



**A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE
FRENTE AOS DESAFIOS ATUAIS
III CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR
II CONGRESSO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE E
RAPS**

LIVRO DE MEMÓRIAS

VOLUME 1



Autores:

Maycon Leandro da Conceição
Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior
Taís Bleicher
Simone Peixoto Conejo



A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE
FRENTE AOS DESAFIOS ATUAIS
III CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR
II CONGRESSO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE E
RAPS

LIVRO DE MEMÓRIAS

VOLUME 1



Autores:

Maycon Leandro da Conceição
Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior
Taís Bleicher
Simone Peixoto Conejo

Editora Omnis Scientia

**A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE FRENTE AOS
DESAFIOS ATUAIS**

III CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR

II CONGRESSO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE E RAPS

LIVRO DE MEMÓRIAS

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Autores

Maycon Leandro da Conceição

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior

Taís Bleicher

Simone Peixoto Conejo

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaloneo

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.



Universidade Federal de São Carlos

Rod. Washington Luís km 235 - SP-310 - São Carlos

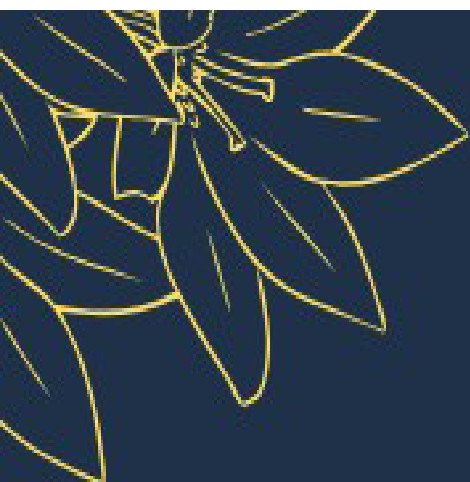
CEP 13565-905 <https://www2.ufscar.br>

A importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais

III Congresso de Saúde Mental da UFSCar

II Congresso Internacional Universidade e RAPS

Livro de memórias



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

- I34 A importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais : volume 1 [recurso eletrônico] / Maycon Leandro da Conceição ... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).
- “Este livro é resultado do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar, II Congresso Internacional Universidade e RAPS e do I Congresso Mirim de Saúde Mental da UFSCar, realizado em São Carlos-SP em outubro de 2019.”
Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-688-7
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7
1. Saúde mental - Congressos - Brasil. 2. Política de saúde mental - Brasil. 3. Doenças mentais - Psicologia. I. Conceição, Maycon Leandro da. II. Menezes Junior, Gustavo Emanuel Cerqueira. III. Bleicher Taís. IV. Conejo, Simone Peixoto. V. Título. CDD22: 362.20981

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

NO CERRADO CRESCE UMA FLOR DA FRUTA DO LOBO

Jair Barbosa Neto¹

Estamos vivendo em tempos áridos, com poucos investimentos e pouca valorização do trabalho nas universidades e na saúde, nos vemos em uma situação de menos recursos financeiros, materiais e estruturais, esta falta de investimentos faz lembrar muito o cerrado, que é o tipo de vegetação dominante na região de São Carlos, um ambiente árido, com poucos recursos, onde aconteceu o III Congresso de Saúde Mental da UFSCar.

No cerrado existe uma planta chamada fruta do lobo, ou lobeira, que, por si só, é um contrasenso, se pensarmos no arquétipo de lobo, um carnívoro que caça em matilhas.

Como pode existir uma fruta do lobo?

O lobo é o guará, um lobo diferente, onívoro e solitário, que se alimenta desta fruta e vive no cerrado.

A relação entre eles é ainda mais impressionante, o lobo costuma repousar debaixo da sombra desta planta, que geralmente se desenvolve próxima a formigueiros de saúvas, ele se protege do sol forte, e também, costuma, de vez em quando, fazer suas necessidades por ali, nos caminhos das saúvas. As saúvas coletam as sementes da fruta do lobo que são eliminadas nas fezes do guará, e levam para a entrada dos formigueiros, fazendo assim com que a fruta do lobo seja dispersada pelo cerrado e criando mais lugares de repouso para o lobo guará, mas não é aí que as coisas param, a fruta do lobo possui um tipo de antibiótico natural que controla um verme que afeta os rins dele, controlando assim sua doença.

No cerrado os recursos são poucos, muito sol, pouca água, pouca comida, este tipo de relação entre os seres nos traz uma lição para os ambientes áridos: a colaboração e a interdependência. E, apesar de parecer um arbusto sem graça, a lobeira possui uma flor roxa e amarela linda.

O III CSM da UFSCar nos traz este ensinamento o tempo todo: na aridez, temos que nos unir, caminhar juntos e juntas.

Nos textos que os leitores irão encontrar aqui neste e-book podemos perceber como os relacionamentos estão intimamente ligados à saúde mental, percebemos como a saúde mental pode ser construída ou destruída através das relações humanas e como podemos superar os desafios nos tempos áridos. Naquela época não tínhamos pandemia, mas já estávamos discutindo como construir resiliências.

¹ Doutor. Professor do departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos. Contato: jairbneto@ufscar.br

O nascimento do Congresso de Saúde Mental da UFSCar está descrito de uma forma bem interessante e bastante consistente, ao ler este ebook vocês poderão entender como este congresso surgiu e como foi evoluindo ao longo do tempo, inclusive como surgiu e como se desenvolveu um congresso voltado para as crianças, que aconteceu concomitantemente ao congresso para os adultos, facilitando assim a presença das pessoas que têm filhos participarem do congresso e também a atuação em prol da saúde mental das crianças. Temos também reflexões sobre a loucura e a universidade, a cultura da alta performance, a política e sua relação com a clínica psicossocial, a saúde mental dos estudantes nos tempos de ataques às universidades, a universidade como promotora de saúde e as artes como forma de cuidado e inclusão das pessoas. Nossos coletivos se organizam para o cuidado de si e do outro, fechando o ciclo de ajudar a quem me ajuda, assim, vamos levando nossas vidas, construindo e compartilhando resiliências, transformando nossas necessidades em remédios e reciclando nossas energias! A luta continua, caminhando juntos, nos apoiando e dando espaço para o outro passar!

Caminhar / Rima da Caminhada

Compositores: Geovana / Thaíde

“Caminhar

É dar espaço pra outro passar

Caminhar

É ver um sorriso em cada olhar

Eu quero a sua alegria

A sua felicidade e harmonia com os seus

Eu vou bem muito obrigada

Vivo acá com meus botões

Afinal, todos nós somos filhos de Deus

Se não dá para adiantar, meu bem, não atrasa

Se não dá para adiantar, meu bem, não atrasa

Saia dessa zona de conforto

Nesse mundo faz de conta você não é Peter Pan”

INTRODUÇÃO

Maycon Leandro da Conceição²

Este livro é resultado do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar: a importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais; II Congresso Internacional Universidade e RAPS e do I Congresso Mirim de Saúde Mental da UFSCar, realizado no município de São Carlos- SP em outubro de 2019. Os trabalhos apresentados nesta obra foram redigidos exclusivamente para compor esta coletânea, portanto, são produções acadêmicas originais e inéditas. Assim, o objetivo é trazer debates e reflexões do campo da saúde mental (re) produzidas através de um olhar micropolítico, interdisciplinar, baseados em questões atuais e fundamentais sobre o sofrimento mental da comunidade universitária, dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, saúde mental infanto-juvenil, universidade promotora de saúde, negociações políticas, sociais e culturais da clínica psicossocial, cultura da alta performance e movimentos artísticos culturais envolvendo a inclusão de crianças e adolescentes com deficiência.

A área temática de saúde mental, surge entre o final dos anos 1970 e início dos 1980, com a redemocratização no Brasil. Sendo marco importantes por transformações vinculados à luta antiproibicionista, da proteção e atenção psicossocial nas últimas quatro décadas. Tais mudanças institucionais, epistemológicas, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais, caracterizam-se por um processo complexo, heterogêneo, plural, envolvendo diversos marcos legislativos (Leis, Portarias, Notas Técnicas e Decretos), relação entre sociedade e loucura contemporânea e, especialmente, das lutas de resistências movidas por diferentes atores sociais, como usuários dos serviços de saúde mental, familiares, intelectuais, parlamentares, gestores públicos e nos movimentos sociais. (AMARANTE, 2007).

Durante muitas décadas, o Brasil adotou o campo da saúde mental no viés das moralidades, paradigma do proibicionismo e sob o saber psiquiatrizante, designando-se as pessoas e sofrimento mental ao regime de segregação social. Ao longo do percurso de redemocratização da sociedade e mobilização do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), nos anos de 1980, impulsionaram os ideários do direito à saúde, da atenção integral e da universalidade, articulados ao Movimento Sanitário, consolidando-se com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1992, onde foi operacionalizado o Sistema Único de Saúde.

² Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de São Carlos. Contato : mayconleandro819@gmail.com

Ao longo de vinte anos de implementação da Lei n ° 10.216 de 2001, avançaram iniciativas do modelo biopsicossocial, da expansão de novas prática do cuidado e asseguradas pela Política Nacional de Saúde Mental, responsável pelas diretrizes de políticas públicas no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como os Centros de Atenção Psicossocial, dentre outros serviços. Tais mudanças, implicaram deslocamentos dos sentidos sobre a biomedicalização, ressignificação da loucura e incorporação de outras formas de promoção da saúde mental, por exemplo, com a participação dos atores da universidade, mobilização dos movimentos artísticos-culturais e compreendidos a defesa dos direitos humanos, justiça social e dignidade humana.

Este e-book também pretende contribuir para o debate tão urgente do campo da saúde mental no atual contexto de enfrentamento à pandemia, decorrido por um novo coronavírus (SARS-CoV-2), ocasionando sofrimento e/ou adoecimento individuais e coletivos, impostos pelo “isolamento preventivo e social”. Portanto, analisar as estratégias de ações do Estado em garantir políticas públicas de saúde pública, fortalecimento do Sistema Único de Saúde, das universidades públicas brasileiras, a partir de diversos assuntos e linguagem acessível aqui retratados, sintetizam a produção e aplicação do conhecimento em saúde para o cuidado de base comunitária e do ensino, capacitação e extensão realizados nas universidades.

Esta obra está constituída em nove capítulos, cada um apresentando dimensões diversificada sobre conceitos, conteúdos e compartilhamento de pesquisas, revisões integrativas, ensaios de imagens e memórias, consideradas relevantes para o cenário regional, nacional e internacional. Ressalta-se que os escritos proporcionam diálogos entre trabalhos inseridos nos eixos norteadores: nas experiências interdisciplinares em Saúde Mental; Desafios atuais em Saúde Mental e sistemas universais de saúde; Saúde Mental na universidade: estudantes, técnicos e docentes; Saúde Mental e grupos vulneráveis.

