta etnografia. Seja no campo da Saúde Pública, seja no campo das juventudes, ideias como “bem-estar” e “cidadania” propõem uma configuração ideológica que valoriza a experiência singular de cada indivíduo como foco de incitação à “autonomia”. Esta última noção atua como valor no âmbito de quase todas as políticas públicas atuais e está onipresente quando se trata de intervir e orientar uma política de formação para os jovens. Para os profissionais que se situam na intersecção destes temas (“saúde” e “juventude”), é à medida que se vincula um conjunto de experiências a uma pessoa, que se pode reconhecê-la como sujeito de uma determinada realidade. Note-se uma peculiaridade importante: experiências tomadas em si mesmas podem ser semelhantes para diversos sujeitos. No entanto, é o conjunto das experiências e dos sentimentos a elas associados que ganham ares de singularidade; se se leva em conta os sentimentos pessoais que certa trajetória analisa sob o prisma de uma experiência de vida, há um nítido esforço em marcar ora a diferenciação, ora a identificação do sujeito com as qualidades (ou ausência destas) que sua condição implica.

Mas o que isso quer dizer? Quer dizer que o caminho a ser escolhido para equilibrar a equação do *sofrimento psicológico* e da “saúde mental” valorizará a singularidade do conjunto de experiências do sujeito num movimento ininterrupto que ora apela à identificação (em relação aos modelos mais genéricos de juventudes, “saúde” ou “cidadania”),

ora faz sobressair a realidade ímpar da condição deste sujeito (como um estudante de Matemática que passa por sérias dificuldades financeiras e tem um pai indiferente, uma mãe com câncer, um orientador relapso, e uma trajetória de exclusão nos meios sociais em que conviveu).

Desta maneira os profissionais que se vêem na posição de equacionar este movimento aparentemente paradoxal assumem um papel inequívoco de “constantes aprendizes”¹²¹, abrindo-se às novas experimentações disciplinares. As experiências do sujeito devem, portanto, servir à construção de espaços de intersecção nos quais os saberes e práticas possam intrometer-se e, assim, recriarem-se a todo instante, seja aprendendo com as experiências, seja experimentando novas formas de aprendizado. Se é cada vez mais evidente o caráter experimental das táticas mobilizadas para tratar os jovens, não é menos notório que a dimensão do aprendizado esteja posta para todos os atores envolvidos nesta questão.

O novo enfoque de atenção integral constitui um modelo dinâmico que comporta uma transformação contínua, na medida em que se pauta nas necessidades globais de atendimento da população alvo. O desafio agora é aprimorar um modelo qualificado para alcançar outro mais eficaz, que amplie a participação dos adolescentes na gestão, avaliação e reconstrução dos serviços. A mudança a ser efetuada no novo modelo deve corresponder a uma determinada atitude frente a opções a serem priorizadas com respeito à saúde/bem estar do adolescente [e jovens em geral]. Trata-se, então, de incentivar o sujeito a fazer suas próprias escolhas, propiciando um espaço reflexivo para um encontro harmônico entre as diversas alternativas de conhecimento, para que as condutas sejam fruto de um novo saber. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008:24)

Uma das coincidências passíveis de observação nos discursos sobre os novos paradigmas de “saúde” e sobre os novos modelos de intervenção *de/para/com juventudes* (cf. UNESCO, 2004) é a tentativa de valorizar essas experimentações do sujeito e de incorporar suas histórias de vida como parte das ferramentas de trabalho destes profissionais. Isto é, os sujeitos precisam tomar parte ativa nas suas demandas “colaborando” com os profissionais que os tratam. Profissionais, jovens e formuladores de políticas públicas são chamados a refletirem de maneira ininterrupta sobre como “favorecer” ou “promover” a construção de uma juventude “saudável” aos próprios jovens, mas, não menos, à sociedade, comunidades e coletivos dos quais eles participam.

A construção desse discurso associado a ações programáticas demonstra que as juventudes estão “sujeitas” a um projeto moral de sujeito que poderíamos chamar de

¹²¹ Palavras da Terapeuta Ocupacional do GTJU.

“cidadanização compulsória” (cf. DUARTE, 1993). Os valores positivados não só em relação às juventudes, mas a todos que se pretendam “sujeitos de fato e de direito”, isto é, “cidadãos” são solidários a um modelo de democracia participativa no qual todos os indivíduos **devem** ser em alguma medida agentes de sua realidade. Aparentemente, ao co-responsabilizar todos os “cidadãos” se desmonta a noção de senso comum do Estado como uma instituição soberana, no sentido foucaultiano da expressão. Um poder que se exercia de fora, que existia para além e *a priori* dos indivíduos, passa a distribuir, delegar e responsabilizar aqueles que antes eram mero objeto de intervenção e administração.

Vale a proposta de se repensar os papéis dos indivíduos dentro do organismo social, para que cada um se responsabilize por sua própria saúde e pela saúde da coletividade, evitando agravos desnecessários, oriundos de condutas de risco. Quanto ao programa de saúde dos adolescentes e jovens, deve dar início à abertura democrática dos serviços para uma real participação juvenil, com o objetivo de reverter o quadro epidemiológico que está posto. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008:25).

Atualmente, modos de inclusão ativa e de cogestão da sociedade dão a nova tônica do que se é idealizado no âmbito das reformas administrativas do Estado e de suas políticas sociais. Esta maior plasticidade das formas de se governar abertas às interferências daqueles sobre os quais se intervém, revela também uma maior penetração dos discursos moralizantes e “fabricadores” deste sujeito. Este, por fim, é obrigado a se pensar “autônomo”, mas, ao mesmo tempo, tem de se mostrar “dócil” (cf. FOUCAULT, 2007) para com as estratégias inclusivas desse Estado que o recorta de acordo com algumas de suas características identitárias.

Este tipo de discurso tem adentrado com força no campo da Saúde Pública e, com muita veemência, no campo da Saúde Mental. Ao invés de se atribuir um poder normatizador e disciplinador de condutas, a ideia de “saúde mental” é oferecer aos sujeitos formas de “modularem” suas experiências conforme as situações com as quais eles se deparam. Na verdade, o que vem acontecendo é que estes profissionais estão gradativamente reconhecendo que suas intervenções não podem se restringir ao movimento que desloca o sujeito da “doença” para “saúde”, visto que estas duas categorias, se tomadas de acordo com as conceituações biomédicas (representadas na figura da Psiquiatria), comprimem a experiência de sofrimento em limites muito estreitos comprometendo a própria eficácia terapêutica.

Transportando esta maneira de abordar o sujeito e a experiência para o campo das juventudes, encontra-se um terreno extremamente favorável à incorporação dessas novas formas de intervenção através do respaldo propiciado pelo discurso do “*protagonismo juvenil*”. De acordo com essa maneira de abordar os jovens é possível perceber uma mudança cabal no modo como os saberes institucionais incidem sobre este grupo de pessoas. Ao reconhecer uma historicidade própria à validação de cada trajetória jovem, abre-se um caminho para aproximar metodologias antes separadas por questões, sobretudo, epistemológicas. Portanto, é necessário que estes profissionais estejam sempre atentos ao que cada conjunto de experiências evoca para estes sujeitos sem procurar enquadrá-los em tipologias pré-dispostas. A ideia passa a ser a construção conjunta de instrumentos reflexivos sobre as experiências de profissionais, usuários e comunidade, e não mais a disciplinarização individual das condutas.

No modelo de atenção integral o objetivo é ampliar a possibilidade de atuação do profissional, tendo como preocupação não só a singularidade do sujeito, mas também a organização dos serviços. Com isto transforma-se o espaço antes considerado como o “lugar, por excelência, do profissional” – um lugar de poder – em outro em que se busca uma interação maior dos profissionais com a população assistida. Esta política de atuação significou uma mudança com respeito ao modo de como se dava, até então, a relação profissional usuário. Em vez de considerar que o adolescente deveria pautar sua conduta segundo um modelo pré-estabelecido, o profissional passou a considerar o meio ambiente como um fator de importância capital na compreensão da problemática do adolescente. A dimensão ética que esta estratégia envolveu diz respeito ao fato de considerar, na relação, o adolescente como um sujeito e não mais como mero objeto de investigação. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008:24).

Transformar todos os usuários do campo da Saúde Pública em sujeitos é o que se chama, atualmente, de “promoção da saúde”: “*Internacionalmente, intitula-se promoção de saúde as intervenções que permitem ao jovem adquirir competência e segurança na autogestão de sua vida*”. (Idem:35). Não é outra a intenção das terapeutas do GTJU, quando se enuncia a ideia de *protagonismo*, senão mobilizar o estudante universitário a tomar parte no seu processo de superação do *sofrimento psicológico* e, não obstante, a de fornecer o conhecimento necessário ao Grupo para se construir uma estratégia de enfrentamento disponível a todos os seus integrantes. Todos eles “colaboram” neste sentido, construindo *repertórios* que virão a ser parte integrante do conjunto de “habilidades” e “competências” desses sujeitos. Chama a atenção que o dossiê sobre a questão da “saúde juvenil” encomendado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Departamento de Ações

Programáticas e Estratégicas do governo brasileiro se intitule: “Saúde do adolescente: competências e habilidades”. Neste documento a ideia do *protagonismo juvenil* se apresenta como a pedra de toque para a implementação de novas políticas de “promoção à saúde” do jovem:

É neste contexto que o protagonismo juvenil emerge como alternativa válida e eficaz para permitir que o jovem vivencie e incorpore valores que se originam no grupo, e que darão as bases para a mudança de comportamento. Assim, a proposta deste tipo de protagonismo parte do pressuposto de que os jovens podem ultrapassar os limites de seu entorno pessoal e familiar, influenciando na vida comunitária e social. Esta seria uma forma de adolescentes e jovens gerarem mudanças decisivas na realidade social, ambiental, cultural e política. Para que isto aconteça é preciso o envolvimento em processos de discussão, decisão, planejamento e execução de ações, visando à solução de problemas, desenvolvimento do seu potencial criativo e sua força transformadora. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008:39).

Diante deste cenário, passo agora a apresentar como a Saúde Pública e a Saúde Coletiva pensam a ideia de *vulnerabilidade* e como ela pode ser aplicada ao contexto do *sofrimento psicológico* entre os estudantes universitários. Em seguida e a título de conclusão, com vistas em reunir o que foi explorado por esta etnografia, exponho o panorama daquilo que é valorizado pelos enunciados do *protagonismo juvenil* e como alguns destes valores são caudatários de expectativas político-ideológicas. Minha intenção com isso é demonstrar como os jovens universitários são especialmente “vulneráveis” a estes valores. Assim, poderei apontar algumas conexões entre estes discursos e a relação com as formas de sofrimento experimentadas pelos estudantes universitários que se veem afetados por estas expectativas diante da possibilidade de não realização de seus *projetos de vida*.

2.) *Vulnerabilidade e juventude: o que os universitários têm a ver com isso?*

Historicamente, o conceito de “*vulnerabilidade*” ganhou força através de políticas públicas direcionadas à contenção do aumento do número de infecções pelo HIV, principalmente na faixa etária entendida como juventude (15 a 29 anos, segundo os critérios da UNESCO, 2004). Este fenômeno foi bastante alardeado por volta do final da década de 80 e início da década de 90. A intenção era superar as limitações identificadas nas políticas de prevenção anteriores, as quais se pautavam na ideia de “fator/grupo/comportamento de risco”.

A nomeação de alguns estilos de vida como potencialmente perigosos trouxe consigo algumas consequências nefastas que não se restringiram às pessoas que compartilhavam de alguns *ethos*¹²² criminalizados pelas características de contágio do HIV, mas também às pessoas que não se enquadravam nestes “grupos de risco”. Durante muito tempo a AIDS foi vista não só como uma fatalidade mas também como resultado exclusivo (e não somente principal) de “comportamentos inadequados”. A AIDS esteve frequentemente associada a indivíduos discriminados pelas suas condutas, principalmente usuários de drogas injetáveis e homossexuais. Isso fazia com que pessoas que não se enquadrassem nos tais “grupos de risco” fossem mais negligentes com relação à prevenção de seu contágio. Em consequência disso, detectou-se um sensível aumento de pessoas infectadas pelo HIV que não se encaixavam no perfil de tais “grupos”. Verificou-se, então, a necessidade de se mudar o discurso profilático (cf. VALLE, 2002). A “*vulnerabilidade*” vem empreender essa mudança no âmbito da “promoção da saúde”. Ao invés de se atribuir a determinados “grupos” a culpa por sua condição “doente” este conceito põe em questão a responsabilização individual pela adoção de comportamentos “mais seguros”.

Pensada desta forma, a noção de “*vulnerabilidade juvenil*” traz consigo a ideia de que, para uma efetiva prevenção de “problemas” futuros, sejam eles de ordem epidemiológica, educacional ou política, é necessária a co-responsabilização dos atores envolvidos, conscientizando-os não só dos benefícios mas, principalmente, do ônus que determinados comportamentos podem acarretar. Essa mudança de foco originária das políticas de prevenção ao HIV trouxe resultados mais eficazes para os profissionais que buscavam intervir nos comportamentos sexuais dos jovens, principalmente porque tornou explícito a eles que o papel dos profissionais da saúde era apenas de “auxílio” e “apoio”. Cabia, portanto, ao sujeito, de posse dos conhecimentos e das informações necessárias, “responsabilizar-se” pelas atitudes concernentes à sua “saúde”. Para exemplificar essa mudança de paradigma, os autores do texto “Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS” (cf. AYRES et al, 1999), propõem o seguinte quadro de contrastes:

Ação / Agentes	Redução de “Risco”	Redução de “Vulnerabilidades”
<i>Finalidade</i>	Alertar	Capacitar
<i>Alvo</i>	Indivíduos expostos	Populações Suscetíveis

¹²² *Ethos* (como sugere FIGUEIRA, 1985:7-13) diz respeito a um código de comportamentos e sentimentos associado aos valores que determinado grupo de indivíduos compactua. Estes valores, por sua vez, ganham sentido quando organizados por um sistema simbólico cujas relações são dadas dentro de uma estrutura lógica de pensamento: o *eidós*.

<i>Processo Educativo</i>	Modelador	Construtivista
<i>Informação</i>	Transmitir	Compartilhar
<i>Base Institucional</i>	Saúde	Intersetorial
<i>Agentes Privilegiados</i>	Técnicos	Pares
<i>Efeito Esperado</i>	Mudança de Comportamento	Transformação de contextos e relações

Nota-se a partir do quadro acima que o sucesso da “*vulnerabilidade*” nas políticas públicas direcionadas às juventudes não é balizada apenas pela capacidade de sujeição daqueles a quem se pretende atingir; é necessário que haja (pelo menos segundo os autores do texto supracitado) uma “resposta social”, um *feedback* positivo em relação às intenções do modelo de “saúde” que se deseja ver em funcionamento. O papel do profissional de saúde é, então, “auxiliar” o jovem na construção dessas respostas. A ideia de “tutoria” perde terreno para o “interlocutor capacitado”, ou mais bem informado. Assim, estes profissionais atuariam no sentido de: - transmitir informações atualizadas por meio de uma comunicação acessível com a finalidade pré-determinada de se construir um sentido consensual para a “saúde”; - de possibilitar alguma reflexão de noções culturalmente impregnadas, no sentido de uma elaboração participativa de valores que interfiram na compreensão do que seja uma “vida saudável”; - e, por fim, viabilizar métodos práticos para concretização desses “novos conteúdos” (cf. AYRES et al, 1999). Assim como se percebe que os profissionais – pelo menos no nível do discurso – se propõem a relativizar seus conhecimentos frente às situações bastante comuns que envolvem diferenças conceituais sobre as ideias de “saúde/doença”, é também requisitado aos usuários que eles tomem um papel de efetiva “colaboração” para com esses profissionais “responsabilizando-se” por suas condutas. Mais uma vez observa-se o surgimento da “pró-atividade” como fator decisivo da conexão entre “saúde” e “cidadania”. De maneira mais precisa, isso quer dizer que o discurso da “*vulnerabilidade*” permite uma ligação transversal entre os discursos da Saúde Pública e os da participação juvenil.

As táticas do GTJU se encontram nesses discursos. Tributária de uma concepção interdisciplinar sobre o fenômeno do sofrimento e, ainda, buscando uma intervenção transdisciplinar concertada entre os saberes constitutivos desse campo, sua proposta terapêutica advoga em prol de um engajamento coletivo e irrestrito no exercício de compreender as particularidades de cada sofrimento. E isto se dá em todos os níveis: teóricos, metodológicos, epistemológicos, políticos, culturais, mas principalmente subjetivos. Por isso, a figura dos “colaboradores” é absolutamente necessária. Todos, supostamente, têm uma

vivência singular das experiências que ali se compartilham. Ao serem compartilhadas essas experiências irão se somar ao *background* do Grupo na forma de *repertórios*. Assim, cada “colaborador” poderá acessá-los e colocá-los em favor de “*recursos pessoais*”.

Se a dimensão subjetiva, na forma de experiência, é a fonte do conhecimento disponível, é ela quem sairá beneficiada dos investimentos terapêuticos do Grupo. “Colaborar” com os outros membros se revela inesperadamente, para os estudantes-usuários, uma boa estratégia de “autoconhecimento”. Como apontei no capítulo anterior, compartilhar *repertórios* pode auxiliar o resgate de “*recursos pessoais*” que se projetarão na vida coletiva, tanto para se integrar a ela quanto para enfrentá-la. E não é outro o objetivo da ideia de “saúde mental” senão a de “promover” a realização de uma subjetividade “de dentro para fora”. Para o GTJU, a intenção é “fazer” a dimensão subjetiva deste sujeito se realizar enquanto Pessoa, sendo o grupo-terapêutico um simulacro dos “mundos” que se conflitam na trajetória do estudante. Ali no Grupo, eles se tornarão os *protagonistas* de seus sofrimentos e de suas trajetórias de enfrentamento e, não menos, cada um deles será também uma figura central para as táticas de superação mobilizadas através de outros “colaboradores”.

Todo esse direcionamento que se dá à subjetividade do jovem vem de encontro ao que se pretende dele enquanto “cidadão”. É possível observar que os discursos institucionais pretendam tratar a questão da “saúde” como extensão do “exercício da cidadania”. Nas próprias palavras da secretaria executiva do Ministério da Saúde, a saúde deve ser articulada em três dimensões:

Por isso, é natural a referência de que a Saúde pode ser decorrente do bem-estar intrinsecamente ligado ao exercício da cidadania. Segundo Marshall (1963) a cidadania contempla três elementos: o social, o civil e o político. Cada um relacionado aos direitos garantidos pelo Estado, através das instituições. Liberdade individual e justiça são componentes do elemento civil. Direitos, como participação e exercício do poder político como eleitor ou membro de um partido, são inerentes ao elemento político. Usufruir dos direitos sociais é viver com dignidade. Corroborando essa tese, Turner (1990) vai mais além relacionando direitos à cidadania, à participação social dentro da comunidade, aos direitos da mulher, da criança e do idoso, na preocupação com o processo de inclusão e exclusão do indivíduo, considerando inclusive as transformações radicais e rápidas no seio da família, no mercado de trabalho e na educação. Depreende-se dessas considerações, que a saúde e o exercício da cidadania estão de tal forma interligados, que torna-se difícil ao indivíduo lutar pela saúde, sem a proteção, o amparo e a força que a cidadania lhe assegura. A análise da inserção do jovem na sociedade é fundamental no estudo dos determinantes de saúde e doença na juventude. (BRASIL; CNPD, 1998:398. Grifos meus)

De todos os modos os discursos institucionais que atravessam a juventude afirmam repetidamente que “vida saudável” está indissociavelmente ligada à condição de uma “cidadania plena”. A ideia de “promoção da saúde” vem corroborar esta maneira de inserir o sujeito nos “mundos” de sua vida coletiva. Ou seja, “promover a saúde” é delegar ao sujeito o poder e a competência de conquistar seu “bem-estar”. Aqueles sujeitos que se mostram mais incapazes de atingir tal estado de “realização pessoal” põem em evidência situações em que eles se apresentam mais “vulneráveis” às frustrações de seus objetivos pessoais. Neste aspecto, a “vulnerabilização” destes sujeitos permite a “conscientização” de situações potencialmente hostis e a “responsabilização” de suas ações comprometidas com seu “bem-estar”.

Dotada de uma forte potência moral o conceito de “*vulnerabilidade*” requer uma necessária “pró-atividade” dos sujeitos através da elaboração de táticas de enfrentamento para com condições sociais, econômicas, políticas que possam acarretar o desvio das metas de “bem-estar” individual, atentando sempre aos critérios coletivos de seus grupos de pertencimento. A *vulnerabilidade* pretende, sem nenhum obscurantismo, moralizar indivíduos e coletivos em contextos nos quais a “promoção da cidadania plena” se veja ameaçada. Isso é particularmente evidente quando a questão é trazer a ideia de “*vulnerabilidade*” para se discutir a “saúde” na juventude:

Para ter a saúde como chave em uma política de juventudes, é preciso rever o conceito de saúde, ampliando-o de forma a promover a qualidade de vida, a diminuição à exposição de riscos, a prevenção e o combate às violências. Na área da saúde, entendida nesse sentido, as prioridades também devem variar entre os países, bem como dentro deles. Porém, existem ao menos quatro desafios centrais:

i. *o incentivo a estilos saudáveis de vida, promovendo vários tipos de atividades recreativas, culturais e esportivas, para a socialização, o crescimento e a maturidade pessoal e social dos destinatários, fortalecendo os fatores de resiliência, e desenvolvendo as “habilidades para a vida”;*

ii. *uma atenção adequada e oportuna da saúde sexual e reprodutiva, temas como a gravidez juvenil, a educação sexual, as discriminações – inclusive de orientação sexual – a atenção às doenças sexualmente transmissíveis e a prevenção da Aids;*

iii. *a prevenção, em termos de diminuição de exposição a riscos e o tratamento oportuno das principais condutas de risco, dando ênfase às vinculadas a acidentes de trânsito, consumo de drogas legais e ilegais e o desenvolvimento de atividades ligadas a diversas formas de violência;*

iv. *a formação dos adultos que trabalham com jovens em temas como sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos e violências e/ou discriminações. (UNESCO, 2004:144-145. Grifos meus).*

Deste trecho destaco para análise o primeiro item. Transformar o jovem em sujeito de sua própria “saúde” implica em incentivá-lo a cultivar hábitos de vida “saudáveis”. Para isso, no entanto, enfatiza-se a necessidade destes indivíduos e grupos congregarem “habilidades para a vida”. “Habilidades” que, se devidamente subjetivadas e articuladas entre si, poderão se tornar “competências” capazes de colocar o sujeito na direção de seu “bem-estar”. Note-se que é a partir do sujeito e de suas capacidades que o investimento político da “cidadania” se propõe a “adequar” comportamentos. Mas do que se tratam efetivamente estas “habilidades” e “competências”?

Essa preocupação em produzir uma subjetividade capaz de “fabricar” um sujeito “competente” e “habilidoso” para a sociedade tem feito com que uma área dos Saberes Psi venha ganhando especial notoriedade ao lidar com essa problemática no campo terapêutico. Filiada à linha conhecida como “cognitivo-comportamental” a “Psicologia das Habilidades Sociais” tem sua origem tanto na “Psicologia Clínica” quanto na “Psicologia do Trabalho” (cf. DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006:1)¹²³. É digno de destaque que as definições dos conceitos dessa área Psi estejam em plena consonância com as rígidas qualidades imputadas à “cidadania” pelo discurso da Saúde Pública de forma que não parece ser sem propósito que este campo da Psicologia se intitule “*campo teórico-prático das habilidades sociais*” (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006:1).

Segundo as definições da “Psicologia das Habilidades Sociais”, “habilidades” e “competências” se definem da seguinte maneira:

Para a conceituação de habilidades sociais, faz-se necessário diferenciá-las de dois outros conceitos muito próximos: desempenho social e competência social. As habilidades sociais “referem-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo, para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais” (Z. Del Prette & Del Prette, 2001, p. 31). O desempenho social seria o comportamento em uma situação qualquer. E a competência social refere-se aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo. O conceito de competência social refere-se ao conjunto de habilidades que o indivíduo mobiliza ao deparar-se com situações interpessoais. A competência social implica um grau de eficiência geral no âmbito interpessoal, que inclui interações bem sucedidas com os outros e um comportamento que se ajusta às normas que regulam a interação social e supõe o respeito aos próprios direitos e aos dos demais. A competência social é, portanto, determinada por fatores ambientais, da personalidade e, sobretudo, pela interação de ambos. (GERK; CUNHA 2006:184).

¹²³ Texto disponível em: <http://www.rihs.ufscar.br/armazenagem/pdf/artigos/habilidades-sociais-conceitos-e-campo-teorico-pratico> . Acessado em fevereiro de 2009.

Como fiz questão de ressaltar nos capítulos anteriores, aprender com os “mundos” da experiência é o aspecto central de uma relação “saudável” do “ser universitário” com uma subjetividade incluída e produtiva socialmente, nas diversas facetas que essa “vida social” comporta. Diante desta premente demanda coletiva, as exigências dos “mundos” da “cidadania”, da academia e da vida pessoal convergem sobre as “competências” deste jovem estudante. Chama a atenção a quantidade de estudos produzidos pela “Psicologia das Habilidades Sociais” referentes à problemática do “aumento de níveis de psicopatologia na população universitária” (GERK; CUNHA, 2006:182). Segundo pesquisas desenvolvidas nesta área acadêmica, tais “habilidades” e “competências” têm se mostrado absolutamente fundamentais ao “bem-estar” do estudante universitário:

As habilidades sociais constituem recursos indispensáveis para a realização de atividades fundamentais na vida universitária, como desenvolver amizades e redes sociais, assim como trabalhar em equipe. Devido à sua importância, algumas universidades no Brasil têm incluído em seus currículos a disciplina Psicologia das Habilidades Sociais com o objetivo de desenvolvimento interpessoal dos alunos. Esta experiência, vivenciada por meio do Programa de Desenvolvimento Interpessoal Profissional (PRODIP), tem mostrado resultados significativos quanto aos ganhos no repertório interpessoal para grande parte dos alunos, como também em termos de melhoria na convivência com os colegas, professores e familiares ao longo da vida universitária (Del Prette & cols., 1998; Del Prette & Del Prette, 2003a). (GERK; CUNHA, 2006:184)

A partir deste sistema de enunciados que se apoiam mutuamente e que detêm a legitimidade de tratar todo um campo de dados quantificáveis¹²⁴, o problema da “saúde mental” nos jovens universitários se fecha dentro de uma rede de discursos e práticas capazes de descrever uma realidade verificável. São determinados juízos de valor que, ao circularem de dentro de um regime direcionam o ato de observar e de conhecer a determinados fenômenos. Tanto a observação quanto o conhecimento estão sujeitos às ordens de “causalidade” pré-configuradas pelos próprios valores que devem circular por entre esses enunciados (FOUCAULT, 1990:5).

Em diversos momentos nos capítulos I e VI pontuei que o contexto apresentado pelo “mundo” profissional serve muitas vezes à significação das “angústias” vividas como sintoma “psicológico”. Isto é: uma condição de incerteza posta pelas relações do “mercado de

¹²⁴ Ver, por exemplo, o texto “No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários” (DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. 2003).

trabalho atual” é de tal forma associada às “competências” e “habilidades” individuais que o universitário se sente particularmente “vulnerável” aos limites de sua inserção como “cidadão produtivo”. E as expectativas parecem crescer à medida que se ascende nesta escala preparatória do sujeito. Assim, os sentimentos de “fracasso” ou de “inaptidão” têm suas dimensões sobrelevadas quando se considera todo um *projeto de vida* que passa pela “vida universitária” e que não vislumbra maiores, ou melhores possibilidades de “realização pessoal”. Se estas expectativas se iniciam com as perspectivas profissionais, ao adentrar a “vida universitária” e tomar contato com uma gama bastante diversificada de experiências que ela congrega, os parâmetros para a “realização pessoal” do sujeito tendem a amplificar-se.

Respeitando as dimensões deste fato é que se pode indicar que tais discursos institucionais (da “promoção da saúde”, da “cidadania”, das “vulnerabilidades juvenis”) conseguem tramar esta verdade: o estudante universitário apresenta um “grau de vulnerabilidade acrescida”¹²⁵ em face desta transição eminentemente problemática entre os “mundos” do *projeto de vida* e os “mundos” da “realização pessoal e profissional”.

O problema que se apresenta à interconexão desses diversos enunciados institucionais e “técnico-científicos” está entrelaçado por uma questão que é fundamental aos próprios estudantes. Segundo eles, todas as experiências, inclusive e principalmente as de sofrimento, têm de servir ao aprendizado deste sujeito. De acordo com as práticas terapêuticas do GTJU, para que isso aconteça é necessário que certas “habilidades sociais” (ou, como diriam as terapeutas do GTJU, certos “*repertórios*”) que se interiorizem de tal maneira que possam se tornar “competências individuais” (ou seja, que façam parte de seus “*recursos pessoais*”).

Diante de toda esta configuração ideológica não é de se estranhar que a juventude seja alvo de poderosos investimentos simbólicos que têm o intuito de “fabricar” um tipo específico de sujeito: o “cidadão”. Tomar os jovens como grupo particularmente “vulnerável” é também compreender que é sobre que eles que a sociedade investe seus princípios mais caros os quais, por sua vez, balizam a noção de Pessoa que ela quer ver reificada. A ideia de juventude como período “fase de transição” tem por objetivo suspender as características “pré-liminares” (cf. TURNER, 1974[1969]), de tutela e proteção, e incutir, treinar e reforçar as características “pós-liminares” (cf. TURNER, 1974[1969]), como, por exemplo, as ideias tão fortes de “pró-atividade” e “autonomia” para o caso desta etnografia.

¹²⁵ Vide o texto do Projeto de Extensão GTJU, Anexo B.

Vista como uma das grandes oportunidades de se maximizar as características deste período liminar, a condição de “estudante universitário” é necessariamente ritualizada em todos os seus aspectos. Mas o é principalmente porque é tida como a etapa de preparação mais completa em termos de aperfeiçoamento de seus “*recursos pessoais*” e de ampliação/incorporação de “*novos repertórios*” requisitados para o ingresso na vida adulta.

Incutir novas “habilidades” parece ser um aspecto constituinte e incontornável à noção de Pessoa jovem e universitária pois, quando se entra em “outro mundo”¹²⁶ é para necessariamente sair “outra pessoa”. Portanto, esse processo não é tão “natural” quanto desejariam os discursos institucionalizados sobre as juventudes. A perlaboração necessária ao empreendimento de se constituir enquanto Pessoa e de se viabilizar um *projeto de vida* demanda esforços nem sempre disponíveis ao alcance destes jovens. Não é por outro motivo que a carreira acaba ganhando um peso significativo na formulação do discurso sobre o *sofrimento psicológico* entre estes estudantes, pois todo um investimento existencial está submetido à “realização pessoal” através do trabalho – nobre arte do “fazer” para si e para os outros.

Vê-se explicitamente que o “rito de passagem” da juventude universitária se faz sentir ao neófito com uma força bastante autoritária, embora se pretenda apenas uma “sugestão positiva”: “autonomia”, “habilidades sociais” e “competências individuais” condensam os valores da “comunidade total” (cf. TURNER, 1974[1969]) que busca – através da atualização de modelos performáticos de atitudes, sentimentos e relações – produzir um tipo de sujeito: o *protagonista*.

Parto agora para algumas considerações finais a respeito de como a noção de “*sujeito protagonista*” incide sobre os estudantes universitários e modo proposto pelo GTJU para tratar seus sofrimentos.

¹²⁶ Expressão comum tanto aos profissionais quanto aos próprios estudantes para se referirem à “vida universitária”.

3.) *Protagonismo juvenil e Projetos de Vida: discursos e expectativas para com os jovens universitários*

Embora já tenha adiantado algo sobre o discurso do *protagonismo juvenil*, cabe agora adentrá-lo em seus próprios enunciados. Quando notei que a noção se repetia com certa frequência nas conversas com a Terapeuta Ocupacional responsável pelo GTJU, perguntei se ela poderia me passar alguns textos que tratassem da questão. Ela foi extremamente solícita e me enviou por e-mail alguns textos que me possibilitaram percorrer, em uma amplitude não muito extensa, a rede dos enunciados que são recrutados nesta etnografia. Ainda segundo ela, uma referência imprescindível para tratar do tema era o autor Antonio Carlos Gomes da Costa.

Para deixar mais evidente as minhas aproximações desta visão pouco ampla sobre políticas públicas e *protagonismo juvenil* com meus objetivos de pesquisa, faz-se necessário adentrar os enunciados dos seus principais autores. Como enfatizou nossa interlocutora (Terapeuta Ocupacional), Antonio Carlos Gomes da Costa e seu livro em coautoria com Maria Adenil Vieira (2006, cuja primeira edição é de 2000) é o grande marco para o polêmico debate que se instalou sobre o tema. O livro é composto por textos curtos cuja intenção é demonstrar o sucesso da aplicação do conceito nas práticas pedagógicas de inclusão de jovens em situação de *vulnerabilidade*. As experiências relatadas em seus capítulos advêm tanto de ações empreendidas pelos poderes públicos como ações da sociedade civil organizada (ONG's). Ao construir um cenário de sucesso para aplicação do conceito de *protagonismo juvenil*, os autores passam a definir suas qualidades intrínsecas e que, por conseguinte, passam a se configurar em verdadeiras necessidades para que transição da juventude para a maturidade seja, de fato e de direito, eficaz.

Se olharmos o protagonismo do ponto de vista da sua importância para o desenvolvimento pessoal e social do adolescente, ele é um direito. Sem esse espaço de descoberta e experimentação social, a transição para o mundo adulto será certamente mais incompleta, limitada e vazia de um certo tipo de prática e vivência fundamentais para a vida. (Idem:238).

Retomando os enunciados analisados até aqui, nota-se que uma das convergências mais persistentes entre os discursos institucionais e saberes “técnico-científicos” é a de que o caminho a se percorrer para que o jovem adentre a vida adulta, tem na inserção social o critério fundamental para aferir o seu “desenvolvimento pessoal”. Se

“desenvolvimento pessoal” e “inserção social” são as condições de uma pertença “saudável” e desejável do indivíduo para com os “mundos” que o envolvem, o discurso do *protagonismo juvenil* como exemplifica o trecho acima, procurará apresentá-las como um “direito” irrestrito para o “exercício pleno da cidadania”. Tal exercício de cidadania associada à noção de *protagonismo* coloca em evidência a ideia de que um ativismo privado, aquele que coloca o sujeito na direção do fazer (por si e pelos outros), é uma característica altamente apreciada dentro do modelo de Pessoa que se quer ver reificada na sociedade. Há, neste sentido, um notório esforço para a naturalização desta característica no que concerne ao conceito de *protagonismo juvenil*, pois que, em favor de certa estratégia de governo, os diagnósticos produzidos por estudos recentes acusam o desejo imanente ao próprio jovem dele se tornar o “sujeito de sua própria realidade”: “*Isso é muito relevante: os jovens querem participar, e o fazem muito ativamente em certas ocasiões, mas valorizam um sentido de autonomia*” (UNESCO, 2004:69).

A universidade, neste sentido, parece se constituir num poderoso espaço de descoberta e experimentação desta “autonomia”. Encarados como valores a serem vividos e praticados, as descobertas e experimentações abarcam um *ethos* específico que servem de referência à construção da Pessoa como estudante universitário(a). A impossibilidade ou limitação de realizar tal empreendimento exploratório parece se constituir num dos fatores essenciais que associam o *sofrimento psicológico* ao processo de fabricação de si enquanto sujeito.

Por isso, os discursos sobre juventudes em geral, mas, sobretudo, o discurso do GTJU em específico, recruta estes meios conceituais e metodológicos para racionalizar a construção deste sujeito. A conformação de jovens “saudáveis” para com os “mundos” que se chocam em suas experiências de vida busca transformar estes indivíduos em sujeitos potencialmente “habilidosos” na autogestão de seus “problemas”, isto é, num sujeito menos “vulnerável” às vicissitudes das realidades que o envolvem. Neste sentido, a dimensão técnica desses saberes acaba por se sobressair às suas controvérsias conceituais. O que passa a interessar a esses profissionais que lidam com as juventudes é como a introjeção destes conceitos por parte dos próprios jovens pode reconfigurá-los na direção dessa estratégia comum: o “sujeito autônomo”.

De forma que os conceitos originários do campo da Saúde Mental cumprem um papel fundamental dentro do discurso do *protagonismo juvenil*. Uma das grandes dificuldades que esta etnografia constantemente se deparou foi a de tentar isolar cada um destas noções nativas e explicá-las uma a uma, sem fazer referência a diversas outras ideias

imbricadas nestas definições. “Crescimento/desenvolvimento pessoal”, “autoestima”, “personalidade”, como breves exemplos deste fenômeno, sempre se remetem umas às outras sendo impossível defini-las isoladamente. Daí que um conceito que se pretende essencialmente “prático” como o de *protagonismo juvenil* vem recrutar todas estas ideias de maneira sincrônica para fazer valer sua legitimidade. Vejamos o trecho a seguir:

O crescimento pessoal do adolescente tem sua base no desenvolvimento da auto-estima e na construção da identidade. De fato, se ele não for capaz de compreender-se e aceitar-se, todo o curso do amadurecimento de sua personalidade estará comprometido por uma distorção de base. Ter auto-estima ou, como diziam os antigos, amor-próprio, é ter em relação a si mesmo um sentimento positivo. É a pessoa gostar de si, querer-se bem. Como alguém poderá gostar de si mesmo se não se compreende e não se aceita? Além do mais, sem auto-estima, torna-se impossível o desenvolvimento de um autoconceito positivo. (Ibidem:235. Grifos meus).

Todas estas noções acima são de fundamental importância às táticas terapêuticas do GTJU, como acredito já ter demonstrado nos capítulos precedentes. No entanto, neste momento, minha intenção é fazer notar como este discurso se difunde a partir dos seus centros irradiadores e se capilariza por diversos caminhos até adentrar ao próprio sujeito: valores que se tornam “direitos”, que se tornam “critérios”, que se tornam “pedagogia”, que se tornam “práticas cotidianas”, que se tornam o próprio sujeito, o qual, por seu turno, se confunde com os “mundos” à sua volta, ora como parte englobada através de uma série de “identidades”, ora como parte englobante de vivências ímpares experimentadas nestes “mundos”. De “mundo” em “mundo”, do “interno” para o “externo” e vice-versa, estes sujeitos, na busca incessante de inserção, parecem estar aprisionados em uma verdadeira “cidadania cosmológica”.

Como já havia apontado nos capítulos I e IV, a “autoestima” é uma noção fundamental para o discurso do sofrimento em suas várias manifestações. Na concepção dos profissionais do PSM não pode haver “saúde” sem “autoestima”. Sem embargo, para a pedagogia do *protagonismo juvenil*, esta noção aparece como o princípio norteador da racionalização deste sujeito no(s) “mundo(s)”; racionalização que é também conhecida como “autoconceito”:

O autoconceito é a idéia que cada um faz de si mesmo; poderíamos dizer, a versão racional da autoestima. Quando o bom sentimento da pessoa em relação a si própria é apreendido no plano da razão, ele assume a forma de um autoconceito positivo, que, por sua vez, se torna a base da

autoconfiança. (Ibidem: 234).

Não obstante, a “autoestima”, assim como tantas outras ideias presentes nesta etnografia, coloca o sujeito às voltas, mais uma vez, com movimentação complexa de diferenciação e identificação do jovem para com seus pares. Se sua experiência de vida é responsável por valorizar uma trajetória singular na qual se apreenderam táticas de superação, é também desejável que este jovem se apóie em alguns valores positivados por seus coletivos para reivindicar sua existência no “mundo”. A coletividade concede ao indivíduo o “direito” e a obrigação de ser detentor de uma “identidade”.

No caso da juventude universitária, uma das ideias que estes estudantes, aqui pesquisados lançam mão para fazer a mediação entre os valores incentivados coletivamente e o movimento do “olhar para si mesmo” é o *projeto de vida*. Esta categoria, embora poucas vezes explícita na fala literal dos estudantes, é bastante presente no discurso institucional e “técnico-científico” sobre jovens. Na esfera do discurso, o *projeto* tenta dar cabo de uma “identidade” construída conjuntamente com seus pares associando-a a uma experiência pessoal de conquistas. Embora cada trajetória pessoal comporte expectativas diversas desenhando um universo bastante heterogêneo de buscas e anseios, elas se unificam sob a percepção de que é se “realizando como pessoa” que se pode imputar um sentido às suas experiências de vida. Vejamos como o discurso do *protagonismo juvenil* se apoia nesta ideia:

A autoconfiança só é genuína, só é autêntica, quando se apóia numa identidade bem definida, ou seja, o adolescente se compreende e se aceita com suas forças e debilidades, sendo, portanto, capaz de desenvolver autoestima e autoconceito positivos. Sem autoconfiança, o jovem se torna, literalmente, incapaz de olhar o futuro sem medo. A visão destemida do futuro é o primeiro passo na construção do projeto de vida. Mas, antes que o projeto de vida se delineie, é necessário que, em nível mais profundo que o racional, surja no jovem um desejo intenso em relação ao futuro. Esse desejo é um sentimento e, como tal, não pertence ao âmbito da racionalidade. Trata-se de um querer-ser que ainda não passou pelo crivo da razão. Quando o desejo, o querer-ser, passa pelo crivo da razão, ele se transforma num projeto de vida, ou seja, num sonho com degraus, um trajeto com etapas que devem ser vencidas para se atingir o fim almejado. O projeto freqüentemente torna-se uma visão de futuro, uma espécie de memória de coisas que ainda não aconteceram, mas que, se assumidas com determinação e esforço, podem tornar-se realidade. É nesse momento que a vida do jovem passa a revestir-se de sentido. O sentido da vida é a linha que une o ser ao querer-ser. Tudo que nos encaminha na direção e no sentido do nosso projeto de vida, do nosso querer-ser racionalizado, agrega valor à nossa existência. Por outro lado, tudo o que nos detém, desvia ou nos faz retroagir é visto e sentido como uma agressão ao nosso ser. A beleza do sentido da vida reside no fato de constituir-se no fundamento da

autodeterminação do jovem ou, em outras palavras, da busca de autonomia.
(Ibidem:235).

Por mais que o trecho acima faça referência ao “querer-ser” como “um sonho com degraus” a se realizar no futuro, o *projeto de vida* expõe o jovem à condição de sujeito de sua existência no “aqui e agora”. Não há outra forma de conquistar a tão sonhada “autonomia” senão indo de encontro a ela, assim como não há como superar a condição de *sofrimento psicológico* senão tomando uma posição “pró-ativa” em relação a ele. Se nesta condição o estudante universitário frequentemente se enxerga “insuficiente”, “limitado” ou “incapaz” de enfrentar os “problemas” que lhe acometem a terapia buscará “empoderá-lo” de forma que seus *recursos* possam religá-lo aos “mundos” que lhe afligem e, não menos, que a dor desta experiência possa se transformar em novos *repertórios* aprendidos para superar as adversidades.

É preciso enfatizar que a ideia de *projeto* não se resume apenas a uma projeção de carreira ou de conquistas mensuráveis num âmbito “externo”, ou seja, aquelas que são visíveis aos outros. Essas expectativas revelam, também, desejos “internos” de mudança. O *projeto de vida* inclui, na perspectiva dos sujeitos desta pesquisa, a mudança de padrões emocionais entendidos como prejudiciais à relação deste indivíduo com os “mundos” à sua volta.

Psicóloga: ... nestes momentos que a gente depara com esses conflitos, onde aquilo que a gente quer ser parece um pouco distante, estes momentos exigem da gente um olhar pra si, um olhar para o outro, um crescer. Isso é o nosso desenvolvimento mental, nosso desenvolvimento emocional.