Isto posto, o primeiro capítulo intitulado “Os Congressos de Saúde Mental da UFSCar e seus antecedentes: a coroação de uma história”, de Taís Bleicher, apresenta os apontamentos históricos e, especialmente, a trajetória de transformações e de fortalecimento do congresso, desde a sua primeira edição em 2016. Representando um crucial cenário de encontros entre pesquisadores, discentes, docentes e trabalhadores e movimentos sociais, voltados para a promoção de conhecimentos que envolvem as diversas áreas do campo dedicados ao tema da Saúde Mental. Outro aspecto importante demonstrado pela autora é relativo as ações universidade em promover atividades de ensino, pesquisa, extensão e programas de acolhimento à saúde mental, no âmbito da UFSCar e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O capítulo de Amarilio Ferreira Junior, “Elogio da loucura e produção do conhecimento: acumulação de bens simbólicos e sofrimento na universidade”, traz importantes contribuições da literatura de sistematização da área de saúde mental, inseridos no contexto de diferentes

saberes e examina questões da saúde mental dos trabalhadores e saúde mental dos docentes vinculados ao Sistema Federal de Ensino Superior.

Em seguida, Natália Pressuto Pennachioni e Giovanna da Silva Ferreira, em “A vida universitária e suas relações com a saúde mental dos estudantes”, descrevem os desafios e debates relativos as negociações estruturais, políticas, culturais e sociais, e, sobretudo, ao que se refere à permanência dos estudantes nas universidades públicas em interface com o processo de saúde-adoecimento. Nesse sentido, o próximo capítulo “O que é uma universidade promotora de saúde”, de Irma da Silva Brito, Alexandre de Assis Bueno e Renata Alessandra Evangelista, analisam as diretrizes das Universidades e as Instituições de Ensino Superior (UIES). Os autores analisam as contribuições do papel do ensino superior para a sociedade e aprendizagem, competitividade, da inovação e do avanço da tecnologia, valores do regime democrático e na expansão da cidadania, aumento da formação cultural e política da população.

No capítulo intitulado “Saúde Mental do trabalhador da alta performance: o caso do trabalhador em saúde”. Os autores analisam a saúde mental dos trabalhadores na cultura da alta performance e através da perspectiva de uma Nova Gestão Pública. O ensaio traz luz aos debates das consequências do trabalho como instrumentos de produção das subjetividades, sendo, portanto, o trabalho em Saúde e na Educação Permanente em Saúde como projetos e movimentos que influenciam a promoção da capacidade analítica e de coletivos.

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior, no artigo “Clínica e Política: intersecções necessárias na construção de tecnologias de cuidado na perspectiva psicossocial e da integralidade”, argumenta o protagonismo dos trabalhadores como atores fundamentais nas transformações sociais, culturais e políticas da clínica psicossocial. Ao longo do capítulo o autor propõe demonstrar o percurso de transformações no modelo assistencial em Saúde Mental e o papel dos sujeitos, em suas complexas relações sociais e do sofrimento psíquico.

Posteriormente, o capítulo “Não tão distante dali: a experiência do I Congresso Mirim de Saúde Mental”, compartilham o relato de experiência do primeiro encontro envolvendo o Congresso Mirim, argumentando a importância da promoção em saúde mental para as crianças e adolescentes, com o surgimento de um espaço seguro para que as mesmas expressassem suas percepções em torno da temática em saúde mental. Outro aspecto do Congresso Mirim está relacionado com iniciativas de suporte a estudantes e pesquisadores na UFSCar e entrelaçados com as diretrizes do Programa Nacional de Assistência Estudantil.

Por fim, Raquel Ortega, Alexandre Carneiro e Thamires Campos, em “Estudo de caso: o teatro como ferramenta de intervenção com adolescente diagnosticado com transtorno do espectro autista”, apresentam um estudo de caso relativo aos movimentos artísticos na inclusão social. Para examinar tal reflexão, ressalta-se a importância do trabalho multidisciplinar das áreas de Terapia Ocupacional, Arteterapia e Teatro realizados pelo centro de desenvolvimento humano Inclusione, na cidade de Campinas-SP, cartografia

tal que se propõe a habilitar e reabilitar crianças, jovens e adultos com deficiência na esfera da saúde mental a partir da perspectiva cultural. Ademais, o último capítulo “Luz, Câmera e Inclusão”. Os autores compartilham o caderno de imagens e memória da obra teatral “A nova roupa do rei!”, sendo um instrumento de inclusão através do Teatro Terapêutico.

Almejamos que o e-book contribua para o desenvolvimento da área da saúde mental, compreendidos em diversas abordagens teóricas-metodológicas e interface interdisciplinar com diversos contextos sociopolíticos, sociais e saberes em saúde mental. Nesse sentido, acreditamos que o compartilhamento de experiências dos trabalhos reunidos nesta coletânea, estimule o debate aos estudantes de graduação, pós-graduação, docentes, pesquisadores, público em geral e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial para contato com as produções científicas sobre a área da saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. /Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....17

**OS CONGRESSOS DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR E SEUS ANTECEDENTES: A
COROAÇÃO DE UMA HISTÓRIA**

Taís Bleicher

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/17-28

CAPÍTULO 2.....29

**ELOGIO DA LOUCURA E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: ACUMULAÇÃO DE BENS
SIMBÓLICOS E SOFRIMENTO NA UNIVERSIDADE**

Amarilio Ferreira Junior

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/29-43

CAPÍTULO 3.....44

**A VIDA UNIVERSITÁRIA E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE MENTAL DOS
ESTUDANTES**

Natália Pressuto Pennachioni

Giovanna da Silva Ferreira

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/44-59

CAPÍTULO 4.....60

O QUE É UMA UNIVERSIDADE PROMOTORA DE SAÚDE

Irma da Silva Brito

Alexandre de Assis Bueno

Renata Alessandra Evangelista

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/60-70

CAPÍTULO 5.....	71
SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR NA CULTURA DA ALTA PERFORMANCE: O CASO DO TRABALHO EM SAÚDE	
Cinira Magali Fortuna	
Maristel Kasper	
Adriana Barbieri Feliciano	
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/71-83	
CAPÍTULO 6.....	84
CLÍNICA E POLÍTICA: INTERSECÇÕES NECESSÁRIAS NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL E DA INTEGRALIDADE	
Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior	
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/84-95	
CAPÍTULO 7.....	96
NÃO TÃO DISTANTE DALI: A EXPERIÊNCIA DO I CONGRESSO MIRIM DE SAÚDE MENTAL	
Maria Fernanda Barboza Cid	
Larissa Campagna Martini	
Jacqueline Denubila Costa	
Fernanda de Andrade Leite Fernandes	
Alice Fernandes de Andrade	
Ervelley Moreira dos Santos Cardoso	
Kétlin Cristina Ferreira	
Letícia Lima dos Santos	
Leticia Lorbieski	
Renita de Cássia dos Santos Freitas	
DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/96-107	

CAPÍTULO 8.....108

ESTUDO DE CASO: O TEATRO COMO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO COM ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Raquel Helena Roland Ortega

Alexandre de Sousa Carneiro

Thamires Romêro Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/108-117

CAPÍTULO 9.....118

LUZ, CÂMERA E INCLUSÃO

Raquel Helena Roland Ortega

Alexandre de Sousa Carneiro

Thamires Romêro Campos

DOI: 10.47094/978-65-5854-688-7/118-128

OS CONGRESSOS DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR E SEUS ANTECEDENTES: A COROAÇÃO DE UMA HISTÓRIA

Tais Bleicher³

Em 2019, a Universidade Federal de São Carlos organizou a terceira edição do seu Congresso de Saúde Mental, com o tema: a importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais. Foi, também, a segunda edição do seu Congresso Internacional Universidade e RAPS, e, ainda, a primeira edição do Congresso Mirim de Saúde Mental. Crescendo ano a ano, estes eventos, que aconteceram concomitantemente, entre os dias 04 e 06 de outubro, vêm a coroar uma trajetória larga nos campos da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial da referida universidade. Este capítulo busca criar uma primeira memória, uma primeira narrativa que remontam a essa história que já conta algumas décadas, que, cada vez se complexifica mais, ganha novos atores, enraíza-se na região e além.

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA UFSCAR: HISTÓRIA, ATORES, PRODUÇÃO

A Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, fundada em 1968, foi a primeira instituição federal de Ensino Superior instalada no interior do Estado de São Paulo. Atualmente, possui quatro *campi*: São Carlos, Araras, Sorocaba e Lagoa do Sino, fundados em 1968; 1991; 2005 e 2012, respectivamente, sendo que o *campus* de São Carlos concentra os cursos de Saúde⁴.

Desde 1978, a UFSCar possui um departamento de atenção à Saúde de sua comunidade, que, passando por algumas mudanças de nomenclatura, hoje, chama-se Departamento de Atenção à Saúde – DeAS, no município de São Carlos. Hoje, é constituído por técnicos administrativos e profissionais da Enfermagem, Medicina, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Os demais *campi* também possuem serviços de Saúde, administrativamente vinculados à Pró-reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis – PROACE, mas, que atendem toda a comunidade. Paralelamente a isso, a UFSCar possui, em seu *campus* de São Carlos, a Unidade Saúde Escola – USE⁵.

3 Doutora. Professora do departamento de Psicologia e do Programa de Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos. Líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas Psicossociais de São Carlos titulação. tbleicher@ufscar.br

4 ² Dados institucionais, disponíveis em: <https://www2.ufscar.br/>

5 Dados institucionais, disponíveis em: <https://www2.ufscar.br/>

A Unidade Saúde Escola (USE) da UFSCar foi inaugurada em 2004 – e passou por ampliação em 2008 – e configura-se como uma unidade acadêmica e multidisciplinar da Universidade e tem como missão oferecer um cenário de prática que fomente ações de ensino, pesquisa e extensão e, assim, prestar assistência integral, qualificada, humanizada e gratuita à população de São Carlos e microrregião (municípios de Ibaté, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito). Nesse contexto, o ensino e a pesquisa acontecem de forma integrada com a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). No sistema público de saúde, a USE-UFSCar é considerada um ambulatório de média complexidade conveniada à Prefeitura Municipal de São Carlos (PMSC) por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – desde 2013.

A USE integra o organograma institucional da Universidade (SOUZA, 2020).

Em relação aos cursos que hoje constituem o campo da Atenção Psicossocial, a UFSCar passou a oferecer os seguintes cursos de graduação: Terapia Ocupacional, em 1978; Enfermagem, em 1986; Psicologia, em 1993 e Medicina, em 2006⁶. Os programas de pós-graduação em Terapia Ocupacional e o de Gestão da Clínica também agregam pesquisadores da área.

Ter sido o primeiro curso de graduação constituído, por si só, não justifica o fato de ser o curso de Terapia Ocupacional que agrega mais pesquisadores organizados no campo. De qualquer maneira, nasce no departamento de Terapia Ocupacional o único laboratório da UFSCar dedicado à Saúde Mental: o **LaFollia – Laboratório de Terapia Ocupacional e Saúde Mental**.