Simone: Eu to aprendendo a aceitar, e a me aceitar, a aceitar o mundo.

Sétimo encontro do G1.

Depreende-se disso que *projeto de vida* é essencial não só para se atribuir um sentido existencial ao jovem em geral e ao estudante universitário (para o caso desta etnografia), mas também, e principalmente, um sentido vetorial: isto é, este *projeto* propõe ao indivíduo um caminho a se seguir na direção de sua “autonomia”, condição inapelável de uma “vida saudável”, “mental” e “socialmente”. Como ressaltam os autores deste discurso:

A auto-realização – é bom que se esclareça – não é a resultante de um objetivo atingido, de uma meta superada. Basta o jovem estar na direção certa, desenvolvendo o seu projeto de vida, e já estará realizando. Não é

necessário chegar lá. Cada passo na direção daquilo que dá sentido à sua vida é para o jovem motivo de auto-realização. (COSTA; VIEIRA, 2006 [2000]: 236).

Mais uma vez ressurge a ênfase no “fazer”, no “realizar”. Questão altamente valorizada para estudantes e profissionais insistentemente estimulada pelos discursos institucionais, o “estar fazendo algo” se revela o critério mais eficiente de “bem-estar” visto que esse tipo de atitude demonstra explicitamente, esteja ou não sofrendo, que ainda se dispõe de motivação suficiente para “encarar as dificuldades da vida”.

*Luana: Por exemplo: eu não gosto de ser politizada. **Eu gosto de ir e fazer!** Tem até uma amiga minha que me ajudar a refletir, que ela tava conversando comigo e ela disse assim: “essa pessoal da faculdade, esse pessoal do CA, DCE, eles ficam fazendo isso, eles ficam entregando panfleto, eles ficam agitando, mas o que eles fazem de verdade? Será que eles vão lá e fazem? Porque ao invés de eles ficarem dizendo que você isso, você aquilo, que tem que ficar preocupado com isso, eles, por exemplo, não fazem trabalho voluntário?”. E quando ela falou isso, eu acho que esse é o ponto que eu nunca tinha parado pra pensar, sabe? **Esse pensamento de realmente fazer alguma coisa. Então, acho que eu não sabia muito como fazer, mas sentia vontade fazer alguma coisa.** Depois que eu entrei na faculdade, que eu comecei a fazer matérias de licenciatura, aí me deu uma luz. **Eu não sabia como fazer, como ser útil, como ser assim, como poder participar socialmente, sem ser só assistencialista, do tipo vamos doar brinquedos, vamos doar aquilo. Aí eu comecei a descobrir, quando minha mãe falou isso pra mim, eu também vi que é por aí, sabe? Que quando você tem isso na mão, tem que fazer, não adianta ser só politizado, tem que participar. E eu me encontrei nesse negócio de dar aula em escola pública, sabe? Tem me ajudado muito assim, pra me fortalecer, **pra me enxergar como uma pessoa que tem capacidade de enfrentar o mundo, mesmo quando a gente, às vezes, não tá muito bem emocionalmente.*****

Quarto encontro do G1.

Observa-se no depoimento de Luana que os *projetos* – e as expectativas e buscas que ele comporta – ganham em dinamicidade à medida que o “fazer” reorganiza as relações “externas” e “internas” do sujeito para com os seus “mundos” de conflito. A questão que não pude ponderar é se esta maneira de se portar em relação aos seus anseios estava presente nestes estudantes mesmo antes de iniciarem alguma psicoterapia. Parece-me, contudo, que o fim último do *projeto de vida*, na visão dos profissionais e de toda a psicopedagogia mobilizada através deles, não é transformar ideais em realidade; a ideia é “colaborar” para que o jovem se torne um *protagonista* atuante e reflexivo de sua própria trajetória, superando todas as formas de tutela e dependência que tradicionalmente, esta fase

transitória implica. O horizonte compensatório do caminho serve de justificativa à própria caminhada.

Naqueles momentos – que não são freqüentes na vida – em que o ser e o querer-ser se encontram e parecem abraçar-se, o jovem alcança os momentos culminantes de sua existência, os momentos de plenitude humana: uma formatura, o casamento almejado, o trabalho sonhado, o reconhecimento coletivo por um feito, um sonho realizado, o nascimento de um filho, uma obra desafiante terminada, um estado de maturidade e lucidez alcançado. Todas essas vivências plenas, que pervadem a vida de uma pessoa, penetrando-lhe os recônditos da estrutura física, psíquica e espiritual. O que é auto-realizar-se? Uma pessoa se auto-realiza quando desenvolve plenamente o seu potencial, tornando realidade aquelas promessas que cada um de nós trouxe consigo ao nascer. Empenhar-se nesse sentido é lutar pela felicidade. Encaminhar-se nessa direção é ser feliz. (COSTA; VIEIRA, 2006 [2000]: 236-237).

“Plenitude” e “auto-realização” coincidindo com “maturidade” e “lucidez”. Vê-se que o discurso do *protagonismo juvenil* empreende uma estratégia cujo apelo pedagógico vem se apoiar nos enunciados e conceitos da Saúde Mental. A boa “adequação psicológica” do sujeito num momento privilegiado de sua configuração como o é a juventude e, mais privilegiado ainda como o é a “vida universitária”, recai com toda força sobre jovens que não conseguem “desenvolver seus potenciais”. Como o próprio enunciado acima identifica nestes casos, o que está em jogo é a própria felicidade do indivíduo. Se a “plenitude” de experiências de vida bem-sucedidas “*pervadem a vida de uma pessoa, penetrando-lhe os recônditos da estrutura física, psíquica e espiritual*”, as frustrações no decorrer desse caminho não são menos profundas – como se pode constatar, por exemplo, na formulação dos enunciados sintomatológicos do *sofrimento psicológico*.

No entanto, quando há o reconhecimento de suas potencialidades, ou, na linguagem das terapeutas, dos “*recursos*” que o jovem detém, e vislumbra-se a possibilidade de realizá-las(los), isto é, de torná-las(los) “*repertórios apropriados*” aos seus desejos e *projetos*, tem-se o “sujeito empoderado”. Este sujeito seria, portanto, produto da “conscientização” de suas potencialidades (de acordo com as concepções do GTJU) e reflexo da maneira com que suas “habilidades sociais” se portam nos “mundos” de contato do jovem. A ideia é tornar este sujeito menos “vulnerável” aos inúmeros obstáculos que se interpõem entre a realidade e suas expectativas. Disso decorre mais uma das qualidades imponderáveis do “sujeito autônomo”:

É então que emerge essa capacidade de resistir à adversidade – e de, até mesmo, utilizá-la para crescer – que tem sido chamada de resiliência. Sem todos esses desenvolvimentos anteriores, a resiliência é impossível. Ela não é uma qualidade em si mesma; antes, trata-se da resultante natural das capacidades que mencionamos até aqui, desde que estejam suficientemente desenvolvidas e corretamente articuladas entre si. O jovem dotado de resiliência será capaz não só de resistir às forças desagregadoras do seu ser, mas de capitalizá-las no processo de seu desenvolvimento pessoal e social. (Ibidem:235-236).

Todas estas noções apresentadas acima articulam o quadro da “saúde” e das concepções de “sujeito jovem” com um modelo de “realização pessoal”. Exageros à parte, a ilustração gráfica ao final do texto de Costa e Vieira (2006 [2000]: 240-241) condensam as aspirações sobre o papel instrumental do conceito de *protagonismo juvenil*, principalmente em relação aos aspectos concernentes à “saúde mental” do jovem. Numa página mostra-se a “Escada do Desenvolvimento Pessoal e Social do Ser-Humano”; do primeiro degrau, junto ao pé da página, ao último, no topo da escada, cada degrau corresponde respectivamente à: *“Identidade, Autoestima, Autoconceito, Autoconfiança, Visão Destemida do Futuro, Querer-ser, Projeto de Vida, Sentido de vida, Autodeterminação, Resiliência, Auto-realização, Plenitude humana”*.

A escada parece ter a intenção de oferecer ao leitor um método. Na página ao lado (241) aparece uma pirâmide triangular cujas arestas do primeiro plano (o triângulo) constituem “Os Três Caminhos da Auto-Realização e da Plenitude Humana”: na base, temos a *Vida Cívica (Cidadania)* e, nas arestas ascendentes, temos a *Vida Afetiva (Amor)* e a *Vida Produtiva (Trabalho)*. A escada parece sugerir um mecanismo pelo qual o jovem pode, partindo da base (*cidadania*), transpor as dificuldades de sua condição transitória e chegar ao cume onde *Vida Afetiva* e *Vida Produtiva* coincidem num só ponto. Escada realmente difícil de subir, considerando que cada degrau envolve diversas questões de ordem socioeconômica cuja importância não é negligenciável se se leva em conta as condições necessárias para se viabilizar esses *projetos de vida*.

Estas ilustrações não são pouco significativas. Nem fruto de uma concepção singular sobre como se viver a juventude. Elas são disseminadas como a forma mais justa e coerente de se fazer política pública “*de/para/com juventudes*”. Afinal, o que esses discursos reivindicam é que tais princípios são originários de suas próprias problemáticas específicas. E aqui estes preceitos não são cunhados para se fazer a mediação entre as juventudes e as instituições. Trata-se da construção de um sistema de verdades diante das quais as instituições

foram somente “sensibilizadas” e que pretende, ao descrever suas necessidades, autenticar as demandas intrínsecas à própria condição juvenil.

Procurei, no decorrer deste último capítulo, demonstrar como a “saúde” na juventude tornou-se um ponto de inflexão estratégico para a fabricação do “sujeito de cidadania” dentro de certos parâmetros ideológicos. Como tal regime de discursos sugere, a ritualização desta classe de indivíduos tende a “vulnerabilizá-los” imputando à condição juvenil características liminares (cf. TURNER, 1974). Assim, tal estratégia é capaz de revelar quais as qualidades subjetivas e objetivas são desejáveis para e ao sujeito no decorrer de sua vida coletiva. Esse poder eminentemente pedagógico perpassa vários saberes que se debruçam sobre as juventudes constituindo-se num discurso uníssono apoiado, ainda, pela questão dos “direitos” – no caso desta etnografia o “direito” ao “bem-estar” acessado pela via da “saúde mental”. No sentido de ponderar como se constitui a relação entre “verdade” e “direito”, dentro de regimes de discurso que ressoam entre si, Foucault permanece essencial às minhas intenções:

Essa história da verdade tampouco seria a descrição de sistemas de verdades insulares e autônomos. Tratar-se-ia da genealogia de regimes de veridicionais, isto é, da análise da constituição de certo direito da verdade a partir de uma situação de direito, com relação direito/verdade encontrando sua manifestação privilegiada no discurso, o discurso em que se formula o direito e em que se formula o que pode ser verdadeiro ou falso; de fato, o regime de verificação não é uma certa lei da verdade, [mas sim] o conjunto das regras que permitem estabelecer, a propósito de um discurso dado, quais enunciados poderão ser caracterizados, nele, como verdadeiros ou falsos. (FOUCAULT, 2008a:49).

Passo agora a fazer algumas considerações finais com a intenção de condensar alguns destaques gerais sobre minha pesquisa.

Considerações finais:

Eis a fórmula que descreve o estado do eu, quando deste se extirpa completamente o desespero: orientando-se para si próprio, querendo ser ele próprio, o eu mergulha, através da sua própria transparência, até ao poder que o criou. (KIERKEGAARD, 1974:338).

Após todo percurso transcorrido até aqui, cabe a estas últimas considerações retomar o essencial. Várias foram as questões levantadas por esta trajetória de pesquisa: a) os tipos de “problemas” que os estudantes elencam como constituintes do *sofrimento psicológico*; b) as condições epistemológicas de uma instituição de extensão universitária atenta aos novos paradigmas da Saúde Pública; c) a exploração de uma condição de pesquisa na qual o antropólogo é obrigado a se situar também como nativo e, por esta razão, é chamado a “colaborar” com seus interlocutores; d) as práticas grupo-terapêuticas que mobilizam um regime de discursos sobre os jovens; e) a “saúde”; f) as questões pertinentes ao modelo de “cidadania” proposto pela ótica da Saúde Pública e do Estado. Certamente, cada uma destas etapas pediria uma atenção especial e um aprofundamento teórico específico. No entanto, para que isso se realizasse, seria necessário escolher uma dentre todas essas questões. Para não ter que abandonar boa parte do material de pesquisa acumulado, escolhi explorar esses dados através da minha experiência etnográfica que constantemente oscilou entre aproximações e estranhamentos.

Tendo em vista esta escolha, minha trajetória se iniciou buscando me situar em relação a minha própria experiência pessoal com o *sofrimento psicológico* para que daí em diante pudesse pontuar algumas questões relativas à procura por psicoterapia pelos estudantes universitários. A construção de um tipo de discurso sobre o *sofrimento psicológico* revela algumas “queixas” bastante recorrentes. Em primeiro lugar, praticamente todos os sujeitos com os quais tive contato direto (por meio de entrevistas e dos grupos terapêuticos) e indiretos (por meio dos prontuários da USE) indicaram, como um dos fatores constituintes de seu sofrimento, “problemas” de relacionamento interpessoal. A ordem de importância deste fator é variável, correspondendo ao peso que cada um desses estudantes atribui à questão. Esse peso relativo indica quais as expectativas alimentadas a respeito de seu desempenho pessoal: em especial, a “vida universitária” é costumeiramente realçada como um espaço-temporal no qual se poderão experimentar novas formas de se colocar como sujeito no “mundo”. Em segundo lugar, aparece a referência ao desempenho acadêmico abaixo dessas expectativas: para estes estudantes este fator revela que não se está devidamente preparado para realizar-se profissionalmente. Em terceiro, uma “queixa” bastante comum são os “problemas

financeiros”. Numa fase em que a principal meta é o investimento na formação profissional e pessoal, em que a concorrência parece operar critérios draconianos de “inclusão” e “exclusão”, a constatação de que entre a realidade financeira e *projeto de vida* existem entrepostos que não são da ordem das suas “competências” e “habilidades” intelectuais ou interpessoais provoca fortes sentimentos de “desânimo”, “insegurança”, “incerteza” e todo tipo de sensações atreladas à noção de “instabilidade”. Em quarto, muitas vezes ligados aos “problemas financeiros”, aparecem os “problemas de relacionamento familiar”. Dificuldades de atender as expectativas depositadas pela família¹²⁷, “falta de apoio”, “carinho”, “segurança”, normalmente causados pela distância física, entre outros sentimentos que ao serem transportados para um “mundo extra-familiar” no qual só se pode contar com seus próprios recursos, costumam evocar sensações de fragilidade.

Todos estes “problemas”, invariavelmente, apareceram – conjugados, isolados, recombinações em diferentes ordens hierárquicas de importância – nos enunciados a respeito do *sofrimento psicológico* dos estudantes universitários. Evocavam também uma complexa gama de emoções e sentimentos, ou “sensações físicas e psicológicas”, articulada de formas diversas e criativas. Mas todas as histórias convergiam para a configuração de um “problema”. Para estes estudantes, tal “problema” se apresentava como articulador de um contexto de sofrimento que, por sua vez, proporcionava a eles sentimentos de fragilidade, de desconforto e de *vulnerabilidade*. Por mais banal que esta constatação possa ser, coube-me perguntar: “Um problema para quem? Para fazer o quê?”.

Em primeiro lugar, está a constatação de que não se tem as qualidades individuais necessárias para sua “realização pessoal”. Some-se a isso a “sensação de insegurança” que gera sentimentos de “angústia” e “ansiedade”. Todos estes sentimentos aparecem associados ao desconhecimento dos caminhos pelos quais o percurso para realizar-se deve ser percorrido. Tais sentimentos, no que concerne a esta etnografia, apareceram em praticamente todos os enunciados a respeito do *sofrimento psicológico* vivido pelos estudantes universitários. Seus depoimentos revelaram, em sua maioria, que a projeção de grandes expectativas de “realização pessoal” na universidade faz com que o jovem encare essa “fase de transição” como um passo importante para se constituir enquanto sujeito. Para eles, a percepção de que esta etapa pode estar comprometida por diversos “problemas” de origem “externa” – ou seja, de que aquilo que compromete seu “bem-estar” faz parte do “mundo” (ou “mundos”) em que se vive – revela grandes sentimentos de *vulnerabilidade* que se

¹²⁷ Por exemplo, a dificuldade de explicar um projeto de carreira profissional que não passa pelas profissões mais tradicionais nas quais se pode contar com uma ocupação prevista pelo “mercado”.

manifestam internamente neste sujeito. “Problemas” que antes eram apenas do “mundo” (ou “mundos”) passam a ganhar um espaço “interno” ao estudante. E eles irão se manifestar através do que este ou esta estudante tem de mais singular: uma experiência de vida que é capaz de tomar o corpo e alma como elementos significantes de uma trajetória pessoal. Por isso esses “problemas” são sentidos como “sensações”, evocando, desta forma, tanto manifestações objetivas, corpóreas, quanto emoções geradas por expectativas de ordem subjetiva. Se corpo e alma são tomados por uma “sensação” de mal-estar, capaz de englobar a experiência de vida do universitário na forma de sofrimento, o reestabelecimento de uma ordem harmônica entre estes termos se dará por meio da “saúde”. E não de qualquer “saúde”: esta requer uma intervenção em nível integral, atentando sempre a singularidade do conjunto de experiências do indivíduo.

Portanto, para os profissionais da saúde não se trata de entender como o sofrimento pode ser a “causa” ou “consequência” de “problemas psicológicos”. O que importa é pensar como o *sofrimento psicológico* pode ser um movimento em direção à manipulação de certa “saúde” e, no limite, até de uma “cidadania”. Não obstante, tal problemática está circunscrita às expectativas que se depositam em torno das juventudes e da “vida universitária”. É por meio do estímulo positivo de certas qualidades e predicados que a “saúde mental” infletirá sobre a produção deste sujeito em transição, o jovem universitário.

Diante do contexto político e ideológico em que a universidade está situada, “saúde” e “juventude” emergem como “problemas” de ordem elementar para a implementação de uma concepção de “cidadania” que possui atributos específicos. Esta “cidadania” delega aos seus sujeitos a “consciência” e a “responsabilidade” de atuarem em prol de seus interesses particulares; tanto os de ordem individual quanto os de ordem coletiva (que demonstram certas adesões identitárias). Neste sentido a etnografia apontou como algumas destas características requisitadas para a noção de Pessoa (“sujeito autônomo”) aqui estudada estão disseminadas entre os indivíduos e as instituições que compõe este regime de discursos e práticas.

A universidade incentiva a internalização destas características, por meio da sedutora promessa de se tornar um “instrumento”, um caminho natural e necessário à realização de um *projeto de vida*, o qual, por sua vez, é capaz de identificar o indivíduo como sujeito de suas conquistas e de autenticar socialmente o seu empreendimento por meio do reconhecimento de que ele está devidamente inserido nos seus “mundos” de adesão. Para tanto é necessário que o estudante angarie diversas “competências pessoais, sociais, produtivas e cognitivas” (cf. UNESCO, 2004:142-161; COSTA; VIEIRA 2006 [2000]:50).

Seria durante a “vida universitária”, portanto, que o estudante teria diversas oportunidades de testar seus *recursos* além de tomar contato com outros *repertórios* e, desta forma, incorporá-los ao conjunto de suas “habilidades”. Estas últimas, como acredito ter demonstrado no Capítulo IV, se apresentam ao sujeito como mediadoras de uma relação “de dentro para fora”. Ou seja: “habilidades” que ao se consolidarem “psicologicamente” tornam-se capazes de serem mostradas aos outros, projetando-se nos “mundos” como “habilidades sociais”. Trata-se, portanto, de uma sociabilidade que está incrustada num universo “psicológico”.

Considerando as particularidades de um sofrimento assim constituído, o processo psicoterapêutico vem ganhando cada vez mais espaço para tratar uma “saúde” que atribui ao sujeito a “responsabilidade” de produzir seu próprio “bem-estar”. Por maiores que sejam as diferenças metodológicas entre as Psicologias existentes, as principais metas de uma intervenção neste âmbito convergem quando o assunto é tratar seus pacientes, clientes ou usuários com a “dignidade” necessária à construção de sua “autonomia” e à “promoção da integração social do sujeito”¹²⁸. Ao menos quando a institucionalização deste saber está a serviço da Saúde Pública suas práticas congregam múltiplas táticas terapêuticas para cumprir uma só estratégia: “empoderar” o indivíduo para integrá-lo, inseri-lo ou, como gostaria de ressaltar, “cidadanizá-lo”.

Para mediar a conexão entre os universos exteriores e o universo íntimo do jovem universitário, o GTJU recorreu a um paradigma que é transversal às políticas de *cidadania para/de/com juventudes: o protagonismo juvenil*. É por meio deste conceito que se torna possível às terapeutas do GTJU inculcar nesses estudantes uma “pedagogia da saúde”. Esta forma de se tratar a “saúde mental” dos universitários encontra grandes ressonâncias na maneira com que eles experimentam o *sofrimento psicológico* e a “vida universitária”. Além do fato destas duas experiências serem encaradas como transitórias, ambas são vistas como necessárias a um aprendizado de vida. Isto é, uma vida que experimenta para aprender, e um aprendizado que se aplica sobre a vida por meio de experimentações.

Fato notório é que essa maneira de incentivar o sujeito a se portar em relação à sua vida encontra-se amplamente amparada na forma com que os universitários encaram o *sofrimento psicológico*: é necessário enfrentá-lo, ou seja, tomar uma participação ativa no processo de conquistar sua “saúde mental”. Em suma: a metáfora do *protagonismo juvenil* reproduz e amplifica, no âmbito da terapia de grupo, as expectativas dos universitários no enfrentamento do *sofrimento psicológico* pela via do “fazer terapia”.

¹²⁸ Expressões absolutamente presentes, seja na fala dos terapeutas que tive contato, sejam nos documentos referentes às diretrizes da “saúde mental” enquanto política pública.