Os estudos desenvolvidos no laboratório focalizam a terapia ocupacional no campo da saúde mental e envolvem desde pesquisas acerca da formação profissional, de ações de intervenções, desenvolvimento de tecnologias, especialmente as tecnologias sociais, como também, pesquisas que se dedicam a avançar no desenvolvimento de referenciais teóricos e metodológicos no campo da saúde mental do adulto, de adolescentes, de crianças, de seus familiares e da rede de suporte social⁷.

O laboratório **LaFollia** está dedicado à pesquisa, à integração e ao aprofundamento de saberes e práticas interdisciplinares, à formação e capacitação de estudantes e profissionais, além do desenvolvimento de técnicas, em parceria com instituições públicas e privadas, grupos e organizações sociais e veículos de comunicação.

6 Dados institucionais, disponíveis em: <https://www2.ufscar.br/>

7 Dados institucionais, disponíveis em: <https://www.dto.ufscar.br/pesquisa/laboratorios/laboratorio-de-pesquisa-em-saude-mental>

O protagonismo do departamento de Terapia Ocupacional no campo da UFSCar é quantificável. Das 137 atividades de extensão oferecidas pela UFSCar, até hoje, com o tema Saúde Mental, 74 delas foram oferecidas por este departamento, seguidas de 19 pelo Departamento de Medicina, 16 pelo departamento de Psicologia, 10 pelo departamento de Enfermagem, e os demais por distintos atores. No marco de referência da Atenção Psicossocial, entretanto, a UFSCar já ofereceu 27 atividades, sendo 16 delas a partir do departamento de Psicologia, 8 do departamento de Enfermagem, 2 do departamento de Terapia Ocupacional e um do departamento de Desenvolvimento Rural. Finalmente, a UFSCar já teve, ao todo, 10 programas de extensão no campo da Saúde Mental e um adotando a Atenção Psicossocial como marco de referência⁸.

Dentro de tantas atividades, destacam-se as diversas parcerias com distintas gestões municipais, diversos formatos de capacitação e eventos, de minicursos a especializações, de eventos pequenos a congressos.

A Saúde Mental na UFSCar ganha novo fôlego com a entrada do psiquiatra Jair Borges Barbosa Neto, no curso de Medicina. A partir de sua iniciativa, foi criada a Liga Acadêmica de Saúde Mental, hoje, coordenada pela professora Angélica Martins de Souza Gonçalves, do departamento de Enfermagem. Foi também por iniciativa de Jair que foi oferecido o **Simpósio multidisciplinar em saúde mental**, o embrião do que viria a ser o **Congresso de Saúde Mental da UFSCar**⁹, exatamente 20 anos depois do nascimento do **LaFollia**.

CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA: CONSTRUÇÕES ENTRELAÇADAS

Com tantos bons e reconhecidos congressos de Saúde Mental no Brasil, para quê oferecer um congresso... “da UFSCar”?

Desde sua primeira edição, em 2016, o congresso da UFSCar apresentou algumas características que o diferenciava dos demais congressos em Saúde Mental. Suas duas primeiras versões, gratuitas, tornavam-no atraente à enorme quantidade de universitários das cidades próximas. A sua relação com a universidade também apareceu na temática que guiou a sua primeira edição: a saúde mental do universitário. Assim, essa primeira edição do congresso, já com esse nome pomposo, mas, ainda, em um formato muito pequeno, consistiu em três mesas redondas: **O prejuízo da ansiedade no universitário; Depressão e suicídio na graduação: como abordar?**; **“Abuso de substâncias entre universitários”**. A temática encarnava uma preocupação atual para diversas universidades do mundo, mas, também, localmente.

8 Dados institucionais, disponíveis em: <https://www.proexweb.ufscar.br/>

9 Dados institucionais, disponíveis em: <https://www.proexweb.ufscar.br/>

É verdade que a compreensão de que a comunidade universitária merece especial atenção no que tange à sua saúde aparece em momentos distintos da história para cada país, assim como as próprias universidades também surgem em momentos muito diferentes ao redor do mundo. Apenas a título de exemplo, o primeiro serviço de Saúde de estudantes que se tem notícia surgiu em 1861, enquanto que o primeiro serviço de Saúde Mental para esse público, em 1910 (KRAFT, 2011), ambos nos Estados Unidos, em um período em que sequer existiam universidades no Brasil (FÁVERO, 2006). Nesse país, a tradição da pesquisa em Saúde Mental dos estudantes universitários se manteve, especialmente, através da *American College Health Association* – ACHA, que, desde 1920 realiza um trabalho de advocacia, pesquisa sistemática e educação no tema. Hoje, a ACHA representa mais de 800 instituições de Ensino Superior, oferecendo uma cobertura para 20 milhões de estudantes. Sendo que, há mais de dez anos, essa associação tem reportado prevalências elevadas de sintomatologia depressiva e ansiosa entre os estudantes das universidades a ela vinculadas (NOGUEIRA, 2017).

Infelizmente, muitos países não possuem dados tão sistematizados sobre sofrimento psíquico em sua comunidade universitária. No Brasil, não é diferente.

Em que pese o profundo avanço histórico que tivemos no campo da Saúde, na Era Lula (2003-2011), a década seguinte foi de grande retrocesso. Ainda neste marco de construção, além dos avanços do próprio Sistema Único de Saúde e da implementação da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), foi um período especialmente importante para se pensar saúde nas universidades. De um lado, foi criado o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS, que tinha como público-alvo todos os servidores públicos federais. De outro, a normatização do Programa Nacional de Assistência Estudantil - SIASS, por meio de decreto presidencial (BRASIL, 2010), coloca a saúde do estudante das universidades e institutos federais na agenda pública federal.

Embora ambas as políticas tenham sido construídas, praticamente, no mesmo período, o SIASS recebeu, inicialmente, muito mais investimento pelo governo federal, do ponto de vista do estabelecimento de diretrizes para a sua concretização, metas de funcionamento, capacitações para os técnicos que iriam operá-la e suporte em tecnologia de informação. Nada disso ocorreu em relação ao PNAES (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016). Infelizmente, mesmo em um governo mais progressista, repete-se a lógica de investimento em populações que servem à produção, traço que, internacionalmente, vem desde os estudos sobre a saúde dos trabalhadores da indústria, e, nacionalmente, remontam aos estudos sobre a saúde das pessoas escravizadas no Brasil Colônia (BLEICHER, 2015). De qualquer maneira, o PNAES deu novo fôlego à reflexão prática e teórica sobre saúde do estudante universitário.

Paralelamente a isso, o fenômeno do suicídio entre os estudantes universitários se tornou cada vez mais emergente na mídia nacional, tornando-se, posteriormente, objeto de investigação e práticas em diversas universidades brasileiras (SILVA; AZEVEDO, 2018;

SANTOS et al., 2017; NASCIMENTO; MUNER, 2021), nos últimos anos. Infelizmente, o suicídio de estudantes universitários também tem sido uma realidade na Universidade Federal de São Carlos, somadas a outras questões de Saúde: as Infecções Sexualmente Transmissíveis, o uso problemático de substâncias e quadros psicopatológicos diversos. A Universidade não conta, hoje, com um banco de dados em Saúde da sua comunidade universitária, além de não realizar levantamentos epidemiológicos institucionais, e nem notificação compulsória dos casos de suicídio em registro único, o que fragiliza a construção de ações adequadas para o enfrentamento dos problemas encontrados. É possível encontrar, entretanto, pesquisas pontuais que apontam para estes mesmos problemas, além de formas de enfrentá-los, desde a década de 1990 (FIGUEIREDO; OLIVEIRA, 1995; GIMENES et al., 1996)

Paralelamente à construção do I Congresso de Saúde Mental da UFSCar, existia, também, o interesse, por parte da Pró-reitoria de Assistências Estudantis – PROACE – de aumentar a resolutibilidade da atenção à saúde da comunidade universitária. Professores, técnicos e alunos foram convidados para reunir, organizar e criar projetos que comporiam a política pública de saúde mental da UFSCAR, para servidores e alunos. Com esse objetivo, foi criado o programa de extensão **Vida Universitária e Saúde Mental**, coordenado por mim, professora do departamento de Psicologia, que, antes de ser professora na UFSCar, fui técnica da Assistência Estudantil da Universidade Federal do Ceará. Nessa universidade, havia, exatamente, ajudado a instituição a avançar de um modelo ambulatorial, de tratamento, voltado ao indivíduo e sem eficácia, para um modelo de Atenção Psicossocial, inclusive, criando uma seção com esse marco de referência, em parceria com a assistente social e psicopedagoga Soraya Moreira Pessoa (BLEICHER, 2016).

O programa **Vida Universitária e Saúde Mental**, por sua vez, funcionava de maneira articulada e possuía os seguintes grupos de trabalho:

- Construção da política de Saúde Mental do Estudante Universitário. Esse grupo de trabalho se institucionalizou, a partir do Conselho de Assuntos Comunitários e Estudantis – COACE, e passou a ser formado por professores, técnicos e alunos de todos os *campi* da UFSCar. Foi formada uma comissão em abril de 2018, que trabalhou até março de 2020 em relatório que visava subsidiar a criação de uma Política de Saúde Mental da UFSCar. Esse relatório pode ser lido em: https://saci.ufscar.br/data/pauta/69473_saudemental_relatorio.pdf.

- Enfrentamento ao suicídio do estudante da UFSCAR. Em um primeiro momento, as discussões desse grupo levaram à criação do **Programa Institucional de Acolhimento e Incentivo à Permanência Estudantil – PIAPE**. Entendendo que apenas os serviços e servidores da UFSCar eram insuficientes para dar conta da complexidade das ações relacionadas ao campo da Atenção Psicossocial, lançou-se um edital permanente que incentiva professores e alunos a criarem ações nesse campo, por meio da concessão de bolsas para os alunos de graduação. Hoje, esse edital contempla iniciativas nos eixos de

saúde física, saúde mental e suporte social¹⁰. Após uma pequena interrupção das atividades, o grupo retornou mais voltado à temática que lhe deu origem, trabalhando na adaptação do instrumental da Universidade de Columbia de prevenção ao suicídio (POSNER, 2008), para o contexto local. Primeiramente, o material foi adaptado para a cidade de São Carlos; posteriormente, para o município de Araras e para os municípios ligados ao *campus* de Lagoa do Sino. Esse material também é utilizado em treinamentos realizados de prevenção ao suicídio a partir do departamento de Psicologia.

- Produção de cartilha sobre saúde mental na universidade.

- Diagnóstico institucional e perfil de saúde mental do estudante universitário.

- Frente de redução de danos. Neste momento, está frente atuava nas calouradas universitárias, participava de atividades educativas e rodas de conversa e promoveu grupo de estudo, aberto para a comunidade, na temática. Também houve integração com as atividades realizadas pelo DeAs de enfrentamento às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

- Articulação com a Rede de Atenção Psicossocial do município. Essa frente gerou a atividade de extensão **Assessoria para a criação e acompanhamento da política de saúde mental da UFSCAR**, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal atividade tinha como objetivos “servir de suporte aos grupos envolvidos com a criação da política de Saúde Mental da UFSCAR; fornecer subsídios teóricos e instrumentais para a criação da política de Saúde Mental da UFSCAR; e mediar o diálogo entre os gestores dos Sistemas de Saúde e de Assistência Social nos municípios onde existem *campi* da UFSCAR”¹¹. A assessoria seria realizada com Manuel Desviat, ex-assessor da OMS para Saúde Mental na América Latina e, também, para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

10 Dados institucionais, disponíveis em: https://www.bolsas.ufscar.br/BOLSAS/ProACE/documentos/Edital_PIAPE_ProACE_n_1_2021.pdf

11 Dados institucionais, disponíveis em: <https://www.proex.ufscar.br/comunidade/projetos/saude>

Ao final do ano de 2018, a gestão da Pró-reitoria de Assistência Estudantil interrompeu o suporte às atividades. Com a mudança de gestão, a partir de 2021, o programa **Vida Universitária e Saúde Mental** volta a ter apoio institucional. Durante este período, entretanto, o grupo de trabalho de Redução de Danos, da UFSCar, continuou atuando, oferecendo três turmas de formação para as políticas públicas de Redução de Danos, uma oficina de multiplicadores em Redução de Danos e uma capacitação voltada ao uso de técnicas corporais para Redução de Danos, além de ter feito diversas atividades educativas a convite, rodas de conversa, apresentação e publicação de trabalhos, e produção de material para mídias sociais. A frente de diagnóstico institucional não avançou, permanecendo a carência de dados institucionais sobre a comunidade universitária. A articulação com as redes continuou no município de Araras, para o período que havia previamente sido pensado – dois anos e meio; apesar de não contar mais com a presença de Manuel Desviat, uma vez que não havia recursos institucionais para isso. Nos outros municípios, não foi possível dar continuidade ao projeto, por outros atores, uma vez que necessitavam de recurso para deslocamento e hospedagem. Malograda a intenção inicial de coordenação institucional das atividades de Saúde Mental na UFSCar durante este período, restaram as atividades pontuais que continuaram acontecendo, sendo oferecidas por professores e técnicos da instituição, com a expectativa de retomada, nesse novo recomeço, agora, como política pública normativa e gerencial para Saúde Mental da UFSCar.

Este breve momento, entretanto, permitiu o encontro de diversos atores, dos diferentes *campi*, que continuaram trabalhando juntos, embora sem coordenação institucional. O encontro de quem faz a Atenção Psicossocial no cotidiano da instituição e que continuaram a fazer, sempre com especial atenção ao recorte universitário. Desta maneira, nasceu a terceira edição do Congresso de Saúde Mental da UFSCar.

III CONGRESSO DE SAÚDE MENTAL DA UFSCAR: A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE FRENTE AOS DESAFIOS ATUAIS; II CONGRESSO INTERNACIONAL UNIVERSIDADE E RAPS E I CONGRESSO MIRIM DE SAÚDE MENTAL

Aparentemente, na região do estado de São Paulo na qual se encontra São Carlos, havia uma demanda pela discussão nos campos da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial. O primeiro evento dessa natureza, já mencionado, ainda com o caráter de simpósio, foi pensado para cem pessoas e, rapidamente, necessitou mudar o espaço em que ocorreria, devido à inscrição de quatro vezes o público inicial. Portanto, desde o nascimento do Congresso de Saúde Mental da UFSCar, até sua terceira edição, o movimento das equipes de organização precisou ser o inverso: limitar a quinhentas pessoas o seu público, devido à alta demanda regional, e, ao mesmo tempo, as limitadas condições organizacionais e estruturais para sua realização. Ao mesmo tempo, a partir da bem-sucedida experiência local do **Simpósio multidisciplinar em saúde mental**, os congressos de Saúde Mental da

UFSCar já foram pensados como eventos regionais.

A primeira edição do Congresso de Saúde Mental da UFSCar, já descrito nesse capítulo, pelos seus convidados e seu público, acabou se configurando como um evento que atraiu pessoas de diversas cidades de São Paulo. Com essa bem-sucedida experiência, a organização da segunda edição do congresso já visava sua ampliação para um evento com convidados internacionais, o que de fato se concretizou, com a presença de Adam Lesser, professor assistente clínico de Serviço Social Psiquiátrico na Divisão de Psiquiatria Infantil e Adolescente da Faculdade de Médicos e Cirurgiões Vagelos da Universidade de Columbia, e vice-diretor do Projeto Farol Columbia no Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York, configurando o nosso **I Congresso Internacional Universidade e RAPS**.

A presença de Adam Lesser estava integrada e articulada às ações desenvolvidas pelo grupo de trabalho de enfrentamento ao suicídio do programa **Vida Universitária e Saúde Mental**. O propósito de sua conferência foi apresentar a Escala de Classificação de Risco de Suicídio de Columbia, **Columbia Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS** (POSNER, 2008), instrumento que, como já relatado anteriormente, foi traduzido e adaptado à realidade local e, inicialmente, utilizado em oficinas ligadas à UFSCar. Esse aprendizado serviu, também, para o oferecimento de oficinas que são realizadas por dois serviços de Atenção Psicossocial da Universidade de São Paulo, do *campus* São Carlos - Apoia USP e Grupo de Apoio Psicopedagógico do ICMC/USP - GAPSI, e, ainda, são utilizados nas capacitações de estágios dos alunos de segundo e quarto ano de Psicologia da UFSCar, que estão sob minha supervisão clínico institucional e orientação acadêmica, respectivamente (FERNANDES; BLEICHER, 2020; MELO et al., 2019; MAZOTA et al., 2019; MAZOTA; MARRETA; BLEICHER, 2019). O *campus* da USP de São Carlos, onde há uma política de Atenção Psicossocial gerencial implantada pelo Apoia USP e pelo GAPSI avança para o seu terceiro ano sem suicídio de membros da sua comunidade universitária. Todos os técnicos e estagiários desses serviços são capacitados a reconhecer risco de suicídio, realizar pronta intervenção e capacitar os membros da comunidade universitária, de forma sistemática, sobre políticas públicas e técnicas de prevenção de suicídio. Nesse sentido, percebe-se que o pensar-agir da UFSCar sobre a temática da Atenção Psicossocial e, em específico, no contexto universitário, acaba por fazer da região um polo dedicado a essa temática.

No **II Congresso de Saúde Mental da UFSCar**: Integrando práticas e saberes em saúde mental, ocorrido no ano de 2018, a própria estrutura do evento se complexificou e enriqueceu. Além da conferência internacional e mesas redondas, o evento passou a integrar propostas artístico-culturais, receber trabalhos externos, agrupados como rodas de conversas e oferecer oficinas¹². Foi uma importante marca dessa edição a integração entre pesquisadores, trabalhadores das RAPS locais e coletivos da sociedade civil.

¹² A partir da recepção de trabalhos, temos a primeira organização pública de nossas memórias, na forma de anais, disponível em: <<https://fai1uploads.s3.amazonaws.com/1/others/361328612b85671bd249bfba5ca70cb58a77f0e2.pdf>>

Finalmente, a terceira edição do Congresso de Saúde Mental da UFSCar, com o tema “a importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais”, ampliou ainda mais a sua abrangência. Nessa edição, a organização do evento passou a contar com parceiros de outras universidades e instituições brasileiras, como a Universidade de Fortaleza, Universidade de Brasília, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Universidade de São Caetano do Sul e Universidade Federal da Bahia. Graças ao financiamento e apoio de diversas instituições, inclusive, por meio de edital de eventos¹³, além de cobrança de uma taxa simbólica para a comunidade externa à UFSCar, manteve o seu caráter internacional, mas, pôde trazer, também, convidados de diversas instituições brasileiras: Universidade Federal de Goiás; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Universidade Federal da Bahia; Universidade Federal de São Paulo; Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Estadual de Campinas; Universidade de São Caetano do Sul e Universidade de São Paulo. Internacionalmente, recebemos convidados do Kings College London - Inglaterra; Istituto Superiore Carnacina – Itália, e da Escola de Enfermagem de Coimbra – Portugal. Os inscritos eram oriundos de estados do Sul e do sudeste do Brasil. Os eixos temáticos do congresso foram as experiências interdisciplinares em Saúde Mental; os desafios atuais em Saúde Mental e sistemas universais de saúde; Saúde Mental e grupos vulneráveis e a ênfase anterior na comunidade universitária, dos anos anteriores, permanece, no eixo: Saúde Mental na Universidade: estudantes, técnicos e docentes¹⁴.

No campo das artes e da Cultura, além do grupo de teatro Ouroboros, do departamento de Química, da própria UFSCar, que se dedica a aproximar a população em geral do conhecimento acadêmico por meio de oficinas de circo e teatro, contamos com a peça de teatro **A nova roupa do rei!**, do centro de desenvolvimento humano Inclusion, de Campinas.

A grande inovação deste ano foi mesmo a realização, em paralelo, do **I Congresso Mirim de Saúde Mental**. A ideia partiu das professoras da UFSCar Maria Fernanda Barboza Cid e Larissa Campagna Martini, que, no cotidiano da vida acadêmica, dedicam-se à questão: como fazer possível a inclusão de pais, mães e cuidadores em todos os espaços da vida acadêmica? Essa iniciativa será detalhada mais adiante, em capítulo específico.

13 Essa edição do congresso contou com o patrocínio dos sindicatos ADUFSCar; SINTUFSCAR, além de financiamento, por meio de edital, do Conselho Federal de Psicologia, CAPES, apoio institucional das pró-reitorias de Extensão, Administração e de Graduação da UFSCar e, ainda, apoio da agência de viagens *Vivir Bien*.

14 Nesta edição, o evento passa a ter dois anais, um relativo a resumos e outro relativo a trabalhos completos. Ambos podem ser acessados por meio do link: <https://congressosm3.faiufscar.com/anais#/>

Mais uma vez, entretanto, a UFSCar avança na compreensão ampliada sobre Assistência Estudantil. São essas mesmas reflexões que possibilitarão, em 2021, a criação do projeto **Suporte a estudantes e pesquisadores na UFSCar cuidadores de crianças em contexto de pandemia de COVID-19**, este vinculado a mim: a compreensão de que o eixo de atuação que, no Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES, 2010) se intitula creche, na verdade, é muito mais amplo do que o mero oferecimento de creches ou recursos para cuidadores. A universidade precisa ser inclusiva para pais, mães e cuidadores em todo o seu cotidiano, incluindo, os grandes eventos.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL NA UFSCAR: PRESENTE E FUTURO

Os congressos de Saúde Mental da UFSCar, que vinham acontecendo anualmente, precisaram ser interrompidos em 2020, devido à pandemia de COVID-19. Esse grupo coeso de docentes e técnicos, que vem se constituindo ao longo das décadas, tem como uma de suas marcas a integração de suas atividades de ensino, pesquisa e extensão ao Sistema Único de Saúde – SUS – e às RAPS de diversos municípios. Não por acaso, um grande número desses docentes se encontra vinculado ao programa de pós-graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, mestrado profissional, que atrai alunos de diversas cidades da região. É da natureza dos programas de pós-graduação profissionais o voltar-se para o mundo do trabalho e a transformação social, por meio da produção acadêmica.