Este movimento terapêutico, referente ao “fazer”, tem a intenção de pôr o sujeito em contato com seus *recursos*. “Conscientizando-se” de suas características, ele poderá articular várias formas de se integrar ao “mundo adulto”, isto é, de desenvolver um *repertório* bem-sucedido para se projetar, no mínimo, como “cidadão”. De forma que o gabarito para se aferir o grau de sucesso ou fracasso de um *projeto de vida* será sugerido pelos coletivos com as quais esse jovem interage. Daí a pertinência da ideia nativa de se sentir inserido. Seria por meio da aceitação coletiva de seus *repertórios* que se mensurariam os parâmetros de sua “realização pessoal”.

O movimento ininterrupto do “dentro” e do “fora” – do “dentro de si” e “dentro dos mundos”, ou “fora de si” e “fora dos mundos” – demonstra uma tensão fortemente presente na constituição deste sujeito. Um sujeito que deve ter um grau cada vez maior de “consciência” sobre suas capacidades e limites, que deve estar constantemente se aprimorando internamente, para que, quando requisitado, seus *recursos* possam se tornar “habilidades” e “competências” úteis à sua afirmação na sociedade.

Entretanto há de se notar outros aspectos importantes que talvez não tenham ficado tão explícitos. O *sofrimento psicológico* demonstrado por estes estudantes, revela também uma forma de resistência a este modelo de Pessoa. Embora todas as táticas utilizadas pela “saúde mental” demonstrem o desejo de “sujeitar” individualidades a alguns padrões de desempenho coletivo buscando conformar este sujeito aos “mundos” de sua experiência de vida, a resistência a esse modelo de “adequação” parece investir sobre outras formas de expressão que não aquelas deliberadamente verbais. Se esta resistência não se impuser através da ação deste sujeito no “mundo”, ela pode se apoderar do corpo, e se estender até a alma, para elaborar uma crítica àquilo que estes “mundos” exigem.

Antes de apelar à dicotomia “indivíduo x sociedade”, isto é, de colocar o sofrimento sob a responsabilidade coletiva ou individual (remetendo a uma “culpabilização” do sujeito e de seus aspectos patológicos), tendo a acreditar que seja mais interessante tentar compreender como certos momentos críticos são capazes de sobrepor a ideologia à sua fisicalidade mais imediata e privilegiada: o corpo do indivíduo. De forma que uma das possibilidades de resistência é enunciada através do próprio corpo do sofredor, isto é, uma gramática subjetiva que se utiliza de ideias como “angústia” e “ansiedade” para registrar o desagrado destes jovens em compactuar com esse jogo social. Contudo, me parece necessário apontar que a experiência de *sofrimento psicológico* não pode ser lida e interpretada apenas pelos aspectos “interiores” ao indivíduo. O sentido desta experiência deve ser entendido, sobretudo, nos efeitos da linguagem que ela emprega: por via das “sensações” que enunciam

um mal-estar físico sente-se a força de um código moral que quer “adequar comportamentos” e “reajustar *projetos de vida*”.

Assim, o sentido desta experiência não se encontra nem “dentro” nem “fora” do sujeito. Por mais que esta experiência corresponda a certa estrutura de valores (cf. LÉVI-STRAUSS, 1970a:313-360), os “mundos” sobre os quais ela se projeta tornam-se mais do que representações e menos do que agentes. Estes “mundos” disponibilizam uma ampla gama de significados para este sujeito que, ao se produzir, produz também um sentido nem sempre positivo de sua experiência. Dito de maneira mais precisa: a resistência, que se exprime através de “sensações”, rejeita muitos dos significados que estes “mundos” desejam ver empregados na experiência de vida do sujeito. Como me disse Tatiana (estudante de Pedagogia, 22 anos, em entrevista gravada em Setembro de 2005), com a voz embargada e com uma expressão que misturava entusiasmo e tristeza diante de sua conclusão:

*Essa experiência mudou tudo. Eu sinto falta da minha inocência! De acreditar que as coisas não precisam ser do jeito que são, sabe? É isso: não sei como explicar... **minha depressão é também um sentimento pelo mundo em volta!***

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, N. J. The category of the person: a reading of Mauss's last essay. In: CARRITHERS, M.; COLLINS, S.; LUKES, S. (Org.). *The category of the person. Anthropology, philosophy, history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985, p. 27-45.

ALMEIDA SOUZA, Iara M. de. Um Retrato de Rose: considerações sobre processos interpretativos e elaboração de história de vida. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 151-168. (Coleção Antropologia e Saúde).

ALVES, Paulo César. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria C. de S. (Org.). *Saúde e Doença: um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicômaco*. São Paulo: Martin Claret, 2000.

ARSEGO de OLIVEIRA, Francisco J. Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto? In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 81-94. (Coleção Antropologia e Saúde).

BACKÈS-CLÉMENT, Catherine. O mito e suas leituras. In: COPANS, J.; GODELIER, M. et al. *Antropologia: ciência das sociedades primitivas?* Lisboa: Edições 70, 1974, p. 305-338.

_____. Antropologia e Psicanálise. In: COPANS, J.; GODELIER, M. et al. *Antropologia: ciência das sociedades primitivas?* Lisboa: Edições 70, 1974, p. 339-384.

BASTIDE, Roger. *Sociologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

BATESON, Gregory. *Naven*: um exame dos problemas sugeridos por um retrato compósito de uma tribo da Nova Guiné, desenhado a partir de três perspectivas. São Paulo: EDUSP, 2008 [1958].

_____. *Natureza e Espírito*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1987. (Ciência Nova, nº 3).

BATISTA e SILVA, Martinho B. Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador Nativo” no Campo da Saúde Mental. *Campos – Revista de Antropologia Social*, v. 8, n. 2, 2007. p. 99-115.

_____. *Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira*: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. 190p. Dissertação de mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Saúde do Instituto de Medicina Social, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Vozes, 1973.

BERGSON, Henri. *As duas fontes da religião e da moral*. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Os Pensadores).

BENITES, Luiz Felipe R. Cultura e Reversibilidade: breve reflexão sobre a abordagem “inventiva” de Roy Wagner. *Campos – Revista de Antropologia Social*, v. 8, n. 2, 2007. p. 117-130.

BOURDIEU, Pierre. 1989. Esboço de uma teoria da Prática. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo: Ática. 1989. (Coleção Grandes Cientistas Sociais)

_____. Espaço Social e a gênese das classes. In: _____. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

_____. Campo de Poder, Campo Intelectual e Habitus de Classe. In: _____. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2001. p. 183-202.

_____. L'Objectivation Participante. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. Paris, n.150. 2003. p. 43-58.

_____. *Os Usos Sociais da Ciência: por uma Sociologia Clínica do Campo Científico*. São Paulo: Ed. UNESP, 2004.

_____. *A Distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2007.

_____. *A Economia das Trocas Lingüísticas: o que falar quer dizer*. 2ª edição. São Paulo: Edusp, 2008.

BOURDIEU, Pierre & PASSERON, Jean-Claude. O tempo e o espaço no mundo estudantil. In: BRITO, S. (Org.). *Sociologia da Juventude IV*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p.61-86, 1968.

CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria C. S. *Saúde e Doença: um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CARDOSO, Marina D. *Médicos e Clientela. Da Assistência Psiquiátrica à Comunidade*. São Paulo: EdUFSCar; FAPESP, 1999.

_____. Antropologia das emoções ou “somatização” da teoria social? Em defesa da Sociologia. In: *Revista Olhar*. São Carlos: EdUFSCar, 2003.

CAROSO, Carlos A.; RODRIGUES, Núbia. Idéia de “Sofrimento” e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137-150. (Coleção Antropologia e Saúde).

CLASTRES, Pierre. Da tortura nas sociedades primitivas. *A sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac & Naify, p. 195-204, 2003 a.

COSTA, Carlos Eduardo. “*Vida Universitária*”: política, esportes e festas. Uma análise antropológica da sociabilidade estudantil contemporânea. 154p. Dissertação de mestrado apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos. 2007.

COSTA, Victor A. Itinerários teóricos e problemas de campo: notas de uma etnografia sobre saúde mental e juventude a partir da dinâmica grupal em uma instituição de pesquisa e extensão filiada ao SUS. In: DIREITOS, JUSTIÇA E DIFERENÇA NA AMÉRICA LATINA. Natal/RN. *Anais da II Reunião Equatorial de Antropologia / XI Reunião de Antropólogos do Norte-Nordeste*. GT 02: Antropologia e Saúde Pública. Agosto de 2009.

DELEUZE, Gilles. *Crítica e Clínica*. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia*. v. 1. São Paulo: Editora 34, 2004.

_____. O que é um conceito?. *O que é a Filosofia?*. São Paulo: Editora 34, 1992 a, p.25-47.

_____. O plano de imanência. *O que é a Filosofia?*. São Paulo: Editora 34, 1992 b, p.49-79.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. O sujeito e o poder. In: _____. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense universitária, p. 229-250, 1995 a.

_____. Da hipótese repressiva ao Biopoder. In: _____. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense universitária, p. 140-157, 1995 b.

_____. A genealogia do indivíduo moderno como sujeito. In: _____. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense universitária, p. 185-201, 1995 c.

DUARTE, Luis Fernando Dias. *Da Vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; CNPq, 1986.

_____. Distanciamento, reflexividade e interiorização da pessoa no Ocidente. *Revista Mana*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, 1996, p.163-176.

_____. et al.. Vicissitudes e Limites da Conversão à Cidadania nas Classes Populares Brasileiras. *RBCS*, ano 8, nº 22, , Junho de 1993, p.5-19

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria C. de S. (Org.). *Saúde e Doença: um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p.9-27. (Coleção Antropologia e Saúde).

_____. Método e ficção nas Ciências Humanas: por um universalismo romântico”. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; JABOUR, Fábio; RODRIGUES, Heliana B. C. (Org.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 1999. Disponível na Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: <www.bvce.org.br>. Acessado em 15 abr. 2008 - Copyright © 2008.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 8, n. 1, 2003, p. 173-183.

DUMONT, Louis. *O individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

DURKHEIM, Émile. Representação coletiva e individual. In: _____. *Sociologia e filosofia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1970.

DURKHEIM, Émile; MAUSS, Marcel. Algumas formas primitivas de classificação. In: RODRIGUES, J. A. (Org.). *Durkheim*. São Paulo: Ática, 1978. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

EISENSTADT, S. N. Grupos informais e organizações juvenis nas sociedades modernas. In: BRITO, S. (Org.). *Sociologia da Juventude, IV*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1968, p.13-30.

FAVRET-SAADA, Jeanne. Ser Afetado. *Revista Cadernos de Campo*. São Paulo: USP, n.13, 2005, p.155-161.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sógnico. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria C. de S. (Org.). *Saúde e Doença: um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Semiologia do corpo. In: LEAL, Ondina F. (Org.). *Corpo e Significado*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001.

FIGUEIRA, Sévulo A. Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas I: Lévi-Strauss e Peter Berger. In: _____ (Org.). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1978 a, p. 47-85.

_____. Notas Introdutórias ao Estudo das Terapêuticas II: Robert Castel e Michel Foucault. In: _____ (Org.). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1978 b, p. 86-148.

_____. Introdução: Psicologismo, Psicanálise e Ciências Sociais. In: _____ (Org.). *Cultura da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Brasiliense 1985, p.7-13.

_____. 1988. Psicanálise e pacientes na cultura psicanalítica. In: _____ (Org.). *Efeito Psi: a Influência da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus 1988, p.131-149.

FONSECA, Márcio Alves. *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: EDUC, 2003.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. *Ditos e Escritos V: ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 a.

_____. *História da Loucura*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2004 b.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. *História da Sexualidade III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. *Microfísica do poder: soberania e disciplina*. 9º ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

_____. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008 a. (Coleção Tópicos).

_____. *Segurança, Território e População*. São Paulo: Martins Fontes, 2008 b. (Coleção Tópicos).

_____. *A hermenêutica do sujeito*. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Coleção Tópicos).

_____. *A Ordem do Discurso*. Tradução: Graciano Barbachan. Data da publicação original: 1970. Obra digitalizada, formatada e revisada pelo Coletivo Sabotagem, 2004. Disponível em: www.sabotagem.revolt.org. Acessado em janeiro de 2008.

FOUCAULT, M. et al. *O Homem e o Discurso. A Arqueologia de Michel Foucault*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. (Comunicação - 3).

GEERTZ, Clifford. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC S.A, 1989.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro. Zahar, 1980.

_____. Sintomas Mentais e Ordem Pública. In: FIGUEIRA, Sévulo A. (Org.). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro. Campus, 1978.

_____. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

GOLDMAN, Márcio. Uma categoria do pensamento antropológico: a noção de pessoa. *Revista de Antropologia*. São Paulo: Departamento de Antropologia/ USP, v. 39, n. 1, 1996, p. 83-110.

_____. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. *Revista de Antropologia*. São Paulo: USP, v. 46, n. 2, 2003, p. 445-474.

GONÇALVES DA SILVA, Vagner. *O Antropólogo e sua Magia: Trabalho de Campo e Texto Etnográfico nas Pesquisas Antropológicas sobre Religiões Afro-Brasileiras*. São Paulo: Editora da USP, 2006.

GUATTARI, Félix. *Caosmose*. São Paulo: Editora 34, 2006.

_____. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

_____. *Psicanálise e Transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004. (Coleção Psicanálise Século I).

HELLMAN, Cecil. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HESSE, Hermann. *Sidarta*. Rio de Janeiro: O Globo; São Paulo: Folha de S. Paulo, 2003.

JAIDE, Walter. As Ambigüidades do Conceito de “Geração”. In: BRITO, S. (Org.). *Sociologia da Juventude II*. Rio de Janeiro: Zahar Editores 1968, p. 15-27.

KIERKEGAARD, Soren A. *O Desespero Humano: doença até a morte*. São Paulo: Abril S.A. Cultural, 1974.

KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture- an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley/Los Angeles/ London: University of California Press, 1980.

LATOURETTE, Bruno. *Jamais fomos modernos – ensaio de antropologia simétrica*. São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru-SP: EDUSC, 2001.

_____. *Reassembling the social - an introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

LEVÍ-STRAUSS, Claude. *Antropologia Estrutural I*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1970 a.

_____. *Antropologia estrutural II*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro, 1970 b.

_____. *Pensamento selvagem*. São Paulo. Papyrus, 2002.

_____. Natureza e Cultura. In: _____. *As estruturas elementares do parentesco*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003 [1982], p.41-50.

_____. Introdução à Obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003, p. 11-46.

LIPUMA, E. Modernity and forms of personhood in Melanesia. In: LAMBECK, M.; STRATHERN, A. *Bodies and persons: comparative perspectives from África and Melanésia*. Cambridge: Cambridge University Press 1988, p.53-79.

LIMA, Tânia S. Assimetria = f (Eu). In: LIMA, T. S. *Um peixe olhou para mim: o povo Yudjá e a perspectiva*. São Paulo: Editora UNESP: ISA; Rio de Janeiro: NuTI, 2005.

LITTLEWOOD, Roland. *Pathology and identity: the work of Mother Earth in Trinidad*, Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

LUZ, Madel T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 18, nº 2, 2009, p. 304-311.

MACEDO, Valéria. *O Homem Como Xamã de seus Significados*. A invenção da Cultura de Roy Wagner e o campo aberto para a reinvenção da antropologia. Disponível em: <<http://abaete.wikia.com/>>

>. Acesso em: 01 jun. 2007.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Aula inaugural: A Antropologia Urbana e os desafios da metrópole. *Tempo Social – Revista de Sociologia da USP*, v. 15, nº 1, maio 2003.

_____. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, nº 49, jun. 2002.

_____. Doença Mental e Cura na Umbanda. *Teoria e Pesquisa – Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos, SP, n. 40/41, jan/jul 2002. Disponível em: <www.n-a-u.org/magnanidioencaecuranaumbanda.html>. Acesso em: 02 abr. 2009

MALINOWSKI, Bronislaw. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Editora Abril. Coleção Os Pensadores. OLIVEIRA, Roberto Cardoso (org.), 1978.

MARRAS, Stélio. *A propósito de águas virtuosas: formação e ocorrências de uma estação balneária no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2004.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

_____. A Expressão Obrigatória dos Sentimentos. In: OLIVEIRA, R. (org). *Mauss: antropologia*. São Paulo: Ática, 1979. (Coleção grandes cientistas sociais).

MONTERO, Paula. *Da Doença à Desordem: a Magia na Umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

MAZIÈRE, Francine. *A análise do discurso: história e práticas*. São Paulo: Parábola Editorial, 2007. (Na ponta da língua; 14).

NARDI, Henrique C. O *Ethos* Masculino e o Adoecimento Relacionado ao Trabalho. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 95-104. (Coleção Antropologia e Saúde).

NOVAES, Regina. Juventude e sociedade: jogos de espelhos Sentimentos, percepções e demandas por direitos e políticas públicas. *Revista Sociologia Especial – Ciência e Vida: São Paulo*. Disponível em: <<http://www.antropologia.com.br/arti/colab/a38-rnovaes.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2007.

PORTOCARRERO, Vera. Práticas sociais de divisão e constituição do sujeito. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Figuras de Foucault*. Autêntica: Belo Horizonte, MG, 2006.

RABELO, Miriam C. M. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: RABELO, Miriam C. M.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A. (Org). *Experiência de Doença e Narrativa..* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, pp.205-227.

RABINOW, Paul. Biopower today. *Biosocieties*, London School of Economics and Politics Science, n. 1 2006, p. 195-217.

RUSSEL, Bertrand. *A sociedade humana na ética e na política*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1956 a.

_____. *Educação e Ordem Social*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1956 b.

RUSSO, Jane A. Terapeutas corporais no Rio de Janeiro: relações entre trajetória social e ideário terapêutico”. In: ALVES, Paulo C.; MINAYO, Maria C. S. (Org.). *Saúde e Doença: um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Uma leitura antropológica do mundo “psi”. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; JABOUR, Fábio, RODRIGUES, Heliana de B. C. (Org.). *Clio-Psyché: Histórias da Psicologia no Brasil*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE. Disponível na Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 1999. Disponível em: < www.bvce.org.br > - Copyright © 2008. Acesso em: 15 abr. 2009.

_____. *O Corpo contra a palavra; as terapias corporais no campo psicológico dos anos 80*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.

_____. *O mundo psi no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2002.

SAHLINS, Marshall. *Cultura na Prática*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

_____. *Ilhas de História*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar editor. 2003 a.

_____. *Cultura e Razão prática*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar editor. 2003 b.

_____. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em vias de extinção (parte I). *Revista Mana*. Rio de Janeiro: v. 3, n. 1, p. 41-73, 1997.

SCHNEIDER, David. *American Kinship: a cultural account*. New Jersey: Prentice-Hall, 1968.

SCHUCH, Patrice. AIDS e Sexualidade entre Universitários Solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998, p. 199-210 (Coleção Antropologia e Saúde).

SEEGER, Anthony; DAMATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1979, n. 32, p. 2-19.

SIMMEL, George. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, Otávio (Org.). *O Fenômeno Urbano*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1987.

_____. *Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. (Nova biblioteca de ciências sociais).

SILVA, Ângelo Augusto. “Não é psicológico” ou enrolados pela doença: uma abordagem antropológica sobre um atendimento aos “somatizadores”. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia da UNICAMP. Campinas, SP, 2007.

SILVEIRA, Maria Lúcia. *O Nervo Cala, O Nervo Fala. A Linguagem da Doença*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2000.

SOUZA, Regina Magalhães. *O discurso do Protagonismo Juvenil*. São Paulo: Paulus, 2008.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das Ciências Modernas*. São Paulo: Editora 34, 2002.

STRATHERN, Marilyn. No nature, no culture: the Hagen case. In: MACCORMACK, C. e STRATHERN, M. (Orgs.) *Nature, Culture and Gender*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 174-222, 1980.

_____. The concept of society is theoretically obsolete. In: INGOLD, Tim. *Key debates in anthropology*. London: Routledge, 1996 a, p. 60-98.

_____. Cutting the Network. *The Journal of Royal Anthropological Institute*, v. 2, n. 3, 1996 b, p.517-535. Disponível em: < <http://www.jstor.org/>>. Acesso em: 28 jun. 2007.

_____. Entrevista. No Limite de uma Certa Linguagem. *Mana. Estudos de Antropologia Social* v. 5, n. 2, 1999, p.157-175.

_____. *O Gênero da Dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2006.

TARDE, Gabriel. *Monadologia e Sociologia*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

TURNER, Victor. *O processo ritual: estrutura e anti-estrutura*. Petrópolis: Vozes, 1969.

VALLE, Carlos Guilherme O. Identidades, doença e organização social: um estudo das 'pessoas vivendo com HIV e AIDS'. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 17, 2002, p. 179-210.

VARGAS, Eduardo V. Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.121-136. (Coleção Antropologia e Saúde).

VASCONCELLOS, Maria C. G.; ABREU, Paulo B. A propósito de modelos culturais explanatórios de doença mental: um estudo sobre a leitura de sintomas de esquizofrenia. In: LEAL, Ondina F. (org.). *Corpo e Significado*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS, 2001.

VELHO, Gilberto. O estudo do comportamento social desviante: a contribuição da Antropologia Social. In: _____. (Org.). *Desvio e divergência. Uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1974, p. 11-28.

_____. A Busca de Coerência: Coexistência e Contradições entre Códigos em Camadas Médias Urbanas. In: FIGUEIRA, Sérvulo A. *Cultura da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985, p. 169-177.

_____. *Individualismo e cultura. Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

_____. *Subjetividade e Sociedade: uma experiência de geração*. 4ªed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de N. A. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VILLELA, Jorge M. *Política e eleições no sertão de Pernambuco: o povo em armas*. Fortaleza, CE: Universidade Federal do Ceará/Funcap/CNPq-Pronex; Campinas, SP: Pontes Editores, 2008.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. O campo na selva visto da praia. *Revista Estudos Históricos*, v. 5, n. 10, Rio de Janeiro, 1992, p.170-190.

_____. O Nativo Relativo. *Mana*, v. 8, n. 1, 2002 a, p.113-148.

_____. O conceito de sociedade em antropologia. In: _____. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2002 b, p. 297-316.

WAGNER, Roy. *The invention of culture*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1981.

WANDENBERGHE, Frédéric. *As sociologias de Georg Simmel*. Bauru, SP: EDUSC, 2005.

BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA

ABRAMOVAY, Miriam et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: Edições UNESCO/BRASIL, BID, 2002. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/28055885/Juventude-violencia-e-vulnerabilidade-social-na-America-Latina>>. Acesso em: 12 nov. 2007.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v.14 n.3, set-dez 2005, p. 30-50.

ALVARENGA, Augusta T. A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 3 n. 2, 1994, p. 23-41.

ALVARENGA, Augusta T. et al. Congressos internacionais sobre transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v.14 n.3, set-dez 2005, p. 9-29.

AYRES, José Ricardo de Carvalho M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids". In: BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

AYRES, José Ricardo de Carvalho M. et al. Adolescência, Juventude e Vulnerabilidades ao HIV / AIDS: Avaliação de uma estratégia entre escolares de baixa renda na cidade de São Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.7, n.12 2003, p.113-128.

BEZERRA JR., Benilton. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: COSTA, Nilson do Rosário e TUNDIS, Silvério (Org.). *Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Abrasco/Vozes, 1987.

BRASIL, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). Ministério do Planejamento e Orçamento. *Jovens Acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: IPEA, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. *Boletim da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica*, n. 01/03. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

_____. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

_____. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Conselho Nacional das secretarias municipais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<<http://www.saúde.gov.br/bvs>>. Acesso em: 19 jan. 2010.

_____. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos de depois de Caracas*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. OPAS/Brasília, novembro de 2005.

_____. *Saúde do Adolescente: competências e habilidades*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ed. Do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Da Comissão Especial de Políticas Públicas para Juventude. *Plano Nacional de Juventude*. Brasília: Câmara dos Deputados. MIMEO, 2004. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_nac_juventude.pdf . Acessado em: Abril de 2009.

CASTRO, Jorge A. de C.; AQUINO, Luseni (orgs.). *Juventude e Políticas Sociais no Brasil*. Brasília: Ministério de Estado Extraordinário de Assuntos Estratégicos/IPEA, abril de 2008.

COSTA, Antonio Carlos Gomes. *Protagonismo Juvenil: Adolescência, Educação e Participação Democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

COSTA, Jurandir Freire. Psicoterapia Breve: uma Abordagem Psicanalítica. In: FIGUEIRA, Sévulo A. (Org.). *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1978.

_____. Perspectivas da Juventude na Sociedade de Mercado. In: NOVAES, Regina; VANUCHI, Paulo (Org.). *Juventude e Sociedade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

DEL PRETTE, Amir & DEL PRETTE, Zilda A. P. No contexto da travessia para o ambiente de trabalho: treinamento de habilidades sociais com universitários. *Estudos de Psicologia*, v. 8, n. 3, 2003, p. 413-420.

_____. *Psicologia das Relações Interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

_____. Habilidades Sociais: conceitos e campo teórico-prático. Texto online, disponibilizado em <http://www.rihs.ufscar.br> dezembro de 2006. Acessado em fevereiro de 2009.

DEL PRETTE, Amir; DEL PRETTE, Zilda A. P.; BARRETO, Maria Cecília M.; PIERRE, Monica Regina S. R. Habilidades Sociais entre Jovens Universitários: um estudo comparativo. *Revista Matemática Estatística*, São Paulo, v. 22, n. 1, 2004, p. 31-42.

ELIA, Luciano. *O conceito de sujeito*. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007. (Psicanálise passo-a-passo; 50).

FRANCO FILHO, Odilon de Mello. Identidade do psicoterapeuta de grupo. In: OSORIO, Luiz Carlos (Coord.). *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

FREUD, S. Fragmento da análise de um caso histeria. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud*, Volume III. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 5-127.

_____. A dinâmica da transferência. In: SALOMÃO, J. (Org.). *Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud*, Volume XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980, p. 131-143.

GASTON, Pineau. Emergência de um paradigma antropofomador de pesquisa-ação-formação transdisciplinar. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 14 n. 3, set-dez 2005, p. 102-110.

GERK, Eliane; CUNHA, Simone M. As habilidades sociais na adaptação de estudantes ao ensino superior. In: DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A. P.; BANDEIRA, Marina (Orgs.). *Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 181-198.

GOMES DA COSTA, Antonio Carlos e VIEIRA, Maria Adenil. *Protagonismo Juvenil. Adolescência, Educação e Participação Democrática*. São Paulo: FTD; Salvador, BA: Fundação Odebrecht, 2006.

KEHL, Maria Rita. Juventude como sintoma de cultura. In: NOVAES, Regina; VANUCHI, Paulo (Org.). *Juventude e Sociedade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

MESQUITA, Raul; DUARTE, Fernanda. *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Plátano Editora, 1996.

SANTOS, Eduardo F. *Psicoterapia Breve: uma abordagem sistematizada de situações de crise*. 4ª ed. São Paulo: Editora Agora, 1997.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio C. O conceito de saúde. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo: v. 31, n. 5 1997, p.538-542.

OMS, CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Décima Revisão, v.2, Manual de Instrução, 1994.

ONU, Resolução 50/81, de 14 de dezembro de 1995, *Programa de acción mundial para los jóvenes hasta El año 2000 y anos subsiguientes*. Disponível em: <<http://www.un.cl>>. Acesso em: 11 ago. 2008.

PAUL, Patrick. Transdisciplinaridade e Antropofomção: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: v. 14, n. 3, set-dez 2005, p. 72-92.

PIAGET, Jean. *Epistemologia Genética*. São Paulo: Abril, 1975. (Coleção Os Pensadores)

UNESCO. *Políticas Públicas de/para/com Juventudes*. Brasília: Ed. CNPq/IBICT/UNESCO, 2004.

VENTURINI, Gustavo; ABRAMO, Helena. Sociedade: Juventude, política e cultura. *Revista da Fundação Perseu Abramo: Teoria e Debate*, n. 45 – jul./ago./set. de 2000.

ZIMERMAN, David E. *Fundamentos Básicos das Grupoterapias*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

WHO (World Health Organization). *Officials Records of the World Health Organization*, n° 2, p. 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.

ANEXOS

Anexo A

REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE SAÚDE ESCOLA – USE/UFSCar

Versão 16/04/2008¹²⁹

Capítulo I - Da Denominação, Natureza e Finalidades

Art. 1º - A Unidade Saúde Escola, doravante denominada USE, Unidade Especial de Ensino, Pesquisa e Extensão criada pela Portaria GR N° 869, de 05 de novembro de 2004 e vinculada diretamente à Reitoria da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), será regida pelo Estatuto da UFSCar e por este Regimento Interno.

Art. 2º - A USE é uma Unidade de produção de conhecimento, formação profissional e oferta de serviços com crescente humanização e dentro dos mais altos padrões científicos e tecnológicos, visando à contínua melhoria da qualidade de vida.

Art. 3º - A USE reger-se-á pelos seguintes princípios:

- VIII- Respeito aos valores humanos;
- IX- Eficácia e efetividade nas intervenções;
- X- Qualidade no atendimento;
- XI- Eqüidade e universalidade;
- XII- Integralidade nas ações;
- XIII- Trabalho interdisciplinar;
- XIV- Indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Art. 4º - A USE tem como missão:

- I) prestar assistência qualificada e gratuita a todo cidadão dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde;
- II) formar e qualificar profissionais na área de Saúde, desenvolvendo pesquisa científica e gerando tecnologia e
- III) divulgar o conhecimento produzido, tornando-o acessível a quem de interesse.

Art. 5º - A USE tem por finalidade desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão no âmbito da saúde, integrando diferentes áreas do conhecimento e campos de atuação profissional de forma interdisciplinar, indissociável e compatível com os princípios que regem a UFSCar.

Art. 6º Em consonância com a sua finalidade, a USE tem como objetivos principais:

¹²⁹ Na época em que realizava a pesquisa, o Regimento Interno estava em fase de alterações e passava por adequações jurídicas.

- I- Atuar na perspectiva de atendimento integral ao usuário, da promoção de saúde à reabilitação;
- II- Contribuir para o equacionamento de problemas sociais que determinam e condicionam o nível de saúde da população;
- III- Colaborar na formulação e execução de política voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade;
- IV- Oferecer condições para a realização de atividade docente, de pesquisa e de extensão no campo das ciências da saúde e afins;
- V- Formar e aperfeiçoar pessoal para o exercício profissional especializado e não especializado, levando em conta a realidade sanitária e sócio-econômica e as peculiaridades do mercado de trabalho;
- VI- Manter o intercâmbio cultural e científico com instituições congêneres afins, nacionais e internacionais;
- VII- Favorecer a participação de sua comunidade interna e externa no contínuo desenvolvimento qualitativo de suas tarefas e atividades.

Capítulo II - Das atividades da USE

Art. 7º - As atividades-fim de pesquisa, ensino e extensão em saúde, desenvolvidas na USE, serão organizadas, preferencialmente, na forma de Programas de Saúde.

Art. 8º – Entende-se por Programa de Saúde, para os fins deste Regimento Interno, o conjunto de ações construídas e conduzidas, de forma interdisciplinar, por profissionais de diferentes campos de atuação e por pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, e articuladas em relação a um tipo de população, problema ou fenômeno comum, em relação aos quais são desenvolvidas as atividades-fim da Unidade.

Parágrafo Único - Os Programas de Saúde deverão ser cadastrados junto à Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar e terão duração indeterminada, desde que mantida a qualidade de suas atividades e ações, de acordo com as normas institucionais e de funcionamento da USE.

Art. 9º – As ações de saúde restritas a um único campo de atuação profissional ou área de conhecimento poderão ser desenvolvidas na USE, sob a forma de Projetos.

Parágrafo Único - Os Projetos, cadastrados junto à Pró-Reitoria de Extensão da UFSCar, terão caráter temporário, mesmo que sua duração não seja previamente definida, devendo seus responsáveis buscar integração com outras ações e sua inserção em Programas de Saúde, sejam eles já existentes ou novos.

Art. 10 – A constituição de Programas de Saúde ou Projetos poderá ser proposta por servidores docentes ou técnico-administrativos com atuação na área de Saúde, no âmbito da UFSCar, observadas as normas de funcionamento da USE.

Parágrafo Primeiro – A proposta de constituição de Programas de Saúde ou Projetos deverá ser realizada pelo interessado, mediante encaminhamento de

solicitação circunstanciada à Diretoria Executiva da USE, e será submetida à deliberação do Conselho Gestor.

Parágrafo Segundo – Quando necessário, a Diretoria Executiva poderá solicitar a prévia análise do Programa de Saúde ou Projeto a especialista com reconhecida competência acadêmica.

Parágrafo Terceiro – Aprovado o Programa de Saúde ou Projeto, pelo Conselho Gestor, o interessado deverá adotar as providências cabíveis visando à sua aprovação e credenciamento junto à Pró-Reitoria de Extensão, na condição de Programa ou Projeto de extensão, de acordo com as normas institucionais vigentes.

Art. 11 - A equipe dos Programas de Saúde será composta por:

- b. docentes;
- c. servidores técnico-administrativos;
- d. alunos de graduação e de pós-graduação da UFSCar envolvidos com as ações previstas em cada programa;
- e. profissionais externos da UFSCar, na condição de parceiros, colaboradores ou pesquisadores, devidamente credenciados junto à UFSCar, observadas as normas institucionais vigentes;

Capítulo III – Da Estrutura Organizacional

Artigo 12 – As instâncias gestoras da USE são:

- I. Conselho Gestor;
- II. Diretoria Executiva;
- III. Diretoria Geral;
- IV. Diretoria Técnica
- V. Coordenação Administrativa.
- VI. Administração Executiva
- VII. Coordenação de Programas
- VIII. Coordenação de Projetos
- IX. Comissão de Ética para atividades de pesquisa

Seção I – Do Conselho Gestor

Art. 13 - O Conselho Gestor é o órgão superior de deliberação em matéria administrativa, técnico-científico, de ensino e de extensão, no âmbito da USE.

Art. 14 - O Conselho Gestor é composto pelos seguintes membros:

- a) Diretor Geral da USE, que o presidirá;
- b) Diretor Técnico da USE;
- c) Coordenador Executivo da USE;

- d) representante da UFSCar no Conselho Municipal de Saúde;
- e) Coordenadores dos Programas;
- f) um representante dos Coordenadores de Projetos;
- g) um representante dos servidores Técnico-Administrativos;
- h) um representante discente da graduação;
- i) um representante discente da pós-graduação.

Parágrafo Primeiro – Os membros de que tratam as alíneas “d” a “i” deverão ser indicados juntamente com seus respectivos suplentes.

Parágrafo Segundo – Os membros titulares de que tratam as alíneas “f” a “i” serão eleitos entre seus pares.

Parágrafo Terceiro - As ausências em mais de duas reuniões consecutivas dos membros que a compõem, ou três faltas alternadas em um mesmo semestre, sem motivo plenamente justificado, implicarão em afastamento e conseqüente substituição do(s) membro(s) junto ao Conselho Gestor.

Art. 15 – Compete ao Conselho Gestor:

- I. deliberar sobre situações administrativas e aspectos do funcionamento da USE;
- II. aprovar o Regimento Interno da USE, ou sua proposta de alteração, encaminhando-o para deliberação do colegiado competente da UFSCar.
- III. deliberar sobre propostas de implementação de diretrizes, em consonância com normas da UFSCar;
- IV. deliberar sobre a constituição ou extinção de Programas de Saúde ou Projetos.
- V. homologar o nome do Coordenador Executivo indicados pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica;
- VI. exercer as demais atribuições conferidas pelos demais órgãos da UFSCar.

Art 16 - O Conselho Gestor reunir-se-á ordinariamente a cada mês do calendário letivo, sendo as datas estabelecidas no início de cada semestre, com confirmação escrita emitida por ordem da Diretoria Executiva, com no mínimo 48 horas de antecedência.

Parágrafo Primeiro – O Conselho Gestor poderá, ainda, reunir-se em caráter extraordinário, sempre que convocado, por escrito, pelo Diretor Geral ou por solicitação da maioria de seus membros, com antecedência mínima de 24 horas.

Parágrafo Segundo - As reuniões do colegiado serão abertas à participação de qualquer membro da USE, com direito a voz e sem direito a voto.

Art. 17 - – As deliberações do Conselho Gestor serão feitas por meio de voto público dos presentes, e aprovação mediante maioria simples.

Parágrafo Único - Terão direito a voto todos os membros titulares do Conselho, cabendo à Presidência o voto de desempate.

Seção II – Da Diretoria Executiva

Art. 18 - A Diretoria Executiva é composta pelos seguintes membros:

- I. Diretor Geral;
- II. Diretor Técnico;
- III. Coordenador Executivo;
- IV. Coordenadores de Programa;
- V. Coordenadores de Projeto.

Art. 19 - Compete à Diretoria Executiva:

- I- Dirigir, administrar e representar a USE, em consonância com seus princípios, conduzindo-a de acordo com a sua proposta de realização de ensino, pesquisa e extensão nos moldes de uma Unidade – Escola;
- II- Responsabilizar-se pela elaboração da proposta orçamentária para encaminhamento aos órgãos competentes da UFSCar, ouvido Conselho Gestor;
- III- Apresentar anualmente, ao Conselho Gestor e aos órgãos competentes da UFSCar, relatório das atividades e relatório de execução orçamentária da USE;
- IV- Delegar competências;
- V- Cumprir e fazer cumprir a legislação em vigor, o Estatuto da UFSCar, suas normas de funcionamento e este Regimento;
- VI- Representar a USE junto aos diferentes órgãos colegiados da UFSCar, bem como em instâncias externas em que isto seja necessário;
- VII- Gerenciar a realização das atividades internas da USE;
- VIII- Manter-se atualizada a respeito das diretrizes, propostas e projetos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, articulando-os com o modelo da USE.
- IX- Articular os assuntos externos da USE com o Município, Estado e União, bem como propor à UFSCar parcerias de cooperação entre a USE e outras instituições, públicas e/ou particulares, observando os princípios contidos neste regimento e em consonância com a política da UFSCar.
- X- Exercer as demais atribuições delegadas pela Assembléia Geral e pelo Conselho Gestor.

Seção III – Da Diretoria Geral

Art. 20 - A Diretoria Geral é ocupada por um servidor docente da UFSCar, integrado às atividades da USE, nomeado por ato do Reitor.

Art. 21 - São atribuições da Diretoria Geral:

- I- Garantir a implementação das deliberações do Conselho Gestor;
- II- Em conjunto com o Diretor Técnico, avaliar a viabilidade da proposta orçamentária para que esta seja submetida ao Conselho Gestor;
- III- Convocar e presidir as reuniões do Conselho Gestor;
- IV- Contribuir para o cumprimento das metas, coordenando as atividades dos membros da Diretoria Executiva;

- V- indicar ao Conselho Gestor, em conjunto com a Diretoria Técnica, o nome do Coordenador Executivo;
- VI- Exercer as demais atribuições delegadas pela UFSCar, pelo Conselho Gestor e pela Diretoria Executiva.

Seção IV – Da Diretoria Técnica

Art. 22 - A Diretoria Técnica é ocupada por um profissional médico, sendo este servidor docente ou técnico-administrativo, nomeado por ato do Reitor.

Art. 23 – Compete à Diretoria Técnica:

- I- Na ausência do Diretor Geral, exercer as atribuições específicas deste cargo;
- II- Participar e fornecer subsídios técnicos para as reuniões do Conselho Gestor;
- III- Em conjunto com o Diretor Geral, avaliar a viabilidade da proposta orçamentária para que esta seja submetida ao Conselho Gestor;
- IV- representar a USE tecnicamente junto à Vigilância Sanitária e demais órgãos de igual natureza
- V- indicar ao Conselho Gestor, em conjunto com a Diretoria Técnica, os nome do Coordenador Executivo;
- VI- VI - Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor e pela Diretoria Executiva.

Seção V – Da Coordenação Executiva

Art. 24 - A Coordenação Executiva será ocupada por um servidor docente ou técnico-administrativo, ocupante de cargo de nível superior, nomeado após deliberação do Conselho Gestor para exercer mandato de dois anos, permitida a recondução.

Art. 25 – Compete à Coordenação Executiva:

- I. Executar as deliberações do Conselho Gestor e contribuir com a Diretoria Executiva para o adequado funcionamento e desenvolvimento dos programas e projetos e da própria Unidade;
- II. Solicitar ao coordenador de cada programa um relatório anual das atividades desenvolvidas;
- III. Compor o Conselho Gestor da USE;
- IV. Discutir o resultado da avaliação dos programas e ações do período com os coordenadores de ações e programas.
- V. Gerenciar o fluxo de informações técnicas, sua sistematização e divulgação no âmbito da Unidade;
- VI. Planejar, organizar, controlar as atividades administrativas da USE referentes aos recursos humanos, patrimoniais, materiais e financeiros;
- VII. Auxiliar na elaboração e na implementação do planejamento organizacional e funcional da Unidade;
- VIII. Zelar pelo cumprimento das normas internas e externas na área de atuação;

- IX. Colaborar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas na USE;
- X. Elaborar e administrar projetos orçamentários e de captação de recursos para a Unidade;
- XI. Administrar os recursos de convênios institucionais aprovados pelo Conselho Gestor, acompanhando a execução das metas e indicadores dos mesmos.
- XII. Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor ou pela Diretoria Executiva;
- XIII. Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor ou pela Diretoria Executiva.

Seção VI – Administração Executiva

Art. 26 – A Administração Executiva será exercida por um servidor docente ou técnico-administrativo ocupante de cargo de nível superior e com formação superior em Administração.

Art. 27 - São atribuições da Administração Executiva:

- I. Planejar, organizar, controlar as atividades administrativas da USE referentes aos recursos humanos, patrimoniais, materiais e financeiros;
- II. Auxiliar na elaboração e na implementação do planejamento organizacional e funcional da Unidade;
- III. Zelar pelo cumprimento das normas internas e externas na área de atuação;
- IV. Colaborar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas na USE;
- V. Elaborar e administrar projetos orçamentários e de captação de recursos para a Unidade;
- VI. Administrar os recursos de convênios institucionais aprovados pelo Conselho Gestor, acompanhando a execução das metas e indicadores dos mesmos.
- VII. Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor ou pela Diretoria Executiva;

Seção VII- Das Coordenações de Programas

Art. 28 As coordenações de programas correspondem às instâncias de articulação das diferentes ações de saúde integradas em um programa, como condição para garantir a identidade e harmonização destas ações em relação a um determinado segmento da população usuária dos serviços de saúde, problema ou fenômeno em saúde.

Art. 29 Cada Programa aprovado pelo Conselho Gestor e credenciado pelos órgãos competentes da UFSCar terá um Coordenador responsável.

Art. 30 A Coordenação de cada Programa será ocupada por um docente ou técnico de nível superior e seu respectivo suplente, definidos por meio de procedimentos e normas internas de cada programa e de acordo com as normas da UFSCar.

Art. 31 A gestão do Coordenador de cada Programa é de dois anos, permitida uma recondução.