Compreendemos que o ano de 2020 exigia de nós outras ações. Seríamos muito mais úteis aos municípios da região se agíssemos no enfrentamento das novas, complexas e desafiadoras questões trazidas pela COVID-19, no que tange ao sofrimento psíquico. Diante disso, optamos por não realizar a quarta edição do congresso, neste período. De sua última edição, nasceram dois livros: esse, que ora se apresenta, que busca trazer a memória daquilo que foi vivido presencialmente, através das palavras dos convidados, e seu irmão, dedicado ao tema da Saúde Mental e Pandemia da COVID-19. O grupo, então, reuniu-se no programa **Saúde Mental em Ação**, liderado pela professora Larissa Campagna Martini, para se dedicar, especificamente, à construção de conhecimento, pesquisa e práticas de Saúde Mental no contexto da COVID-19.

Finalizo esse capítulo com o convite à memória do que foi e com o desejo de voltar.

REFERÊNCIAS

BLEICHER, T. **A política de Saúde Mental de Quixadá, Ceará (1993-2012)**: uma perspectiva histórica do sistema local de Saúde. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Doutorado em Saúde Coletiva, Associação Ampla - Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, Fortaleza. 2015.

BLEICHER, T. Arte, salud mental y Asistencia Estudiantil. **Átopos - salud mental**,

comunidad y cultura, v. 17, p. 56-62, 2016.

BRASIL. **Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lex**: disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 07 ago. 2012.

BRASIL. **Decreto n. 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. **Lex**: Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm>. Acesso em: 12 abr. 2020.

FÁVERO, M. de L. de A. A Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar em Revista**, n. 28, p. 17-36, 2006.

FERNANDES, A. J. N. L.; BLEICHER, T. Formação para atuação profissional em Assistência Estudantil, com foco em Saúde Mental, na UFSCar. In: CÂMARA, C. M. F. et al.; (orgs.). **Psicologia e Educação**: nas Entrelinhas de um Encontro. Erechim: Deviant, 2020. p. 393-406.

FIGUEIREDO, R. M. de; OLIVEIRA, M. A. P. de. Necessidades de estudantes universitários para implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 05-14, Jan. 1995.

GIMENES, M. da G. G et al. A prevenção da AIDS entre estudantes universitários: a resposta da UFSCAR. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 59-69, abr. 1996.

KRAFT, D. P. One hundred years of college mental health. **Journal of American College Health**, v. 59, n. 6, p. 477-481, 2011..

MELO, et al. Apoio USP: relato de experiência da construção de um serviço de Atenção Psicossocial no campus da USP São Carlos. In: III Congresso de Saúde Mental da UFSCar: a importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais II Congresso Internacional Universidade e RAPS, 2020, São Carlos. **Anais do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar**: artigos completos. São Carlos: UFSCar, 2019. v. 1. p. 139-149.

MAZOTA, G. ; PEREIRA, R. ; VIEIRA, M. E. T. ; **BLEICHER, T.** . Políticas Públicas de Assistência Estudantil no Contexto Universitário: Relato de Experiência Sobre Novas Perspectivas para Formação e Atuação na Saúde Mental. In: V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior, 2019, Faro. **Book of proceedings**. V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior.. Faro: CIEO Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics, 2019. p. 146-154.

MAZOTA, G. ; MARRETA, M. F. ; **BLEICHER, T.** . O cuidado em Saúde mental no contexto universitário: a experiência no Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação. In:

V Congresso Ibero-Americano e Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde I Congresso Promoção da Saúde e do Bem-Estar no Ensino Superior, 2019, Faro. **Book of proceedings**. Faro: CIEO Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics, 2019. p. 146-150.

NASCIMENTO, A. M. do; MUNER, L. C. Suicídio entre os universitários: uma análise da produção científica dos últimos 10 anos. **Amazônica-Revista de Psicopedagogia, Psicologia escolar e Educação**, v. 13, n. 1, jan-jun, p. 619-648, 2021.

NOGUEIRA, M. J. C. **Saúde Mental em estudantes do Ensino Superior**: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade. 2017. 269 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de Lisboa, Lisboa. 2017.

POSNER, K. et al. **Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS)**. New York: Columbia University Medical Center, v. 10, 2008.

SANTOS, H. G. B. dos et al. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2878, 2017.

SILVA, M. V. M. da; AZEVEDO, A. K. S. Um olhar sobre o Suicídio: vivências e experiências de estudantes universitários. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 390-401, 2018.

SOUZA, G. C. B. de. **Plano de comunicação externa para uma unidade pública de saúde**: o caso da Unidade Saúde Escola da UFSCar. Dissertação (Gestão de Organizações e Sistemas Públicos) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2020

ELOGIO DA LOUCURA E PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: ACUMULAÇÃO DE BENS SIMBÓLICOS E SOFRIMENTO NA UNIVERSIDADE

Amarílio Ferreira Jr.¹⁵

INTRODUÇÃO

Particpei do *III Congresso de Saúde Mental da UFSCar: a importância da interdisciplinariedade frente aos desafios atuais*¹⁶ na condição de presidente da ADUFSCar, o sindicato dos docentes da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A organização do evento convidou-me para fazer parte da mesa redonda intitulada *A Saúde Mental do Trabalhador*¹⁷. Quando recebi a convocatória, deparei-me, imediatamente, com duas questões a serem resolvidas: saúde mental dos trabalhadores em geral ou saúde mental dos docentes vinculados ao Sistema Federal de Ensino Superior? Decidi-me pela segunda abordagem, o que me parecia mais óbvio. Quanto à segunda questão, não menos complicada: como discursaria sobre saúde mental se tenho formação acadêmica realizada exclusivamente no âmbito das Humanidades? Resolvi que falaria *de fora para dentro*, ou seja, abordaria a temática da saúde mental dos docentes em uma perspectiva das Ciências Humanas e não da Saúde no sentido acurado, até porque não seria capaz de tal proeza. Se a minha abordagem iria trilhar pelo viés das denominadas *artes liberais*, logo outro problema se imporia: pelas lavras de quem eu falaria? Neste caso, confesso que não houve indecisões, a posição assumida teve uma compleição peremptória: fui direto à estante da biblioteca onde estão ordenados os pensadores que considero clássicos. Aqui, estou usando o conceito de “obras clássicas” no mesmo sentido daquele que foi empregado por Norberto Bobbio, ou seja:

15 Doutor em História Social (USP). Pós-Doutorado na University of London (institute of Education). Professor Titular do Departamento de Educação (UFSCar) e Bolsista Produtividade do CNPq. Email: ferreira@ufscar.br

16 ² O III Congresso de Saúde Mental da UFSCar (III CSM) ocorreu na primeira quinzena de outubro de 2019. Portanto, antes mesmo do que viria acontecer a partir de fevereiro de 2020, quando a pandemia do Covid-19 agravou ainda mais as condições de vida e trabalho no âmbito das atividades acadêmicas que desenvolvemos, particularmente, com relação ao ensino remoto. Este artigo, por conseguinte, não abordará as condições de saúde mental dos docentes com base no contexto sanitário mundial que nos assola.

17 A mesa redonda foi compartilhada com as seguintes palestrantes: Prof.^a Dr.^a Alana de Paiva Nogueira Fornereto (UFSCar); Prof.^a Dr.^a Cinira Magali Fortuna (USP-RP) e Gisele Zutin Castelani, representante do SINTUFSCar, o sindicato dos Técnicos Administrativos da UFSCar.

“Considero clássico um escritor ao qual possamos atribuir estas três características: a) seja considerado intérprete autêntico e único do seu próprio tempo, cuja obra seja utilizada como instrumento indispensável para compreendê-lo (...); b) seja sempre atual, de modo que cada época, ou mesmo cada geração, sinta a necessidade de relê-lo e, relendo-o, de interpretá-lo (...); c) tenha construído teorias-modelo das quais nos servimos continuamente para compreender a realidade, até mesmo uma realidade diferente daquela a partir da qual as tenha derivado e à qual as tenha aplicado, e que se tornaram, ao longo dos anos, verdadeiras e próprias categorias mentais (BOBBIO, 2000, p. 130)”.

Após escolher os meus “clássicos”, impus-me a tarefa de reler Erasmo de Rotterdam (*Elogio da loucura*); Sigmund Freud (*O mal-estar da civilização*); Antonio Gramsci (*Americanismo e fordismo*); e Pierre Bourdieu (*O campo científico*). Mas, logo percebi que não bastava solucionar essas questões de forma isolada. Era preciso estabelecer um *filio de Ariadne* que me permitisse transitar pelos labirintos da imensa galeria histórica na qual está marchetada a saúde mental de uma determinada categoria social de trabalhadores: os docentes do Sistema Federal de Ensino Superior.

A opção foi, então, fiar-me à compreensão de Educação que está registrada nas páginas da *Ilíada* de Homero, mais precisamente no Canto IX. Nesta obra matricial da civilização ocidental, está configurada pela primeira vez a concepção omnilateral de homem. Nela, o aedo relata-nos quais foram os fundamentos pedagógicos que Fênix – o preceptor – empregou para educar Aquiles, o mais perfeito guerreiro grego no cerco de Tróia. Na passagem que se segue, o aedo Fênix, em resposta às recusas do seu pupilo Aquiles de continuar combatendo ao lado dos gregos, narra-nos o seguinte:

“Se, nobre Aquiles, de fato pretendes voltar para a pátria, e te recusas, de todo, a livrar os navios acaios [gregos] do voraz fogo, uma vez que ainda a cólera o peito te inflama, como é possível, meu filho, pensares que eu possa ter vida longe de ti? Por Peleu [pai biológico de Aquiles] fui mandado seguir-te, no dia em que de Ftia te enviou para o filho de Atreu, Agamenon, ainda na infância, igualmente inexerto nas guerras penosas e nos discursos das ágoras [assembleias], onde os heróis se enaltecem. Sua intenção [de Peleu] foi que viesse contigo, para que te ensinasse como dizer bons discursos e grandes ações pôr em prática” (HOMERO, 2002, p. 226.).

Foi com base neste excerto da epopéia homérica que se desenvolveu, no mundo ocidental, uma larga *praxis* pedagógica baseada na concepção formativa do ser humano completo, ou seja, aquele que, no sentido moderno, desempenha, a um só tempo, as artes do *fazer* (trabalho) e do *falar* (política), isto é: produz riqueza material e governa. Em outras palavras, a educação prática e intelectual fundamentada na cultura geral (Humanidades),

Tecnológica (Matemática, Física, Química e Biológica) e Ginástica (corpo saudável).