Art. 32 São atribuições dos Coordenadores de Programas:

- I. Assegurar os princípios, diretrizes e normas da USE no funcionamento do Programa;
- II. Envolver docentes, técnicos e alunos na construção e no desenvolvimento dos Programas;
- III. Promover a definição das ações do Programa, de forma coletiva e democrática;
- IV. Promover hierarquização das ações do programa, de acordo com critérios de prioridade, de forma coletiva e democrática;
- V. Coordenar reuniões periódicas de equipe;
- VI. Acompanhar as atividades do Programa em seu cotidiano e responsabilizar-se por elas;
- VII. Ser responsável por emitir e receber informações sobre o programa;
- VIII. Compor e participar das atividades do Conselho da USE;
- IX. Propor políticas de admissão e regime de trabalho, férias, dispensa dos membros da equipe, de acordo com as necessidades e possibilidades internas do programa, para subsidiar decisões do Conselho Gestor e Diretoria Executiva da USE, observada a legislação vigente;
- X. Definir, em conjunto com os membros alocados no Programa sob sua coordenação, uma política de capacitação para o grupo, a ser submetida à apreciação do Conselho Gestor e da Diretoria Executiva para implementação;
- XI. Deliberar sobre possibilidade de afastamento de membros da equipe, de acordo com suas necessidades e possibilidades;
- XII. Fazer cumprir o regimento interno do Programa;
- XIII. Representar o Programa e suas necessidades diante das instâncias internas e externas da USE, em todas as situações necessárias;
- XIV. Exercer as demais atribuições delegadas pelo Conselho Gestor ou pela Diretoria Executiva ou ainda pelos órgãos competentes da UFSCar.

Seção VIII – Da Coordenação de Projetos

Art. 33 - A coordenação de projetos corresponde a uma instância de articulação dos projetos em saúde que ainda não estiverem inseridos nos Programas de Saúde.

Art. 34 - Havendo mais do que um projeto em andamento na USE, deverá ser escolhido um coordenador de projeto que responderá pela representação deste tipo de ação em saúde no Conselho Gestor.

Art. 35 - Cabe ao coordenador de projetos representar as necessidades e interesses dos diferentes projetos isolados existentes na USE junto ao Conselho Gestor e à Diretoria Executiva.

Art. 36 - A Coordenação dos Projetos será ocupada por um docente ou técnico de nível superior e por seu respectivo suplente, definidos por meio de procedimentos e

normas propostas pelos responsáveis pelos projetos e de acordo com as normas da UFSCar.

Art. 37 - A gestão do Coordenador de Projetos será de dois anos, permitida uma recondução.

Seção IX – Da Comissão de Ética para atividades de pesquisa

Art. 38 – A Comissão de Ética para atividades de pesquisa é órgão assessor do Conselho Gestor da USE.

Art. 39 – Competirá à Comissão de Ética:

- a) auxiliar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar na divulgação de normas legais e institucionais vigentes;
- b) propor normas operacionais para a realização de pesquisas a serem realizadas nas instalações da USE, observando-se a legislação vigente e a competência legal do CEP-UFSCar;
- c) propor, ao Conselho Gestor, procedimentos para o acompanhamento das pesquisas em andamento;
- d) acompanhar o cumprimento de normas éticas na condução de atividades no âmbito da USE;
- e) apreciar situações que envolvam possível ou comprovado descumprimento de normas éticas, encaminhando-os às instâncias competentes para a adoção de medidas cabíveis;

Art. 40 - A Comissão de Ética será composta por três membros titulares, e seus respectivos suplentes, sendo no mínimo um docente e um técnico de nível superior, indicados pelo Conselho Gestor para exercer mandato de dois anos, permitida uma recondução.

Capítulo IV - Do Patrimônio e dos Recursos Financeiros

Art. 41 São de responsabilidade administrativa da USE as suas instalações físicas, mobiliário, equipamentos e bens que lhe sejam destinados, legados ou doados por intermédio da UFSCar.

Art. 42 - Constituem recursos financeiros da USE:

- I. Recursos provenientes da UFSCar, definidos em sua matriz orçamentária anual;
- II. Auxílios, subvenções, contribuições e doações de pessoas físicas e entidades públicas ou privadas, nacionais e estrangeiras, obtidos por intermédio da UFSCar;
- III. Receitas decorrentes de contratos e convênios para a prestação de serviços no campo da saúde humana (Convênio SUS), nacionais ou internacionais, firmados pela UFSCar com execução realizada pela USE;
- IV. Produtos e receitas de resultados de pesquisa, de acordo com legislação específica.

Art. 43 – O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo Conselho Gestor da USE e pelo Conselho Universitário da UFSCar.

Aprovado pelo Conselho Gestor da USE, aos 28/5/2008, com as seguintes alterações:

Art. 18. A Diretoria Executiva é composta pelos seguintes membros:

- I. Diretor Geral
- II. Diretor Técnico
- III. Coordenador Executivo

OBS: Foram eliminados os itens IV e V (Coordenadores de Programa e Coordenadores de Projeto), dada a impraticabilidade de administrar a USE com um número tão grande de pessoas. Ademais, os Coordenadores justificam que não têm tempo ou disponibilidade para tal tarefa.

Art. 20. A Diretoria Geral é ocupada por um servidor docente da UFSCar, integrado às atividades da USE, nomeado por ato do Reitor, com base em uma lista tríplice de nomes encaminhada pelo Conselho Gestor.

OBS: O Conselho manteve a posição da importância da eleição para tal cargo.

Art. 22. A Diretoria Técnica é ocupada por um profissional médico, sendo esse servidor ou técnico administrativo, nomeado por ato do Reitor, com base em uma lista tríplice de nomes encaminhada pelo Conselho Gestor.

OBS: O Conselho manteve a posição da importância da eleição para tal cargo.

Art. 23. Compete à Diretoria Técnica:

- V. indicar ao Conselho Gestor, em conjunto com a Diretoria Geral, o nome do Coordenador Executivo;

OBS: O texto original mencionava, possivelmente por engano, Diretoria Técnica. Adicionalmente havia um erro de grafia – os nome.

Seção IX – Da Comissão de Pesquisa

OBS: O nome Comissão de Ética é substituído por Comissão de Pesquisa nos artigos 38, 39 e 40 para evitar confusão com demais Comissões de Ética da UFSCar.

Anexo B

PROJETO GRUPO TERAPÊUTICO: JUVENTUDE UNIVERSITÁRIA

Atividade de extensão

Programa: 23112.002968/2005-92 – Programa de Extensão da Unidade Saúde Escola	
Nº. processo: 23112.003274/2006-26	Reoferta: Sim
Título da Atividade: Grupo terapêutico: Juventude Universitária	
Coordenador: MARIA TEREZA RAMALHO	
Setor do coordenador: SE/USE - Secretaria Executiva da USE	
Ingresso na universidade: 01/12/2004	Cargo: TERAPEUTA OCUPACIONAL
Titulação do coordenador: Graduação	
Setor responsável: USE - Unidade Saúde Escola	
Abrangência na UFSCar: Intradepartamental	
Início da atividade: 01/03/2008	Término da atividade: 30/11/2008
Outros setores envolvidos: —	
Linha programática: Atenção Integral ao Adolescente e ao Jovem "Desenvolvimento de processos assistenciais metodologias de intervenção coletiva e processos de educação para a saúde e e vigilância epidemiológica e ambiental tendo como alvo adolescentes e jovens (13 a 24 anos)."	
Grande Área: (Classificação CNPQ) Ciências da Saúde	
Área Temática principal: Saúde	Área Temática secundária: Educação
Tipo de atividade: Projeto	Subtipo de atividade: —
Resumo: O Programa de Saúde Mental da USE/UFSCar atento aos números significativos de inscrições de universitários para atendimento nesse programa, propõe a realização de grupos terapêuticos com tal clientela, coordenados por psicóloga e terapeuta ocupacional. Será utilizada a metodologia participativa (dinâmicas, reflexões e discussões), com uso de recursos variados	

(música, filmes, textos). Espera-se favorecer o empoderamento da juventude atendida por essa ação, estimular o protagonismo juvenil, contribuir para a construção de projetos de vida saudável, diminuir os índices de vulnerabilidade, ao oferecer ao jovem elementos para que se torne o principal responsável por sua história.	
Público Alvo: Estudantes universitários (UFSCar, USP, UNICEP etc.)	
Previsão de público / Entidade alvo: 1	
Previsão do número de exames, perícias e laudos realizados em laboratórios / depto: —	
Comunidade Atingida: Interna e externa	
Parceria Externa: —	
Tipo de Financiamento: ProEx	
Recurso: ProEx: 957.00 - Externos: 0.00	
Palavras-chave: 1 - "Juventude Universitária", 2 - "Grupo Terapêutico" e 3 - "Saúde"	
Local da atividade: Na UFSCar	
Informações complementares:	
Status: aprovado/execução - 12/11/2007	Data da Aprovação: 14/03/2008

Detalhamento

Atividade: Grupo terapêutico: Juventude Universitária - 23112.003274/2006-26

Apresentação e justificativas:
Sabendo-se que o universitário é considerado com o grau de vulnerabilidade acrescida, e tendo em vista os números elevados de inscrições espontâneas, no controle de vagas do Programa de Saúde Mental – USE/UFSCar, de alunos dos cursos de graduação, a equipe desse Programa, atentos em favorecer espaços terapêuticos de escuta para essa população, propõe grupos terapêuticos semanais com universitários.
Objetivos:
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer espaços de escuta terapêutica aos universitários inscritos no Programa de Saúde Mental USE/UFSCar - Favorecer o empoderamento - Estimular o protagonismo juvenil - Diminuir os índices de vulnerabilidade - Contribuir para a construção de projetos de vida saudável
Outras Informações Pertinentes:
MÉTODO: Atendimentos em grupos terapêuticos semanais com dez estudantes universitários de ambos os sexos, duração 1h45minutos, coordenados pela Psicóloga e Terapeuta Ocupacional do Programa de Saúde Mental. A metodologia utilizada será a participativa-interativa incluindo dinâmicas de grupos, com

discussões e reflexões sobre temas que envolvem o entorno da juventude, partindo do conhecimento que o grupo dispõe. Serão utilizados recursos áudios-visuais como data-show, filmes, fotografias, DVD, gravador, CDs.

Os grupos serão constituídos a partir do levantamento das inscrições dos alunos no controle de vagas do Programa de Saúde Mental/USE.

Durante os grupos serão anotados os relatos verbais relevantes e ao final de cada encontro será realizada avaliação por todos os integrantes. O material produzido no grupo como desenhos, redações, cartazes serão catalogados e guardados com as responsáveis.

CRONOGRAMA

- Levantamento e leitura de material bibliográfico: de março a maio
- Consulta da lista de espera do Programa de Saúde Mental para eleição dos casos: março e agosto
- Realização da Entrevista Inicial da USE: abril
- Realização do grupo terapêutico: abril a junho e agosto a novembro
- Elaboração de relatório de atividades: novembro

Anexo C

“ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO”

ENTREVISTA INICIAL

Nº. PRONTUÁRIO

Data da entrevista: ____/____/____

Data de Inscrição na USE: ____/____/____

Encaminhado por: _____

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do Usuário:

2. Sexo: F () M () 3. Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

4. Endereço:

Complemento: _____

Ponto de Referência: _____

Bairro: _____ EP: _____

Cidade: _____

5. Telefone: () _____ Celular: () _____

Telefone para contato: () _____

Recado com: _____

6. Endereço Eletrônico: _____

II. DADOS DO ACOMPANHANTE/RESPONSÁVEL

1. Nome do acompanhante

2. Grau de Parentesco:

3. Endereço:

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____

4. Telefone: () _____ Celular: () _____

Telefone para contato: () _____

5. Endereço Eletrônico:

III. SINAIS VITAIS E DADOS ANTROPOMÉTRICOS

P: _____ PA: _____ R: _____

T: _____

Peso: _____ Altura: _____ Medida cintura: _____

IMC: _____

Nome / assinatura: _____

Avaliação da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		nenhuma								maior dor
		dor								sentida

IV. QUEIXA ATUAL

1. Qual é a sua queixa? Por que está procurando os serviços da USE?

2. A que atribui suas queixas?

3. Histórico do problema (Quando começou? Há reincidência do problema?).



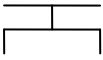








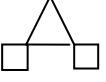



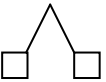
4. Tratamentos anteriores (Cirurgias? Internações? Psicoterapia?)

5. Seu estado de saúde atual interfere nas suas atividades diárias? / Rotina.

Pront.
F.
.....
UFSCar - USE

V. GENOGRAMA

Anexo: SIMBOLOS DO GENOGRAMA

	Homem		Ligação Normal		Casal com Filhos		
	Mulher		Ligação Próxima		Óbito		
	Aborto Sexo Indefinido		Ligação Estreita		Pessoas no Mesmo Lar		
	Aborto Sexo Definido		Ligação Conflituosa		Adoção		Gêmeos Idênticos
	Ligação Distante		Separação		Gravidez		Gêmeos

VI. SAÚDE

1. Medicamentos de uso diário ou com consumo semanal (com ou sem prescrição médica):

Medicamento	Mg	Prescrição Médica	Posologia	Horário	Há quanto tempo	Observações

2. Você tem algum plano de saúde?

Não () Sim ()

Qual (is)? _____

3. Quando foi a sua última consulta médica? _____

4. Em qual especialidade? _____

5. Aspectos clínicos:

Patologia	Atualmente	Antecedentes pessoais	Antecedentes familiares	Observações
1. Hipertensão arterial				
2. Diabetes				
3. Anemia				
4. Alteração no colesterol				
5. Osteoporose				
6. Artropatias				
7. Doença de Parkinson				
8. Insuficiência hepática				
9. Gastrite				
10. Úlcera				
11. Demência				
12. Doença infecto contagiosa (HIV, Hepatite)				

13. Fraturas				
14. Fibromialgia				
15. Complicações cardiovasculares				Qual?
16. Doenças pulmonares crônicas				Qual?
17. Alergias:				
18. Problemas na tireóide				
19. AVC				
20. Problemas renais (insuficiência, infecções, pedras)				
21. Câncer				
22. Epilepsia e/ou Convulsões				
23. Doença de Chagas				
24. LER				
25. Esquizofrenia				
26. Depressão				
27. Transtorno de ansiedade (Pânico, fobia)				
28. Deficiência				Qual?
29. Outros				

Você tem dificuldade para:

	Não	Sim	Se sim, como esta dificuldade se apresenta?
6. Mastigar			
7. Engolir			
8. Ouvir			
9. Falar			
10 Entender			

11. Você faz uso de algum aparelho para lhe auxiliar nas funções e atividades do dia-a-dia?

Não ()

Sim ()

Se sim, qual dos relacionados abaixo?

- Bengala Prótese Dentária
 Muletas
 Prótese/ Órtese. Qual? _____
 Andador Óculos
 Cadeira de Rodas Aparelho Auditivo
 Outros _____

12. Aspecto Nutricional

a. Quantas refeições você faz por dia? _____

b. Quais refeições?

- Café
 Lanche na manhã
 Almoço
 Lanche da tarde
 Janta
 Ceia

c. O que você costuma comer diariamente ?

- Pão
 Manteiga
 Frutas
 Frios
 Verduras
 Legumes
 Carnes
 Arroz
 Feijão
 Massas
 Frituras
 Doces
 Chocolates
 Salgadinhos industrializados
 Ovo

d. O que você costuma beber diariamente?

() Água

() Refrigerante

() Suco

() Café

() Chá

() Leite

f. Observou mudanças quanto à alimentação? Não () Sim ()

g. Se sim, qual a mudança? _____

h. Há quanto tempo percebe a mudança? _____

i. A que atribui a mudança? _____

j. Faz uso de vitamina ou suplemento alimentar? Não () Sim ()

Quais? _____

13. Sono

a. Em média, quantas horas tem de sono por dia? _____

b. Como você avalia o seu sono atualmente?

() Bom () Mais ou Menos () Ruim

c. Você acorda cansado, com a sensação de não ter dormido bem?

() Não () Sim

d. Observou mudança em relação ao sono? _____

e. Há quanto tempo percebe a mudança? _____

f. A que atribui a mudança? _____

14. Sexualidade

14.1 - Sexualidade Feminina

a. Você tinha quantos anos quando menstruou pela primeira vez? _____

b. Data da última menstruação: _____ Não menstrua mais ()

c. Está grávida? Não () Sim () De quantas semanas? _____

d. Está amamentando? Não () Sim ()

- e. Usa métodos contraceptivos? Não () Sim () Quais? _____
- f. Há quanto tempo faz uso? _____
- g. Está no climatério? Não () Sim () Quais alterações tem apresentado? _____
- h. Esta fazendo (ou já fez) reposição hormonal? _____
- i. Você faz exame ginecológico anualmente? _____
- j. Quando foi a última vez que fez o exame ginecológico? _____
- k. Você tem alguma dificuldade em relação à sexualidade? _____

14.2 - Sexualidade Masculina

- a. Você tem problema de próstata? Não () Sim ()
- b. Já fez exame de toque retal ? Não () Sim () Quantas vezes?
- c. Você tem alguma dificuldade em relação à sexualidade?

15. Hábitos de vida

- a. Você pratica alguma atividade física? Não () Sim ()
 Qual? _____ Com qual freqüência? _____

- b. Você participa de alguma atividade de lazer? () Não () Sim

<i>Quais?</i>	<i>Com quem?</i>	<i>Freqüência</i>

- c. Você faz uso de álcool? Não () Sim ()
 Com qual freqüência? _____

- d. Você fuma ?
 Não () Sim () Quantos cigarros/ dia? _____

Já fumou? Não () Sim ()

Por quanto tempo? _____

Parou há quanto tempo? _____

Em média quantos cigarros por dia? _____

- e. Você usa ou já usou droga? Não () Sim ()

Por quanto tempo e qual? _____

Com qual frequência? _____

16. Nas últimas quatro semanas, com qual frequência isto acontece com você:

	Não/Nunca	Às vezes/ raramente	A maior parte do tempo	Observações
a. Chora ou sente uma imensa vontade de chorar.				
b. Sente aperto no peito e nas costas, com dificuldades para respirar.				
c. Tem pensamentos tristes.				
d. Tem palpitações e/ou sudorese.				
e. Sente-se muito sozinho (a).				
f. Tem pensamentos repetitivos que não consegue controlar e que o incomoda.				
g. Apresenta alguns comportamentos estranhos e repetitivos que não consegue controlar				
h. Fica irritado (a).				
i. Chuta e/ou quebra algo quando fica muito irritado.				
j. Perde a paciência com as pessoas próximas.				
k. Fica impaciente com o que acontece com você.				
l. Sente medo.				
m. Pensa em morrer ou tem pensamentos suicidas.				
n. Tem dificuldade de se concentrar e pensar com clareza.				
o. Esquece informações importantes.				
p. Alguma pessoa (chefe, esposa, colega, filho) sistematicamente o(a) persegue.				
q. Consegue concluir as tarefas que planeja fazer.				
r. Às vezes parece ouvir vozes que te dizem para fazer coisas ruins consigo ou com os outros.				

17. Exames disponíveis

Nome do Exame	Data	Pront. F. UFSCar - USE

VI. ESCOLARIDADE

1. Sabe ler e escrever? Não () Sim ()
2. Se sim, qual o Grau de Escolaridade:
- a. () Alfabetizado sem escolarização Médio Completo
 - b. () Ensino Fundamental Incompleto Incompleto
 - c. () Ensino Fundamental Completo Completo
 - d. () Ensino Médio Incompleto
 - e. () Ensino
 - f. () Superior
 - g. () Superior
 - h. () Pós-Graduação

VII. OCUPAÇÃO

Qual sua ocupação/ profissão?

() Empregado () autônomo () “bico” () afastado/ licença

Onde trabalha? _____

Qual a função atual? _____

Função anterior:

() Aposentado Há quanto tempo?

Qual função anterior? _____

() Desempregado Há quanto tempo?

Qual função anterior? _____

() Outro. Especifique:

VIII. MORADIA

1. Mora sozinho?

() Não () Sim

() Em instituição - Nome: _____ Tempo: _____

2. Quantas pessoas moram com você?

3. Quem mora na sua casa? Quem você considera que faz parte de sua família?

<i>Nome</i>	<i>Grau de parentesco</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Pessoa considerada parte da família</i>

4. Tipo de localidade:

Urbana

Rural

5. Situação:

Próprio

Alugado

Cedido

Invadido

Financiado

Arrendado

Possui mais de um imóvel próprio? Quantos? _____

6. Tipo de Moradia:

Casa

Apartamento

Hotel/ Pensão

República

Quitinete

Outros

7. Tipo de Construção:

Madeira

Alvenaria/tijolo

Adobe

Taipa revestida

Taipa não revestida

Material Aproveitado

Outro

Qual? _____

8. Número de Cômodos: _____

9. Saneamento Básico

Pront.
F.
.....
UFSCar - USE

ESTRUTURA	TIPO	OBSERVAÇÃO
Água	<input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Poço <input type="checkbox"/> Carro-Pipa <input type="checkbox"/> Outro	
Esgoto	<input type="checkbox"/> Rede Pública <input type="checkbox"/> Fossa Rudimentar <input type="checkbox"/> Fossa Séptica <input type="checkbox"/> Vala <input type="checkbox"/> Céu Aberto <input type="checkbox"/> Outro	

Energia Elétrica	()Relógio Próprio ()Sem Relógio ()Relógio Comunitário ()Lampião ()Vela ()Outro _____	
Asfalto	()Com ()Sem	
Coleta de Lixo	()Coletado ()Queimado ()Enterrado ()Céu Aberto ()Outro_____	

10. No seu domicílio tem:

Item a ser computado	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro					
Carro					
Rádio					
Geladeira/ freezer					
Televisão					
Vídeo/DVD					
Lavadora de roupa					
Aspirador de pó					
Forno de microondas					
Microcomputador					
Linha telefônica instalada					
Celular					

IX. RENDA ¹³⁰

1. Qual a sua renda individual total?

- () Nenhuma
 () Menos de um Salário Mínimo
 () Um Salário Mínimo
 () Mais de um Salário Mínimo – Aproximadamente quantos? _____
 () Variável – Especifique máximo e mínimo aproximado: _____

2. Qual a sua renda familiar?

- () Nenhuma
 () Menos de um Salário Mínimo
 () Um Salário Mínimo
 () Mais de um Salário Mínimo – Aproximadamente quantos? _____

¹³⁰ Salário Mínimo Vigente: R\$350,00

() Variável – Especifique máximo e mínimo aproximado: _____

3. Como a sua renda é obtida?

- | | |
|--------------------------------|--|
| () Pensão | () Não possui renda |
| () Recebe dinheiro dos filhos | () Salário do marido ou companheiro |
| () Recebe dinheiro dos pais | () Aposentadoria Própria |
| () Salário Próprio | () Aposentadoria do marido ou companheiro |
| () Auxílio doença | () Outros _____ |

X. TRANSPORTE

1. Qual transporte utiliza para chegar a USE? _____
2. É adaptado? Não () Sim ()
3. Conta com a ajuda de alguém? Não () Sim () Quem? _____

XI. OBSERVAÇÕES:

XII. ENCAMINHAMENTO PARA O PROGRAMA: _____

Nome e Assinatura: _____



Universidade Federal de São Carlos

Unidade Saúde-Escola

Rodovia Washington Luis, km 235 – CP 676

13565-905 – São Carlos – SP

Fone (16) 3351.8645 – e-mail: use@power.ufscar.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sendo a Unidade Saúde Escola - USE uma unidade que tem como objetivo atuar no ensino e na pesquisa, através de atendimento interdisciplinar ao usuário, eu _____, RG: _____, na condição de _____, manifesto por este instrumento particular o meu consentimento à Fundação Universidade Federal de São Carlos através desta Unidade para efetuar os seguintes procedimentos:

1. *De ingresso:* será efetuada a assinatura deste Termo, em seguida haverá uma entrevista inicial, na qual abordarão aspectos relacionados à identificação, estrutura familiar, escolaridade, ocupação, moradia, religião, renda e saúde. Posteriormente será efetuada uma avaliação clínica.
2. *Específicos:* constituídos por ações que ocorrerão como parte integrante dos programas da USE, podendo ser de caráter individual ou grupal. Entretanto, dependendo da especificidade da ação que acontecerá nos programas, deverá ser assinado um Termo Complementar de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao concordar em ser atendido na USE estou ciente de que:

1. Posso ser atendido por estagiários supervisionados por docentes e/ou técnicos da Unidade, que respondem a programas curriculares de ensino. Tal situação poderá ocasionar em mudanças de estagiários que efetuam os atendimentos e/ou descontinuidade no tratamento. Em caso de mudança de estagiário, será garantida a transição ou o encaminhamento do caso.
2. Posso ser visitado no domicílio após agendamento prévio.
3. Durante o percurso do atendimento serão obtidos dados para pesquisas, que poderão ser utilizados em forma de comunicações

orais ou publicações científicas com a finalidade de divulgar, de maneira geral, a USE.