Portanto, a minha participação na mesa redonda do III CSM/UFSCar se fundamentou nas premissas teóricas acima explicitadas. Este capítulo tem como objetivo reconstruir esses parâmetros de forma mais plausível possível no tocante àqueles que verbalizei durante a minha exposição e, por conseguinte, em relação ao respectivo debate que dela se seguiu.

O “HOMEM DE CIÊNCIA” E ADOECIMENTO FÍSICO-COGNITIVO

Tal como já foi afirmado, este capítulo não aborda a categoria social do trabalhador em sentido abstrato; mas, sim, por meio da categoria profissional daqueles que desenvolvem atividades laborais concretas mediante a indissociabilidade existente entre ensino, pesquisa e extensão. Portanto, trata-se da categoria dos professores-pesquisadores das Universidades Federais, particularmente, os que estão submetidos ao mesmo regime de trabalho concernentes à criação de conhecimentos e formação de pessoas em áreas profissionais de natureza universal. Para abordar o mundo profissional do trabalhador acadêmico, utilizarei um fio condutor que esquadrihará a seguinte vereda: as origens históricas do trabalho intelectual a partir da Idade Moderna; o impacto da Revolução Industrial de século XIX no mundo do trabalho imaterial¹⁸; e o produtivismo acadêmico nos marcos do capitalismo neoliberal¹⁹ e suas reverberações para a saúde mental dos docentes.

O advento histórico relacionado ao processo de consolidação das relações mercantis de produção (grandes navegações, reformas religiosas, mercado mundial de mercadorias e renascimento da cultura greco-romana), nos marcos do século XVI, acentuou a dicotomia entre trabalho prático e teórico. A burguesia mercantil promoveu uma ruptura com a cultural prevaiente durante a Idade Média, a começar pelas sete *artes liberais*.

18 Estou usando o conceito de *trabalho imaterial* com o sentido homólogo ao de *trabalho intelectual* (como se fosse uma espécie de *mimese*), ou seja, que manifesta antinomias com o trabalho manual, tal como Marx e Engels a expressaram na obra *A ideologia alemã* (1982, t. I, p. 23 *et seq.*). Essa contradição entre trabalho intelectual (gratificante) e manual (penoso), que se estabelece no interior das relações capitalistas de produção, só poderá ser superada com advento do comunismo, segundo as obras marxianas. Em 1875, Marx voltou a essa temática no seguinte extrato: “Numa fase superior da sociedade comunista, depois de ter desaparecido a servil subordinação dos indivíduos à divisão do trabalho [braçal e intelectual] e, com ela, também se ter tornado, não só meio de vida, mas, ele próprio, a primeira necessidade vital; depois de, com o desenvolvimento omnilateral dos indivíduos, as suas forças produtivas [antes] terem também crescido e todas as fontes manantes da riqueza cooperativa jorrarem com abundância – só então o horizonte estreito do direito burguês poderá ser totalmente ultrapassado e a sociedade poderá inscrever na sua bandeira: De cada um segundo as suas capacidades, a cada um segundo as suas necessidades” (MARX, 1985, t. III, p. 17.).

19 Sobre as políticas neoliberais aplicadas no campo educacional – em uma perspectiva histórica –, consultar: FERREIRA Jr. & BITTAR (2014, p. 399 *Et seq.*).k

O trívio (Gramática, Dialética e Retórica) e o quadrívio (Aritmética, Geometria, Astronomia e Música)²⁰ perderam a sua importância diante das relações econômicas que regiam a circulação mundial das mercadorias.

Desta *orbis scibilium* (enciclopédia de saberes), a burguesia mercantil apoderou-se apenas da Gramática e da Aritmética, com as quais ela passou a elaborar o livro de contabilidade referente aos seus negócios. O conhecimento deixava, assim, de ter um caráter aristocrático e contemplativo e passava a ser aplicado e mensurado de acordo com a lógica histórica de acumulação que o capitalismo foi amalhando durante os séculos que se sucederam, a circulação das mercadorias em escala planetária virou o mundo medieval “de cabeça para baixo”. A coabitação entre a escolástica medieval e o conhecimento aplicado às práticas econômicas levaram ao desprezo a “velha cultura” que havia sido imposta por séculos pela Igreja Católica. Assim, o saber enclausurado nos cenóbios e nas universidades – que ficavam alheias à realidade concreta do mundo – foi perdendo prestígio cultural para o empirismo ou a chamada “filosofia da idade industrial” que estava nascendo²¹. Essa dicotomia, que se estabeleceu entre pensadores “modernos” e “antigos” ganhou nas lavras de um humanista renascentista – Erasmo de Rotterdam – uma ácida crítica contra os segundos:

“Voltando, pois, à felicidade dos loucos, devo dizer que eles levam uma vida muito divertida e depois, sem temer nem sentir a morte, voam direitinho para os Campos Elíseos, onde as suas piedosas e fatigadas almazinhas continuam a divertir-se ainda melhor do que antes. Confrontai, agora, a condição de qualquer sábio com a de um tolo. Imaginai, figurai um homem venerável, verdadeiro modelo de sabedoria, e observai como faz a sua passagem pela terra. Constrangido desde a infância a consagrar-se ao estudo, passa a flor dos anos nas vigílias, nas aflições, na mais assídua fadiga; e, mal sai dessa dura escravidão, acha-se ainda mais infeliz do que nunca. Por isso é que, devendo viver com economia, com moderação, com tristeza, com severidade, ele se torna cruel e pesado a si mesmo, incômodo e insuportável aos outros. Pálido, magro, enfermiço, remelento, fraco, encarnecido, velho antes do tempo, termina uma vida infeliz com a morte prematura. Mas que importa ao sábio morrer moço ou velho, quando se pode afirmar, com toda razão, que nunca viveu? Com efeito, não se pode falar em viver quando não se gozam todos os prazeres da vida. Que vos parece, agora, esse belo retrato do sábio? Agrada-vos?” (ERASMOS, 1972, p. 59-60).

20 Sobre o impacto das sete *artes liberais* (trívio e quadrívio) no contexto da cultura medieval, digno de nota é: MANACORDA (2002, p. 126 Et seq.).

21 A respeito de empirismo científico, consultar: BACON (1984, p. 93 Et seq.).

Nessa passagem da obra *Elogio da loucura*, Erasmo empregou duros adjetivos para qualificar a vida do pensador escolástico, ou seja, carregada de sofrimento e doenças, todas decorrentes da vida monástica que era obrigado a levar para poder acumular os conhecimentos contidos na *orbis scibilium* medieval; que, contudo, era considerado um saber estéril e inútil para os interesses da burguesia ascendente. Portanto, qualquer “tolo” que vivia a seguir “alegremente” a circulação das mercadorias não precisava dedicar uma vida de padecimento e mortificação, para tanto bastavam a leitura, a escrita (Gramática) e a Aritmética (somar, subtrair, multiplicar e dividir).

Assim sendo, desde a modernidade imposta pelo processo de acumulação primitiva do capital, o saber não era apenas poder econômico e político, mas também fonte de mal-estar para a saúde física e mental do intelectual, pois a lógica do desenvolvimento das forças produtivas (que revolucionam incessantemente a força de trabalho, as máquinas ferramentas e as matérias primas) impõe uma racionalidade na qual os conhecimentos especulativos, de cunho escatológico, perdem prestígio frente àqueles que são operados para garantir a existência material da sociedade.

A revolução Industrial do século XIX açulou ainda mais o processo histórico referente à produção do conhecimento no âmbito das ciências da natureza e a sua aplicação à lógica de acumulação e concentração do capital. Deste modo, as forças produtivas foram catapultadas a um patamar de desenvolvimento nunca antes imaginado pela humanidade. Pois, a concepção metodológica do empirismo aplicada à Química, Física, Biologia e Matemática revolucionou as máquinas, ferramentas, primeiramente, por meio do vapor e depois pela rede de fios elétricos, que serviu de base tecnológica para a grande industrial criada pela burguesia. Mas, as relações capitalistas de produção não mudaram apenas o modo de produção das mercadorias, a criação do mercado mundial após as grandes descobertas marítimas do século XVI, revolucionou também a própria circulação (comércio) das mesmas, mediante a navegação e as comunicações. Assim, tudo proveniente do conhecimento humano foi capturado pela razão que animava a reprodução do capital. Ou como afirmaram Marx e Engels no libelo de 1844:

“A burguesia despiu todas as atividades até aqui veneráveis e estimadas com piedosa reverência da sua aparência sagrada. Transformou o médico, o jurista, o padre, o poeta, o homem de ciência em trabalhadores assalariados pagos por ela” (MARX & ENGELS, 1982, p. 109. v. I).

Assim sendo, depreende-se que o labor do “homem de ciência” foi empregado massivamente para impulsionar os conhecimentos naturais que vivificavam os instrumentos de trabalho e impulsionavam o acelerado curso de desenvolvimento das forças produtivas e, por conseguinte, a acumulação do lucro amealhado pelos capitalistas. Neste contexto

histórico, as Ciências Humanas também assumiram outra ressignificação por causa dos novos fenômenos societários engendrados pelas contradições entre o capital e o trabalho. Portanto, ao contrário do renascimento cultural dos séculos XV e XVI, as Ciências Humanas foram instadas a dar respostas teóricas à altura dos acontecimentos que burgueses e proletários protagonizaram no processo da luta de classes.

Da filosofia política iluminista liberal de Voltaire (François-Marie Arouet) ao positivismo de Augusto Comte, que preconizava a reorganização da sociedade capitalista²²; da economia política britânica (Adam Smith, John Stuart Mill e David Ricardo) à obra *O capital* (1876) de Karl Marx, que desvelaram a essência das relações capitalistas de produção; e de Emile Durkheim (*Da divisão do trabalho social* – 1893) a Marx Weber (*A ética protestante e o espírito do capitalismo* – 1905), que consolidaram a perspectiva sociológica da integridade e coerência da sociedade capitalista: as Ciências Humanas deram grandes contributos científicos e ideológicos para a compreensão das sociedades urbano-industriais surgentes. O advento das ideias liberais e socialistas, pelas quais se expressavam a luta de classes entre burgueses e proletários, só foi possível por causa do desenvolvimento das Ciências Humanas na virada entre os séculos XIX e XX.

O desenvolvimento dos conhecimentos humanos e naturais, levado a cabo pelos “homens de ciência”, contribuiu também para empurrar as sociedades capitalistas em direção a um acontecimento macabro: a I Guerra Mundial (1914-1918). O “mal-estar civilizatório” daí decorrente – mortes de milhões de seres humanos e destruição das próprias forças produtivas – provocou um profundo ceticismo em relação à lógica societária burguesa e à própria produção das ciências a serviço do capital. O sofrimento físico e mental decorrente dessa catástrofe mundial impeliu um dos mais importantes intelectuais do século XX – Sigmund Freud – a propor uma “válvula de escape para a panela de pressão” na qual a sociedade capitalista estava mergulhada²³. Em 1930, ele admoestava:

22 Para uma visão acurada da aplicação do positivismo no âmbito das Ciências Humanas, examinar a obra *Reorganizar a sociedade* (COMTE, 1822).

23 Sobre o sofrimento em tempos de guerra e paz, meritório de consulta é: *Reflexões para os tempos de guerra e paz* (FREUD, 1977).

“Outra técnica para afastar o sofrimento reside no emprego dos deslocamentos de libido (impulso sexual, energia que impulsiona os instintos) que nosso aparelho mental possibilita e através dos quais sua função ganha tanta flexibilidade. A tarefa aqui consiste em reorientar os objetivos instintivos de maneira que iludam a frustração do mundo externo. Para isso, ela conta com a assistência da sublimação dos instintos. Obtém-se o máximo quando se consegue intensificar suficientemente a produção de prazer a partir das fontes do trabalho psíquico e intelectual. Quando isso acontece, o destino pouco pode fazer contra nós. Uma satisfação desse tipo, como, por exemplo, a alegria do artista em criar, em dar corpo às suas fantasias, ou a do cientista em solucionar problemas ou descobrir verdades, possui uma qualidade especial que, sem dúvida, um dia poderemos caracterizar em termos metapsicológicos. Atualmente, apenas de forma figurada podemos dizer que tais satisfações parecem ‘mais refinadas e mais altas’” (FREUD, 1978, p. 143).

Visando esmaecer as “frustrações do mundo externo” – a sociedade capitalista com suas contradições –, Freud propunha a domesticação cultural ou interdição autoritária do “impulso sexual, energia que impulsiona os instintos”, como forma de mitigar *O mal-estar da civilização*. Assim, a “sublimação dos instintos” animais poderia possibilitar, no contexto societário assentado na propriedade privada dos meios de produção, o acrisolamento dos males que levam ao adoecimento físico e mental. Direcionar a libido (instintos sexuais e outros) para a perspectiva lúdica e criativa – ou seja: para as “fontes do trabalho psíquico e intelectual” que geram prazeres imensuráveis – pode aplacar, por exemplo, a consciência dos “cientistas que solucionam problemas ou descobrem verdades” que têm a capacidade de exterminar outros homens. Portanto, o conhecimento científico, assim, ganha uma aura de “prazer neutro”, acima do bem ou do mal. Ou mesmo, quando esse mesmo conhecimento é produzido no âmbito de um determinado campo científico no qual os pares não comensuram a concorrência desleal que produz a ausência das virtudes morais (sabedoria, coragem, justiça e temperança). Desse modo, a “felicidade neutra” no âmbito de uma sociedade de classes sociais antagonica sempre cobra o seu preço humano e social. Em regra, ele cobra a fatura na forma de exaspero psíquico e físico.

Na mesma década de 1930 do século XX, outro grande pensador refletia sobre as diferenças culturais existentes entre a Europa e os EUA que se manifestavam no âmbito das relações sociais de produção. Em *Americanismo e fordismo* (1934), Gramsci assinalava o custo humano do trabalho individual e coletivo – as condições físicas, cognitivas e afetivas – impostas pelo contexto da linha de montagem fordista²⁴.

24 Para uma leitura estética do fordismo, assistir a uma das obras-primas do cinema no século XX: *Tempos Modernos* (CHAPLIN, 1936).

Para o sardo, as inovações técnicas e organizacionais que se articulavam na linha de montagem da fábrica de automóveis *Ford Motor Company* (1903) gerava uma total partição entre concepção (criação do conhecimento tecnológico) e execução (o trabalho humano socialmente fragmentado).

As consequências daí desinentes, proliferadas pela antinomia existente entre concepção (homens de ciência situados fora da linha de produção) e execução (operários presos à esteira rolante repetitiva e monótona), produziam doenças e sofrimentos nos trabalhadores braçais:

“Mas todo novo modo de viver, no período em que se impõe a luta contra o velho, não foi sempre, durante certo tempo, o resultado de uma coerção mecânica? Até mesmo os instintos que hoje devem ser superados como ainda demasiadamente ‘animalescos’ foram, na realidade, um notável progresso em relação aos anteriores, ainda mais primitivos: quem poderia descrever o ‘custo’, em vidas humanas e em dolorosas repressões dos instintos, da passagem do nomadismo à vida sedentária e agrícola? Aqui se inserem as primeiras formas de servidão da gleba e das profissões, etc. Até agora, todas as mudanças do modo de ser e viver tiveram lugar através de coerção brutal, ou seja, através do domínio de um grupo social sobre todas as forças produtivas da sociedade: a seleção ou ‘educação’ do homem adequado aos novos tipos de civilização, isto é, às novas formas de produção e de trabalho, ocorreu com o emprego de inauditas brutalidades, lançando no inferno das subclasses os débeis e os refratários, ou eliminando-os inteiramente” (GRAMSCI, 2001, p. 262-263).

Para o pensador da *filosofia da praxis*, o “custo” do processo civilizatório impulsionado pelo desenvolvimento das forças produtivas cobrava um preço “inaudito em vidas humanas”, que eram sacrificadas no altar da libido sufocada, por meio de uma rígida disciplina (coerção brutal), pelos desejos e prazeres não granjeados no cotidiano da vida fabril plasmada na morbidez de uma atmosfera taciturna. Aqueles que não “educassem seus impulsos primitivos e animalescos” em nome do “novo modo de viver” deviam ser “eliminados inteiramente”, ou seja, os considerados “débeis e refratários aos novos tipos de civilização”. Após a II Guerra Mundial (1939-1945), a divisão social do trabalho se acentuou ainda mais no mundo capitalista. A chamada *Revolução Técnico-Científica* (energia nuclear, microbiologia e microeletrônica) acelerou de forma estrutural o modo de produção baseado na propriedade privada dos instrumentos de trabalho, isto é, as máquinas ferramentas vão de maneira acelerada “roubando tecnologicamente” as qualificações do trabalho vivo e, por consequência, impondo uma velocidade e ritmo no processo produtivo que se automatizavam em relação à própria força de trabalho.

Essas congruências que animam a essência das relações capitalistas de produção foram transportadas de forma quase mecânica para o mundo da produção de conhecimentos acadêmicos e, portanto, com todos os seus danos nefastos físicos e mentais relacionados com sofrimento e doenças. Pierre Bourdieu, um dos mais importantes sociólogos da segunda metade do século XX, estabeleceu de forma clara e precisa as analogias que se manifestam entre *acumulação do capital produtivo/financeiro* e a *acumulação do capital científico*. No segundo caso, o sociólogo francês explicitou que:

“A luta pela autoridade científica, espécie particular de capital social que assegura um poder sobre os mecanismos constitutivos do campo e que pode ser reconvertido em outras espécies de capital, deve o essencial de suas características ao fato de que os produtores tendem, quanta maior for a autonomia do campo, a só ter como possíveis clientes seus próprios concorrentes. Isto significa que, num campo científico fortemente autônomo, um produtor particular só pode esperar o reconhecimento do valor de seus produtos (‘reputação’, ‘prestígio’, ‘autoridade’, ‘competência’, etc.) dos outros produtores que, sendo também seus concorrentes. São os menos inclinados a reconhecê-lo sem discussão ou exame. De fato, somente os cientistas engajados no mesmo jogo detêm os meios de se apropriar simbolicamente da obra científica e de avaliar seus méritos. E também de direito: aquele que faz apelo a uma autoridade exterior ao campo só pode atrair sobre si o descrédito. Muito semelhante, sob este aspecto, a um campo artístico fortemente autônomo, o campo científico deve, entre outras coisas, sua especificidade ao fato de que os concorrentes não podem contentar-se em se distinguir de seus predecessores já reconhecidos. Eles são obrigados, sob pena de se tornarem ultrapassados e ‘desqualificados’, a integrar suas aquisições na construção distinta e distintiva que os supera” (BOURDIEU, 1976. p. 127).

“Capital social”, “valor dos produtos”, “concorrentes” e “desqualificados” são, por exemplo, termos emprestados da economia política. Por esse fragmento da lavra de Bourdieu, pode-se concluir que o “homem de ciência” está submetido aos mesmos nexos societários que as relações sociais de produção engendram, ou seja, como a concorrência manifesta no âmago do próprio capital de forma a aumentar sucessivamente a taxa de lucro dos detentores dos meios de produção. Portanto, a “reputação”, o “prestígio”, a “autoridade” e “competência” dos professores-pesquisadores – submetidos à racionalidade da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão – materializam-se por meio da concorrência que eles estabelecem com os seus respectivos pares.

Essa competição desenfreada é intensificada pela indução, por exemplo, das agências estatais de financiamentos, grandes empresas capitalistas, doações financeiras privadas e também por meio dos comitês científicos dos periódicos que certificam o “valor dos produtos” ou “capital social” acumulados pelos “homens de ciência”²⁵.

Os bens simbólicos (créditos científicos) ou materiais gerados e acumulados pelos professores-pesquisadores determinam, em última instância, a correlação de força que perpassam os campos científicos, estabelecendo, assim, hegemonias e monopólios das ciências em mãos de poucos grupos de pesquisa – ou como diria Nietzsche: na ganância dos “oligarcas do espírito”²⁶. Daí escoa uma intensa luta concorrencial entre os pares pelo controle dos aparelhos estatais e privados que estruturam a hierarquização das políticas e de financiamentos dos campos científicos.

No contexto da hegemonia exercida pelas políticas neoliberais estatais – que promovem sistemáticos cortes financeiros públicos para a educação e a pesquisa –, a concorrência entre os “homens de ciência” aumenta de forma exponencial. Não só entre as denominadas genericamente “ciências práticas e teóricas”, mas também nos âmbitos específicos de cada uma dessas grandes áreas do conhecimento humano. A começar pelo estabelecimento da “hierarquia social dos objetos de pesquisas”²⁷ – imposta pelos grupos que detêm o monopólio do saber no interior dos campos científicos –, os campos científicos são fontes inesgotáveis de sofrimento e adoecimento dos professores-pesquisadores. A prevalência de uma espécie de *censura ideológica ou política*, que estabelece quais são os “objetos legítimos, legitimáveis ou indignos” (BOURDIEU, 2003, p. 33), transforma a vida cotidiana dos pesquisadores acadêmicos na “antessala do inferno dantesco”.

25 Para se entender como o capital privado pode financiar a constituição de Institutos, Escolas ou grupos de pesquisas, um exemplo emblemático pode ser aquele ligado à criação do Instituto de Pesquisa Social vinculado à Universidade de Frankfurt, em 1923. O dramaturgo alemão Bertholt Brecht (1898-1956) se referiu à fundação da chamada “Escola de Frankfurt” assim: “um velho rico (especulador de trigo) morre, angustiado com a miséria do mundo. Ele doa, em seu testamento, uma quantia respeitável de sua fortuna para a fundação de um instituto que deve investigar as fontes dessa miséria, que se encontra, obviamente, em si mesmo” (BRECHT *apud* FREITAG, 1988, p. 12).