4. Receberei resposta a qualquer pergunta e esclarecimento acerca dos assuntos relacionados aos atendimentos.
5. Tenho garantia do sigilo e do caráter confidencial das informações que prestarei na USE.
6. Poderei solicitar o meu prontuário, por escrito, a qualquer momento, responsabilizando-me pela divulgação das informações nele contido.
7. Posso interromper o meu atendimento no momento que desejar.
8. Os atendimentos não acarretarão em gastos adicionais para mim ou para minha família, sendo minha adesão de caráter voluntário.
9. Caso não concorde com o presente Termo, isso não acarretará em qualquer prejuízo ou discriminação no meu atendimento nesta Unidade ou na Unidade de Origem.

Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e caso futuramente eu tenha outras dúvidas poderei solicitar esclarecimentos nesta Unidade. Uma cópia deste Termo se encontra sob minha guarda. A outra cópia está sob a guarda da Unidade.

OBSERVAÇÕES:

Concordo com o presente Termo:
(Assinalar com um "X")

SIM ()

NÃO()

São Carlos, de de 200 .

Assinatura do Usuário/Representante Legal

Assinatura do Profissional da USE

Nome do Usuário Representado: _____

Anexo D

BDI – BECK DEPRESSION INVENTORY

BDI - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO

DATA _____ NOME _____

EST. CIVIL _____ IDADE _____ OCUPAÇÃO _____

Este questionário contém 21 grupos de afirmações. Por favor, leia atentamente cada grupo e escolha a afirmação que melhor descreve como você vem se sentindo nas últimas duas semanas, incluindo o dia de hoje. Marque o número ao lado da afirmação que você escolher. Se mais de uma afirmação em um grupo se aplicar ao seu caso, assinale aquela de número mais alto. Leia todas as afirmações em cada grupo antes de fazer sua escolha.

Não assinale mais de uma afirmação para cada grupo, inclusive no item 16 (alterações no padrão de sono) e no item 18 (alteração de apetite).

1) Tristeza

- 0. Eu não me sinto triste
- 1. Eu me sinto triste uma boa parte do tempo
- 2. Estou triste o tempo todo
- 3. Estou tão triste que não posso agüentar

2) Pessimismo

- 0. Não estou desencorajado a respeito de meu futuro
- 1. Sinto-me mais desencorajado a respeito de meu futuro do que antes
- 2. Não espero que as coisas dêem certo para mim
- 3. Sinto que o futuro é sem esperanças e que as coisas somente vão piorar

3) Fracasso

- 0. Não me sinto um fracasso
- 1. Fracassei mais do que deveria
- 2. Ao olhar para trás vejo muitos fracassos
- 3. Sinto que sou um fracasso total como pessoa

4) Perda de prazer

- 0. Obtenho tanto prazer quanto obtinha antes, com as coisas que aprecio.
- 1. Não aprecio as coisas tanto quanto costumava
- 2. Sinto pouco prazer com as coisas que eu costumava apreciar
- 3. Não consigo obter nenhum prazer com as coisas que costumava apreciar

5) Sentimento de culpa

- 0. Não me sinto especialmente culpado
- 1. Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz, ou que não fiz e deveria ter feito
- 2. Sinto-me bem culpado a maior parte do tempo

6) Sentimentos de punição

- 0. Não sinto que estou sendo punido
- 1. Sinto que poderei ser punido
- 2. Acredito que serei punido
- 3. Sinto que estou sendo punido

7) Falta de auto-estima

- 0. Sinto-me a respeito de mim mesmo como sempre senti
- 1. Perdi a confiança em mim mesmo
- 2. Estou desapontado comigo mesmo
- 3. Não gosto de mim mesmo

8) Autocrítica

- 0. Não critico a mim mesmo ou me culpo mais do que costumava fazê-lo
- 1. Estou mais crítico de mim mesmo mais do que costumava
- 2. Critico-me por todos os meus erros
- 3. Culpo-me por tudo de mal que acontece

9) Pensamentos ou desejos suicidas

- 0. Não penso em me matar
- 1. Tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática.
- 2. Gostaria de me matar
- 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade

10) Choro

- 0. Não choro mais do que normalmente
- 1. Choro mais do que costumava chorar
- 2. Choro o tempo todo
- 3. Eu costumava chorar, mas agora não consigo mais mesmo quando quero.

3. Sinto-me culpado o tempo todo

11) Agitação

0. Não estou mais inquieto ou “ligado” do que o habitual

1. Sinto-me mais inquieto ou “ligado” do que o habitual

2. Estou tão inquieto ou agitado que é difícil ficar parado

3. Estou tão inquieto ou agitado que tenho que ficar em movimento ou fazendo algo

12) Perda de interesse

0. Não perdi o interesse em pessoas ou atividades

1. Estou menos interessada em outras pessoas ou coisas do que antes

2. Perdi a maior parte do meu interesse em outras pessoas ou coisas

3. É difícil estar interessada em qualquer coisa

13) Indecisão

0. Tomo decisões tão bem quanto antes

1. Encontro mais dificuldades em tomar decisões do que o habitual

2. Encontro mais dificuldades em tomar decisões do que antes

3. Encontro dificuldades em tomar quaisquer decisões

14) Sentimento de menos valia

0. Não sinto que não tenho valor

1. Não me considero com tanto valor e tão útil quanto antes

2. Sinto-me com menos valor em comparação com outra pessoa

3. Sinto-me profundamente sem valor

15) Perda de energia

0. Tenho tanta energia quanto sempre tive

1. Tenho menos energia do que costumava ter

2. Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa

3. Não tenho energia suficiente para fazer nada

16) Mudanças nos padrões de sono

0. Não experienciei nenhuma mudança no meu padrão de sono

1. Durmo um pouco mais do que o habitual

1b. Durmo um pouco menos do que o habitual

2. Durmo muito mais do que o habitual

2b. Durmo muito menos do que o habitual

17) Irritabilidade

0. Não estou mais irritado do que o habitual

1. Estou mais irritável do que o habitual

2. Estou muito mais irritável do que o habitual

3. Estou irritável o tempo todo

18) Mudanças no apetite

0. Não experienciei nenhuma mudança em meu apetite

1. Meu apetite está um pouco menor que o habitual

1b. Meu apetite está um pouco maior que o habitual

2. Meu apetite está bem menor que o habitual

2b. Meu apetite está muito maior do que o habitual

3. Não tenho nenhum apetite

3b. Desejo comida o tempo todo

19) Dificuldade de concentração

0. Consigo me concentrar tão bem quanto antes

1. Não consigo concentrar-me tão bem quanto antes

2. É difícil concentrar minha atenção em qualquer coisa por muito tempo

3. Vejo que não consigo concentrar-me em nada

20) Cansaço e fadiga

0. Não estou mais cansado ou fatigado do que o habitual

1. Fico mais cansado ou fatigado mais facilmente do que costumava

2. Estou cansado ou fatigado demais para fazer certas coisas que costumava fazer

3. Estou cansado ou fatigado demais para fazer a maioria das coisas que costumava fazer

21) Perda de interesse em sexo

0. Não noto qualquer mudança recente em meu interesse em sexo

1. Estou menos interessado em sexo do que costumava estar

2. Estou muito menos interessado em sexo agora

3. Perdi completamente o interesse em sexo

Anexo E

BHS – BECK HOPELESSNESS INVENTORY

DATA	NOME	
EST. CIVIL	IDADE	OCUPAÇÃO

Este questionário consiste em 20 afirmações. Leia atentamente cada afirmação. Se a afirmação descreve sua atitude durante a última semana, incluindo hoje, assinale “V”, indicando verdadeiro na coluna correspondente à afirmação. Se a afirmação não descreve sua atitude, assinale “F”, indicando falso na coluna correspondente. Por favor, leia cada questão cuidadosamente.

- 1-Eu aguardo o futuro com esperança e entusiasmo.
- 2-O melhor é desistir, pois não há nada que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.
- 3-Quando as coisas não vão bem, ajuda-me saber que elas não podem ficar assim para sempre.
- 4-Não consigo imaginar como será a minha vida daqui há dez anos.
- 5-Tenho tempo suficiente para conquistar as coisas que quero.
- 6-No futuro espero ser mais bem sucedido nas coisas que significam mais para mim.
- 7-Meu futuro parece escuro para mim.
- 8-Considero-me uma pessoa de sorte, espero obter mais coisas boas da vida, do que a média das pessoas.
- 9-Não consigo ter uma folga (por ex. dos meus problemas), e não vejo razão para pensar que conseguirei no futuro.
- 10-Minhas experiências passadas me preparam bem para o futuro.
- 11-Tudo que vejo em meu futuro é desprazer ao invés de prazer.
- 12- Não tenho esperanças de obter as coisas que realmente desejo.
- 13-Quando penso no futuro, tenho esperança de que serei mais feliz do que sou agora.
- 14-As coisas simplesmente não funcionam da maneira como desejo.
- 15-Tenho muita esperança em relação ao futuro.
- 16-Nunca consigo o que quero, portanto é bobagem querer qualquer coisa.
- 17-É muito pouco provável que conseguirei obter satisfação de verdade no futuro.
- 18-O futuro parece vago e incerto para mim.[
- 19-Posso esperar mais momentos bons do que maus.
- 20-é perda de tempo realmente conseguir qualquer coisa que desejo, pois provavelmente não a conseguirei.

Anexo F

FOTOS SALA-OFICINA



BANCADA ONDE OS ESTUDANTES DO GTJU SE SENTAVAM PARA O ENCONTRO



FORNO PARA ARGILA, MÁQUINAS DE COSTURA E TEARES AO FUNDO



MESA PARA TRABALHOS COM MARCENARIA



TOMADA GERAL DA SALA-OFICINA



MATERIAIS UTILIZADOS PARA ATIVIDADES ARTÍSTICAS



TELA PINTADA POR CATARINA, INTEGRANTE DO G3.



TELA PINTADA POR MIM, QUANDO “COLABORAVA” COM O G3.

Anexo G

Relatório do G4.

DINÂMICA DE GRUPO: um enredo de práticas e conceitos¹³¹.

As descrições abaixo são fruto da minha segunda participação como “colaborador” do GTJU. Escolhi estas – e não as primeiras anotações – como apresentação inicial das “dinâmicas de grupo” porque acredito que elas estavam mais maduras para sugerir algumas constatações e análises que virão a seguir. Outro motivo importante para esta escolha foi o fato deste Grupo (G4) ter realizado maior número de encontros, aprofundando mais algumas “táticas terapêuticas”.

Estudantes: Alexandre (graduando em licenciatura de Matemática, 29 anos – o mesmo que entrevistei durante minha pesquisa de graduação), Simone (graduanda em Ciências Biológicas, 22 anos – a mesma do Grupo do primeiro semestre de 2007 o qual tive acesso pelas transcrições), Maurício (graduando em bacharelado de Matemática, 27 anos), Tadeu (graduando em Ciências Contábeis – UNICEP, 23 anos) e Eu (pesquisador-antropólogo) / Colaborador.

Terapeutas: Psicóloga e Estagiária do último ano de Terapia Ocupacional.

1º Encontro

Participantes: Alexandre, Simone, Estagiária e Psicóloga. Não pude comparecer por causa de uma gripe muito forte. As anotações deste encontro são produto da consulta ao prontuário do Grupo e de uma conversa particular com a Estagiária.

O encontro iniciou-se com a apresentação de Psicóloga, da Estagiária e dos estudantes. Alexandre (o mesmo entrevistado por mim à época da monografia) relatou que ingressou na universidade para fazer bacharelado em Matemática, mas que por diversas dificuldades, como “problemas crônicos de depressão e ansiedade” precisou se afastar. Depois de dois anos afastado prestou vestibular novamente e passou em licenciatura em Matemática. Desde então tem ido bem, tem conseguido tirar boas notas, coisa que antes não era possível, pois chegava na hora da prova e “dava um branco por causa da ansiedade”. Alexandre disse que recentemente conseguiu até apresentar um mini-curso e algumas palestras no centro espírita que frequenta.

¹³¹ As anotações que se seguem são referentes ao segundo Grupo Terapêutico do ano de 2008 (G4).

Em seguida, foi a vez de Simone falar (participante do primeiro Grupo de 2007, o qual tive acesso pelas transcrições). Ela contou que falta uma matéria para terminar o curso de Biologia, mas que ainda “se sente muito insegura” em relação ao que fazer depois. Pretende continuar a carreira acadêmica, seguindo para o mestrado, mas tem dúvidas se isso a fará feliz de verdade. Em maio de 2008, após o namorado ter terminado o relacionamento, ela tomou uma “caixa de remédio” e foi parar na UTI. Enquanto se recuperava, semanas depois, voltou a tomar remédios e precisou fazer uma lavagem estomacal. Fazia acompanhamento com um psiquiatra em São Carlos e, depois do episódio, começou a ser acompanhada por um neurologista em São Paulo a cada 15 dias. Desde então sente que esta conseguindo controlar-se. Sente-se triste e angustiada, chora um pouco enquanto narra esses eventos, mas se controla. Depois da apresentação, a Psicóloga pediu para que cada um escrevesse as expectativas para este semestre e o que gostaria que acontecesse para que ele melhorasse. Alexandre escreveu que gostaria de “aprender a conviver com frustrações, ganhar mais autonomia dos medicamentos e obter melhora da ansiedade e depressão sem precisar deles, aprender estratégias para lidar com a timidez”. Simone anotou que: “gostaria de **aprender** a não depender afetivamente dos outros, ser mais independente, se sentir mais segura e mais decidida com seus **projetos** de carreira e a viver de forma mais leve”.

Posteriormente, a Psicóloga explicou a proposta do Projeto Terapêutico. Para finalizar Alexandre e Simone expressaram algumas atividades que gostariam de realizar em encontros futuros, como escultura e pintura.

2º Encontro

Participantes: Alexandre, Simone, Maurício, Psicóloga, Estagiária e Eu.

O encontro iniciou-se com a apresentação de Maurício, que também está terminando o curso de Matemática. Tem 27 anos e o motivo de procurar ajuda no Grupo é porque o curso está acabando e “não tem perspectivas de futuro”. Somado a isso, sofre muita pressão do pai para entrar no mercado de trabalho. No entanto, “não se sente preparado” para isso e diz que gostaria de fazer uma pós-graduação antes. São elencadas algumas dificuldades de ordem financeira. Alexandre e Maurício se conhecem por morarem no alojamento e por já terem feito parte de um “grupo de apoio financeiro” da FAF (Fundo de Assistência Financeira).

Também me apresento: como pesquisador e também como “colaborador”, explicando brevemente um pouco de minha trajetória de vida que culminou com a atual pesquisa de mestrado.

Alexandre disse que está num momento de “realização pessoal”. Depois de anos de dificuldade, após ser jubilado e ser considerado, como ele próprio disse, “um dos piores alunos da Matemática”, conseguiu apresentar um trabalho o que lhe trouxe um sentimento de “superação”. Relatou ter artigos para serem publicados, mas o que o deixa “angustiado” é “a falta de convívio pessoal”, decorrente de sua timidez. Para ele a “realização profissional não é suficiente”. Sua vida pessoal é “limitada”, pois nunca teve namoradas, não tem amigos e a família mora muito longe; quase não tem contato. Alexandre tem poucos amigos porque, segundo ele, não consegue confiar muito nas pessoas e luta contra a timidez desde os 13 anos de idade. Relacionou-se apenas 1 vez durante 3 meses e a moça era casada e estava separando-se do marido. Disse que há 5 anos atrás, teve uma outra pessoa com quem falava todos os dias e que, quando combinaram de se encontrar, ela acabou sofrendo um acidente de carro e faleceu. Depois desse fato não se interessou por mais ninguém e pensou em suicídio. Escreveu carta de despedida planejou toda a ação, mas desistiu.

No decorrer do encontro foi discutido sobre relacionamentos virtuais pela internet. Maurício contou sua experiência, já que sempre se utilizou desse meio de comunicação por conta de sua timidez e deu certo. Simone fala pouco de si, mas adota uma postura participativa interpelando os outros dois estudantes para aprofundarem os “problemas” que os incomodam. Todos se referem ao “medo da perda” ou da ruptura das relações afetivas como sinal de fraqueza e fragilidade. A Psicóloga adota uma postura de escuta, ponderando que algumas perdas são naturais e outras necessárias para que eles “**aprendam** a enxergarem-se como pessoas adultas”. Segundo ela, essa independência que todos ali perseguiam inclui “**aprender** a lidar com a dor da perda, das frustrações e das indecisões”.

3º Encontro

Participantes: Alexandre, Maurício, Catarina, Simone, Psicóloga, Estagiária e Eu.

Inicia-se o encontro com as apresentações. Catarina volta ao Grupo para dar continuidade ao tratamento iniciado no primeiro semestre. O restante do Grupo também se apresenta a ela.

O enfoque do encontro foi a demanda de Maurício que se apresentou bastante “angustiado” e com necessidade de falar. No final de semana foi visitar o pai em sua cidade natal e este deu um ultimato a ele, pois estava cansado de “sustentar vagabundo” e o alertou que, após o término da graduação, ele teria que se virar por sua própria conta. Disse que em 2004 havia passado por situação semelhante e que o pai cortou a ajuda financeira. Segundo ele chegou a passar necessidade, fome e teve que recorrer aos auxílios que a universidade oferece, além de uma bolsa de iniciação científica. Mas que com o fim do curso se aproximando não tinha mais nenhuma garantia de que esses auxílios da universidade continuariam.

Todas estas incertezas causavam grande sofrimento em Maurício. O Grupo então começou a propor uma série de alternativas, como “puxar” mais algumas matérias, pedir complementação de curso para continuar com vínculo na universidade até que ele arranje uma solução, mandar currículo para instituições de ensino, entre tantas outras sugestões. O Grupo se demora nesta tentativa de “solução”, inclusive eu também participo nessa questão e, de certa forma, sou obrigado a contar um pouco da minha trajetória para que pudesse ter alguma credibilidade nas minhas ponderações. Ao responder a pergunta da Psicóloga sobre “o que mais doía nesta situação”, Maurício responde que era “o desprezo do pai em não se esforçar por entender a sua realidade” porque isso afetava diretamente “sua moral”.

Os pais de Maurício são separados e ele não pode contar com a ajuda da mãe. Ela está com câncer e investe todo o seu dinheiro no tratamento. O Grupo se mobilizou para ajudá-lo e Simone deixou que ele utilizasse o endereço dela para que ele enviasse currículos na tentativa de arrumar algum emprego. O Grupo foi encerrado pelo horário e ficou combinado que, para a próxima semana, seria realizada uma “sessão de relaxamento”.

4º Encontro

Participantes: Alexandre, Maurício, Simone, Psicóloga, Estagiária e Eu.

Ao início do encontro todos falaram brevemente sobre como estavam se sentindo. Maurício relatou que ainda estava bastante tenso com a sua vida e que não conseguia enxergar soluções que estivessem apenas ao seu alcance para “superar” todo o sofrimento que vivenciava. Todos o “acolheram” em respeito a sua dor e ele ressaltou que “não havia dor pior do que essa sensação de dependência”, de que isso era “aviltante para sua

dignidade”. Durante essa conversa inicial tomamos chá com biscoitos feitos por Alexandre. A Psicóloga ressaltou que essa atitude de se mobilizar, “**fazendo** coisas que proporcionassem seu próprio bem-estar e cuidando de saúde”, como “aqueles deliciosos biscoitinhos de soja”, era de extrema importância para eles “aprenderem táticas de driblar o sofrimento”. Nesta sessão, a proposta foi ensinar aos participantes algumas técnicas de relaxamento e de automassagem que, segundo a Estagiária, possibilitariam uma relação mais equilibrada entre “corpo” e “mente”. O método empregado foi o *Método Self-Healing de Meir Schneider*. Todos os participantes (inclusive eu) relataram significativas melhoras no estado de “tensão psicológica” e das dores físicas que nos encontrávamos antes do início da sessão. Maurício foi o que visivelmente mais se beneficiou com as técnicas. Além da melhora física, relatou que havia “conseguido colocar seus pensamentos no lugar” e que conseguiu vislumbrar “metas mais pragmáticas” para amenizar seu sofrimento como, por exemplo, retomar alguns compromissos acadêmicos de pesquisa que havia deixado de lado.

5º Encontro

Participantes: Alexandre, Maurício, Tadeu, Psicóloga, Estagiária e Eu.

Tadeu se apresenta ao Grupo depois segue uma apresentação geral dos outros participantes. Tadeu apresenta uma séria dificuldade na fala (“gagueira” que o paralisa durante longos segundos) e se refere a esta como um trauma na infância. Foi melhorando com o passar dos anos, pois passou por muitas fonoaudiólogas e nunca se restringiu socialmente por conta disso. Embora, eu sentisse algum constrangimento na sua fala, compartilhado pelos outros participantes do Grupo, ele dizia não se sentir de fato envergonhado ou limitado por isso. A questão “problemática” para ele parecia ser mais de um compadecimento alheio vindo das pessoas que não sabiam como agir diante de seu “problema” de fala, do que com um incômodo pessoal.

Mesmo assim, “enfrenta” corajosamente sua “limitação”: busca sempre conversar, apresenta trabalhos na faculdade, trabalha com o público (vendedor) e disse ter vontade de melhorar. Disse que a dificuldade o atrapalha em alguns momentos, mas não o impede de fazer o que gosta. Seu exemplo reflete em expressões positivas, gestuais e verbais, nos outros integrantes do Grupo.

Em seguida Alexandre (que também apresenta alguma dificuldade na fala, principalmente nos momentos de “ansiedade” quando fala aceleradamente, sendo, em muitos

momentos, difícil de entender) contou que passou por uma semana de muitas provas e conseguiu fazer todas com muita tranquilidade. Conseguiu estágio na escola Álvaro Guião para dar aula de trigonometria no 1º Colegial, mas que está passando por um momento de muitas dúvidas, pois recebeu duas propostas de assessorar a Secretaria de Cultura, vindas de dois candidatos à prefeito, rivais, em sua cidade natal. A proposta salarial o seduziu bastante, já que, segundo ele, nunca pôde desfrutar de certa tranquilidade financeira. Porém, gostaria de continuar a carreira de pesquisa com mestrado e doutorado e se optasse por essa oportunidade teria suas chances de seguir a carreira acadêmica dificultadas.

Alexandre comentou mais detalhes sobre sua semana, concentrando as atenções do Grupo sobre si, e disse ter enviado os documentos pleiteando uma segunda bolsa de iniciação científica. Maurício permaneceu quase o tempo todo em silêncio. Ao final do encontro foi conversado com o Grupo sobre a possibilidade de ingresso de outros membros. Todos os aceitaram.

6º Encontro

Participantes: Alexandre, Maurício, Tadeu, Psicóloga, Estagiária e Eu.

Nesta sessão a proposta era utilizar/experimentar os “recursos expressivos” como tinta, tela, pincéis e todos os materiais disponíveis na Sala-Oficina. A temática era livre, pois a intenção era a exploração, a busca, a “experimentação”. Neste momento foi dada a possibilidade de abrir um espaço para conversa. O Grupo entendeu que seria melhor conversar enquanto realizava alguma atividade.

Maurício começou a desenhar, mas sua atividade não fluiu. Ele estava muito “angustiado”, pois iria apresentar seu trabalho na semana do CIC (Congresso de Iniciação Científica) da UFSCar e tinha somente 10 minutos para a apresentação. A quantidade de slides era muito grande e toda e qualquer seleção de informações para a apresentação lhe parecia insuficiente. Os outros, principalmente Alexandre, enquanto imergiam nos seus respectivos trabalhos, o questionava sobre a pesquisa para tentar deixar mais claro a Maurício quais informações seriam interessantes que ele se ativesse no momento de sua apresentação. Ajudei-o na elaboração de uma estrutura de apresentação com introdução, objetivos, metodologia e resultados. A ideia era que, a partir disso, ele pudesse apresentar seu trabalho sem se apegar a quantidade de slides. Alexandre contou que também apresentaria no CIC (Congresso de Iniciação Científica), mas que estava tranquilo, pois achava que esse

Congresso “não é muito sério”. Ele disse várias vezes a Maurício para que ele não se preocupasse, porque, ao fim da apresentação, ele veria que tudo não passava de “jogo de cena”. Para que Maurício se sentisse mais seguro, o Grupo aceitou que ele expusesse brevemente sua pesquisa ao final das atividades.

Antes da exposição de Maurício, Alexandre e Tadeu se concentraram na composição de suas telas. Alexandre preferiu tinta acrílica enquanto Tadeu a tinta óleo. Ambos pareciam ter alguma experiência prévia com pintura. Seus trabalhos ficaram bastante interessantes.

A conversa fluiu durante o encontro entre todos os participantes enquanto Alexandre e Tadeu se concentravam em suas atividades. Alexandre voltou a se “queixar” de sua timidez excessiva que, segundo ele, era a principal causa de seu “estado de ansiedade constante”. Tadeu, cujos pais trabalhavam no Japão¹³², contou que sentia muita falta de ver sua família reunida. Buscava alguma forma de criar um “negócio” (empresa) para si porque gostaria de poder reuni-los novamente, com alguma segurança financeira.

Tadeu ficou bastante concentrado em sua atividade e impressionou pela qualidade da pintura. Maurício fez um desenho utilizando lápis de cor. O atendimento foi encerrado pela Psicóloga que se disse impressionada pela qualidade dos trabalhos e pela atitude “colaborativa” de todos os participantes para com as atividades e para com os “problemas” de seus colegas.

7º Encontro

Participantes: Alexandre, Maurício, Simone, Tadeu, Psicóloga, Estagiária e Eu.

Esta sessão iniciou com um comunicado de que Catarina não faria mais parte do Grupo por ter muitos compromissos com o mestrado. Isto era esperado, pois que ela havia aparecido em apenas um encontro e demonstrara não ter se sentido muito confortável na ocasião.

Logo em seguida Maurício agradeceu ao Grupo pela ajuda na semana passada que, segundo ele, refletiu positivamente na sua apresentação. Ele conseguiu tranquilizar-se, apesar de ter acontecido alguns imprevistos e atrasos. Simone falou que também apresentou seu trabalho e que havia finalizado antes do tempo previsto. Alexandre também contou sobre

¹³² Os pais de Tadeu eram descendentes diretos de pais japoneses. Segundo a terminação utilizada pelos japoneses Tadeu era um nissei.

sua apresentação e disse que foi tudo tranqüilo. Estes três estudantes se mostraram orgulhosos e fortalecidos por terem “enfrentado” uma situação de estresse como a do Congresso e por terem se saído com relativo grau de sucesso.

Até então Tadeu estava calado. A Psicóloga questionou-o se a ele se já havia passado por algo semelhante em sua vida, “de se ver numa situação de ter que enfrentar uma expectativa tão grande sobre si”.

Tadeu, então, começou a contar sobre seu desejo de montar uma empresa de recarregar cartuchos de impressora em domicílio. A Psicóloga indagou o porquê desse desejo “num rapaz tão jovem” (23 anos). Tadeu se põe a dissertar um pouco sobre a sua história familiar. Para ele é evidente a necessidade de aliviar as despesas de sua família. Seus pais estão no Japão trabalhando lá há mais ou menos dez anos para mandar dinheiro para ele e seus irmãos pagarem a faculdade. Seus irmãos também se encontram espalhados pelo mundo e seus pais não dispõem de dinheiro para voltar ao Brasil. Tadeu chegou a ir para o Japão duas vezes (passou um período trabalhando por lá também), mas desde a última vez (há 7 meses) a saudade tem sido muito grande e ele sente falta de ter a família unida novamente para ampararem-se mutuamente. Por isso o sonho de montar um “negócio próprio”. O Grupo o “acolheu” em suas expectativas dando sugestões, alertas e conselhos sobre as potencialidades e riscos do “negócio”.

Na metade final do atendimento, a Psicóloga pediu que eles comentassem sobre as pinturas da sessão anterior. Alexandre disse que sua intenção era representar o inferno de Dante Alighieri com os anjos descendo para resgatar algumas almas em meio à lama e tempestades magnéticas: um misto de uma representação difusa entre a criação do planeta e de purgatório. Diz que seu desenho foi baseado num livro espírita que continha visões do “além-mundo” de pessoas que se suicidaram. Alexandre conta que tem capacidade mediúnica, que a vem desenvolvendo há alguns anos e que o espiritismo tem ajudado muito no resgate de sua vida e na interpretação dos motivos de seu sofrimento. A aproximação com a religião evitou que suas freqüentes visões de suicídio continuassem já que chegou a se ver, em seus sonhos, enforcado nas escadarias do alojamento. Segundo ele seus sonhos, às vezes, são premonitórios e por isso prestava bastante atenção neles. Disse também que seu quadro tem mais a ver com uma experiência passada do que a atual, pois acredita ter construído formas eficazes para lidar com seus “problemas” e com seu sofrimento. O Grupo é entendido por ele como uma das últimas esperanças, pois já passou por inúmeras formas de psicoterapia ao longo de mais ou menos 10 anos (desde os programas de atendimento da universidade

anteriores à existência da USE, até acompanhamento psiquiátrico, grupal e individual no CAPS).

Já Tadeu pintou um quadro com uma paisagem muito bonita, com um céu azul ensolarado, um declive de onde se via uma floresta densa e um rio passando ao centro da paisagem. Para ele o céu representava a paz e as árvores uma sensação de harmonia. Isto é o que ele vem buscando através de suas orações. Tadeu é evangélico, é uma pessoa extremamente pacífica e agradável e diz tentar ser bondoso com todos à sua volta, sem fazer qualquer tipo de distinção. Por isso, diz ele, não têm inimigos.

É claro que eles já tinham alguma ideia prévia do que pintar antes de iniciar a atividade. No entanto, a atitude de se questionarem sobre os porquês daquelas imagens, os colocaram numa interessante disposição meditativa. As interpretações conjugaram sofrimentos passados e expectativas futuras sem aterem-se nos significados somente de um ou somente de outro. Sentimentos antes imprecisos ganharam forma e estimularam um **aprendizado** destes sujeitos sobre si mesmos. Conhecimento que só se tornou disponível após de um trabalho manual e heurístico, que se desenrolaram simultaneamente.

8º Encontro 20/10/2008

Participantes: Alexandre, Maurício, Tadeu, Simone, Estagiária e Eu. A Psicóloga não pode comparecer por causa de compromissos institucionais com a USE.

A Estagiária iniciou a sessão perguntando se Simone gostaria de utilizar “recursos expressivos e artísticos” como haviam feito os meninos. Ela confirmou que gostaria de pintar uma tela. Tadeu também quis terminar sua pintura e Alexandre preferiu experimentar a argila fazendo escultura. Maurício não queria fazer nada, estava angustiado e precisava falar. Sendo assim, o Grupo decidiu que enquanto Maurício expunha seus “problemas” eles continuariam a desenvolver suas atividades.

Maurício começou contando que havia brigado com a namorada. Depois disse que sua aluna particular de 17 anos que tem *Síndrome de West* (crises convulsivas freqüentes que podem causar comprometimento cognitivo entre outras seqüelas) o agrediu verbalmente quando ele tentou ensiná-la uma conta de adição, dizendo que ele era “incompetente” que ela não precisava dele e assim por diante. No outro dia ele foi para a casa do seu pai visitá-lo e, chegando lá, sua tia (que mora com seu pai) começou a reclamar que a madrasta dele a maltratava, que a tratava como empregada e que o pai dele não percebia ou fingia não

perceber. Saindo da casa de seu pai foi visitar alguns amigos e não se sentiu bem recebido. Já de volta à São Carlos brigou novamente com sua namorada e tudo isso o deixou muito mal com vontade de vomitar, dor de estômago, sem apetite e estava se sentindo assim até aquele momento.

O Grupo discutiu a situação de Maurício propondo soluções e estratégias de “enfrentamento”. A tônica foi que ele deveria explorar mais seus “recursos lógicos” para se esforçar em entender aquelas situações, sentindo-as de maneira diferente e, conseqüentemente, mudando algumas “formas de agir” diante delas, ora escutando mais, ora se impondo mais. Todos os participantes da reunião, sem exceção, sugerirão alguns “repertórios” para ele lidar com essas “experiências angustiantes que causariam sofrimento a qualquer um” (palavras de Simone). Ao final do encontro Maurício relatou estar mais aliviado só de dividir sua situação com o Grupo. Tadeu terminou sua pintura, porém Simone e Alexandre ainda não haviam finalizado suas “obras”, deixando-as para a próxima sessão.

9º Encontro

Participantes: Alexandre, Maurício, Tadeu e Estagiária.

Não pude comparecer por conta do Congresso da ANPOCS. Coletei algumas informações através de conversa com a Estagiária e das anotações do prontuário. No entanto, elas foram poucas.

A Estagiária ressaltou que os laços de amizade entre Alexandre e Maurício estavam bastante fortes. A troca que haviam estabelecido entre si estava particularmente intensa, “com um se apropriando do repertório do outro e isso parece estar ajudando eles se sentirem mais seguros” (palavras da Estagiária). Houve um pequeno bate-papo inicial sustentado pelas habilidades culinárias de Alexandre que trouxe um bolo de sua autoria. Tadeu pouco se manifestou, dizendo apenas que estava “menos ansioso” (embora todos nós estivéssemos impressionados com a tranquilidade que transmitia) e que se sentia mais fortalecido com suas pequenas conquistas que ele não havia notado até então (faculdade, trabalho e namorada). O encontro não fluiu para o desenvolvimento de atividades porque, segundo a Estagiária, eles se encontravam muito cansados devido à proximidade das avaliações de final de semestre. A Estagiária propôs mais uma sessão de relaxamento *Self-Healing*, sugestão que foi bem-recebida por todos, e, logo depois à sessão, o encontro se encerrou.

10º Encontro

Participantes: Alexandre, Maurício, Tadeu, Simone, Psicóloga, Estagiária e Eu.

O encontro se iniciou com um balanço geral a partir das perspectivas de todos os “colaboradores”. Alexandre, embora muito cético em relação à sua “mudança interna”, sentia que, da perspectiva das pessoas próximas a ele, suas “habilidades de convivência” e interação haviam melhorado significativamente. Contudo, ainda se queixava de um “vazio interior” que, às vezes, potencializava momentos de “depressão”. Achava que a medicação servia apenas para evitar fortes recaídas, mas que ela não promovia nenhuma melhora. Referia-se à necessidade de continuar com a medicação apenas por hábito de tomar alguma coisa, de “estar **fazendo** algo em prol de sua melhora”, do que uma notória “melhora psicológica” promovida pela medicação. Ao contrário, sua reclamação insistia no desconforto “físico” que ela causava: enrijecimento muscular, tremedeiras e falta de apetite. Esses incômodos eram cada vez mais raros porque, segundo ele, após tanto tempo de medicação seu corpo havia “se acostumado” e o efeito “físico” tinha se reduzido bastante. Alexandre desconfia que “o mais importante é, talvez, seu efeito placebo”. Relatou ter percebido que, embora sua “racionalização das coisas” seja um “ponto forte de seus recursos”, ela também servia como escudo para preveni-lo de eventuais frustrações, aumentando seu isolamento. Achou que a vivência de Grupo o tornou mais seguro para colocar suas opiniões em contextos coletivos (melhora essa que foi perceptível a mim na mudança do modo de se falar – agora mais pausadamente) e favoreceu a diminuição de sua timidez em situações mais descompromissadas. Porém, ainda sentia terríveis “limitações” quando gostaria de se expressar afetivamente a alguma mulher.

Maurício não disfarçava sua preocupação com o futuro, principalmente no que dizia respeito às finanças. Entretanto, fez questão de demonstrar alguma esperança nas suas capacidades de “superar” tais dificuldades: “Afinal, sou um matemático... (risos) Tem tanta gente que sobrevive aí sem ter primeiro grau, né?”. Conseguiu protelar sua permanência no alojamento da UFSCar e alguma bolsa auxílio. Resolveu tentar mestrado para conseguir uma bolsa e enviou alguns currículos. Relatou que o Grupo favoreceu o “enfrentamento” da situação familiar pendente com seu pai. Ainda não tinha conseguido os resultados almejados com isso, mas o fez perceber que “só dependia dele correr atrás de independência e que isso era urgente”, e que passaria agora “a não contar mais com sua família”.

Tadeu permaneceu mais quieto. Pouco falou sobre si. Ressaltou que tinha gostado de estar na presença de todos nós e que ter compartilhado todas essas experiências o ajudara a “amadurecer”, sem esmorecer diante das dificuldades.

Simone se mostrava mais animada do que ao início dos encontros. Disse estar “mais segura de si” principalmente no que se referia aos “problemas” de diálogo com seu pai e de relacionamento indiferente de seu namorado. Isso reforçava a ideia de que sua autonomia dependia de um não-apego sentimental muito arraigado com as pessoas. Embora seu desejo de “ser mais forte”, de não se afetar pela indiferença alheia, ainda permanecesse como ideal de segurança afetiva, se sentia mais capaz de suportar frustrações e que tentaria não se privar dos convívios sociais. Pois, agora, segundo ela: “tenho a sensação de me conhecer melhor”.

Contudo, a Psicóloga trazia uma má notícia. O Projeto de Extensão “Grupo Terapêutico Juventude Universitária” não havia sido renovado para o ano seguinte. Por falta de profissionais – tanto de técnicos quanto de docentes – o próprio PSM corria o risco de se diluir nos outros Programas oferecidos pela USE, como suporte interdisciplinar às outras intervenções. A Psicóloga, que estava sobrecarregada pelos atendimentos individuais além das atribuições da coordenação do PSM, também se encontrava grávida, impossibilitando assumir mais compromissos para o ano seguinte. Sensível ao desânimo que esta notícia provocou nos usuários que, declaradamente, gostariam que o Grupo perdurasse e crescesse, ela comprometeu-se a disponibilizar a continuidade do atendimento, para aqueles que ainda se interessassem, na forma de psicoterapia individual.



“O INFERNO DE DANTE”: TRABALHO REALIZADO POR ALEXANDRE, INTEGRANTE DO G4.



TRABALHO REALIZADO POR TADEU, INTEGRANTE DO G4.

Anexo H

Sítio da internet sobre o Programa de Saúde Mental da Unidade Saúde Escola durante a realização da pesquisa. (acessado em Janeiro de 2008)



UFSCar Universidade Federal de São Carlos

Busca →

English | Español |  Mapa do Portal

| A UFSCar | Administração | Graduação | Pós-Graduação | Pesquisa | Extensão | Vestibular

USE - Saúde Mental

Campi

Centros Acadêmicos

Departamentos

Coordenação de Cursos

Docentes

Técnicos Administrativos

Educação a Distância

Entidades

Cefet-SP

Portal do Conhecimento

Biblioteca Comunitária

Arquivo Ana Lagôa

Restaurante Universitário

Assistência Estudantil

Registro de Diplomas

Editora

Rádio UFSCar

CineUFSCar

Comunicação Social

Em todo o mundo, 450 milhões de pessoas sofrem atualmente com problemas mentais, comportamentais ou neurológicos, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa condição leva, freqüentemente, ao isolamento social, ao aumento de mortalidade e a uma baixa qualidade de vida. Além disso, afeta a capacidade produtiva e de trabalho, contribuindo para uma significativa estagnação econômica e representando um custo social significativo. Cenários como este ajudam a compreender por que aproximadamente 873 mil pessoas cometem suicídio anualmente.

Fonte de significativo sofrimento pessoal e social, as doenças mentais são comuns a todos os países. Os especialistas acreditam que um em cada quatro pacientes que visitam os serviços de saúde em geral apresenta pelo menos um transtorno neurológico, mental ou comportamental. Além disso, doenças mentais afetam ou são afetadas por condições crônicas de saúde como, por exemplo, processos de dores crônicas, doenças cardiovasculares, diabetes, HIV/AIDS, câncer, hipertensão, entre outras.

Em 2001, a OMS definiu Saúde Mental como uma condição de bem estar na qual os indivíduos conseguem alcançar todo o seu potencial e desenvolver todas as suas habilidades, enfrentando os estresses normais da vida diária, trabalhando de forma plena e produtiva, estando aptos a contribuir de forma construtiva com a sua comunidade. A promoção da Saúde Mental, assim como definida pela OMS, exige um amplo conjunto de estratégias que, entre outras coisas, levem à promoção da qualidade de vida, à realização de uma vida plena para os indivíduos, a melhorias no ambiente socioeconômico, entre outros fatores.

Essa concepção abrangente e o desejo de promover a Saúde Mental de forma plena são as motivações do Programa de Saúde Mental (PSM) da USE. Com atuação em uma área de conhecimento construída na intersecção de diversas ciências, o Programa tem como objetivo identificar, diagnosticar e tratar os chamados transtornos mentais. Suas ações visam desenvolver intervenções para diagnóstico e tratamento efetivo da doença mental, alcançando conhecimento teórico e práticas na área de prevenção e trabalhando pela reabilitação e reinclusão do paciente em seu contexto social.

O PSM atende prioritariamente indivíduos adultos, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que apresentem transtornos mentais e de comportamento leves ou moderados, como depressão unipolar, transtornos de ansiedade (transtorno obsessivo-compulsivo, pânico, fobia social, fobia específica, estresse pós-traumático, ansiedade generalizada, entre outros), transtornos alimentares, problemas conjugais, familiares, questões afetivo-emocionais no trabalho e nas relações sociais, entre outros. O Programa não atende pessoas com qualquer tipo de drogadição.