26 Referindo-se ao mundo cultural dos filósofos gregos da Antiguidade clássica, o pensador alemão da segunda metade do século XIX, na obra *Humano, demasiado humano* (1878), utilizou a expressão “os oligarcas do espírito” em oposição ao “caráter oclocrático do semi-espírito e da semicultura”, ou seja: “nas esferas da cultura superior terá de haver sempre, sem dúvida, um domínio – mas esse domínio, de agora em diante, está nas mãos dos oligarcas do espírito” (NIETZSCHE, 1978, p. 110).

27 A respeito da “hierarquia social dos objetos de pesquisa”, examinar: BOURDIEU (2003, p. 33 Et seq.).

Produtividade desassossegada, avaliações pelos pares, prazos de publicações, *rankings* de qualidade, conquistas de prêmios (capitais simbólicos), legitimação intelectual e outros flagelos burocráticos²⁸, levam os professores-pesquisadores a uma alta taxa de frustrações, humilhações e sofrimentos físicos e cognitivos – um sentimento de *injustiça* reina nos *campi* universitários. Ou como afirmou o próprio sociólogo francês:

O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983, p.122-123).

Aqueles aliados, por meio da “luta concorrencial” imposta pelo “monopólio da autoridade científica”, padecem no purgatório e andam como fantasmas que carregam bolas de ferros presas às pernas pelos cavernosos labirintos dos campos científicos. Eles padecem de um profundo “mal-estar civilizatório” e têm suas libidos, relacionadas ao prazer e à criatividade, massacradas pelo penoso epíteto de “improdutivos”. Para o mundo acadêmico coetâneo, o que vale é apenas a produção incessante de novos conhecimentos – mesmo que reincidentes e não aplicados –, a reprodução dos conhecimentos acumulados historicamente pela humanidade fica relegado a um segundo plano com muito pouco prestígio e reputação.

CONCLUSÃO

A atmosfera carregada de egos alienados – em relação ao contexto capitalista no qual a Universidade está inserida – engendra uma concepção de produção acadêmica que, contraditoriamente, perde o seu sentido ontológico em relação à própria natureza do conhecimento concebido. Assim, o produto (objeto pesquisado) se descola do produtor (sujeito da pesquisa) e ganha uma ressignificação baseada no estranhamento do “homem de ciência”. A reificação da subjetividade do pesquisador faz com que ele perca o controle sobre a sua capacidade criativa e de deleitamento em relação ao “bem simbólico” que

28 O físico Rogério Cerqueira Leite aludindo ao papel infausto que a burocracia assumiu no âmbito da Universidade, vaticinou: “O único tipo de papel que deve circular desembaraçadamente em uma Universidade é aquele que comunica resultados científicos ou estudos de natureza cultural. Processos, ofícios etc., são um mal necessário que só se justificam quando usados com parcimônia, por motivos eminentemente práticos” (LEITE, 1980, p. 23).

foi projetado. Logo, todo o conhecimento (teórico e tecnológico) se desmancha no ar, como fumaça ao vento: seja em função da lógica imposta pelo produtivismo acadêmico hierarquizado pelas agências financiadoras; seja no revolucionamento incessante das forças produtivas (força de trabalho, máquinas ferramentas e matérias primas).

A prossecução interminável de frustrações geradas por um conjunto de burocráticas “maquinarias acadêmicas” – especializações precoces, generalismos inócuos, avaliações dos pares, *rankings* dos periódicos, financiamentos, etc. – tem levado ao adoecimento físico e mental dos professores-pesquisadores no âmbito das comunidades acadêmicas. Por conseguinte, fica desarraigada a possibilidade histórica, ainda nos arcos da sociedade capitalista, de nos aproximarmos da condição assentada na perspectiva da existência omnilateral, já que o mundo acadêmico se constitui em um escaninho que combina tempo com conhecimento. Dito de outra forma: a Universidade fundada na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão possibilita transformar o tempo de trabalho produtivo do professor-pesquisador em uma espécie de “ócio produtivo”²⁹, tal como os gregos da Antiguidade clássica utilizavam para desenvolver a omnilateralidade do cidadão que frequentava a ágora. A equação abaixo pode felicitar um entendimento do que poderia vir a ser a formação da omnilateralidade no contexto histórico da modernidade:

$$\frac{\text{Arte do Fazer (Trabalho)} + \text{Arte do Falar (Política)} + \text{Ginástica (Corpo Saudável)}}{\text{Tempo Livre (Ócio Produtivo)}}$$

Portanto, a combinação entre a *arte do fazer* (cultura, humanidades e tecnologia), a *arte do falar* (política no sentido amplo das relações sociais) e *ginástica* (preparação e manutenção do corpo saudável) depende de forma entranhada da possibilidade de existência do tempo livre no âmbito das relações capitalistas de produção. A diferença entre um operário fabril e um professor-pesquisador não se manifesta apenas da antinomia entre trabalho produtivo e trabalho intelectual, mas, sobretudo, na possibilidade que o segundo tem de transformar o seu tempo de trabalho em “ócio produtivo” (no sentido grego), ou seja, transformar a produção do conhecimento em atividade criativa e prazerosa tanto no âmbito do ensino como da pesquisa acadêmica. A obtenção de uma média societária de tempo livre igual e universal para todos (cidadãos e cidadãs) não é possível de ser alcançada no contexto das relações capitalistas de produção.

29 Duas referências para uma compreensão do significado de “ócio produtivo” no contexto da cultura clássica da Antiguidade grega tanto em relação ao ponto de vista filosófico como histórico: ARISTÓTELES (1988, p. 267 Et. seq.) & MANACORDA (2002, p. 41 Et. seq.).

Contudo, a “linha de montagem fordista” em que se transformou o produtivismo acadêmico rompeu com qualquer possibilidade de transformar a criação de conhecimentos culturais, científicos e tecnológicos em uma libido geradora de fruição do prazer intelectual e do “bem-estar civilizatório”. Ao contrário, o mundo acadêmico transformou-se em uma verdadeira usina de adoecimento físico e mental que contamina sistematicamente o professor-pesquisador – em decorrência da sensação de estranhamento que o mesmo mantém com o seu mundo circundante – e, por conseguinte, de uma figura muito próxima, em termos de semelhança, ao sábio da escolástica medieval retratado na obra *Elogio da loucura*.

Destarte, podemos concluir que desde o século XII – quando surgiu a Universidade na Europa – aos tempos hodiernos, a produção do conhecimento (cultural, científico e tecnológico) sempre esteve ligado aos processos de disputas intelectuais sobre o lúdimo significado contido na seguinte questão: o que é a verdade? A Universidade de Paris, que ficou famosa nos séculos que se sucederam, desenvolveu o método denominado *disputatio*, fundado na lógica do silogismo aristotélico (apodítico, demonstrativo e necessário). Contudo, ele levava, por sua vez, os contendores (clérigos e estudantes) à exaustão intelectual e física em um contexto no qual ainda não havia a imprensa, ou seja, uma Universidade sem livros impressos. Por isso, nesse distante passado, o resultado final dos intermináveis debates dependia dos copistas e suas iluminuras. Nesse interregno, o autor da monumental *Súmula teológica* – São Tomás de Aquino (1225-1274) – foi a maior expressão intelectual da Universidade medieval. No momento seguinte, com o advento da imprensa (século XV), que revolucionou a circulação das ideias (conhecimentos), aumentou ainda mais a reputação da autoridade conferida aos intelectuais escolásticos. No cenário da transição entre o medievo e a modernidade, a Universidade passou a defender um ideal conservador que se fortaleceu com o renascimento, em que todo conhecimento era falado e escrito em latim. A exaltação estava não propriamente na busca da verdade, mas, sobretudo, no acúmulo do conhecimento e no ensimesmamento físico e psicológico dos pensadores, como se fosse um “retiro espiritual” que purgava os “pecados” dos grandes mestres que viviam no limbo da sabedoria. Neste ambiente, o que prevalecia era a incerteza e a insegurança, dois elementos estruturais do sofrimento existencial.

No século XIX, o Barão Wilhelm von Humboldt (1767-1835) idealizou e implementou, na Universidade de Berlim (1810), a concepção baseada na indissociabilidade entre ensino e pesquisa. Essa nascente Instituição de pesquisa logo foi se tornando uma referência para outras Universidades europeias e norte-americanas. Em um contexto marcado pela aceleração das relações de produção capitalistas, ela gerou uma obsessão cultural e política por novos conhecimentos advindos das pesquisas empíricas e básicas (teorias científicas não aplicadas na imediatidade), transformou a Universidade no “território predileto” do pesquisador individualista, autárquico e isolado nos laboratórios, bibliotecas e dédalos da burocracia acadêmica. Uma das consequências derivadas dessa nova concepção de Universidade foi a atomização dos professores-pesquisadores em campos

científicos – fechados e autônomos – marcados pelas dissidências acadêmicas e ações políticas, assim, levando para o seu interior enormes desgastes físicos e cognitivos para os membros das comunidades de pesquisadores. Mas, o custo do vertiginoso progresso cultural, científico e tecnológico proporcionado, historicamente, pela Universidade tem no sofrimento do professor-pesquisador uma das suas marcas indeléveis desde os tempos medievais.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **Política**. 2ª Ed. Tradução de Mário da Gama Kury. Brasília: Editora Universidade de Brasília- UNB, 1988.

BACON, F. **Novum organum**. 3ª Ed. Tradução: José Aluysio Reis de Andrade. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Coleção Os Pensadores).

BOBBIO, N. **Teoria geral da política**: a filosofia política e as lições dos clássicos. Tradução: Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier / Editora Campus, 2000.

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1983. p.122-155.

BOURDIEU, P. Método científico e hierarquia social dos objetos. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. **Escritos de educação**. 5ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

COMTE, A. **Reorganizar a sociedade**. Lisboa: Guimarães & C.ª Editores, 1977.

FERREIRA Jr., A.; BITTAR, M. O “manifesto neoliberal” que anunciou as políticas educacionais implantadas pelos governos de Margaret Thatcher (1979-1990). **Revista HISTEDBR On-line**, v. 14, p. 399-410, 2014.

FREITAG, B. **A teoria crítica**: ontem e hoje. 2ª Ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

FREUD, S. **Reflexões para os tempos de guerra e paz**. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 14.

FREUD, S. **O mal-estar da civilização**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).

GRAMSCI, A. Americanismo e fordismo. In: _____. **Cadernos do cárcere**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho; Luiz Sérgio Henriques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v. 4.

HAYASHI, C. R. M.; FERREIRA Jr., A. A comunidade científica em educação: uma abordagem crítica. **Série-Estudos**. n. 23, p. 11-27, jan./jun. 2007.

HOMERO. **Ilíada**. Tradução: Carlos Alberto Nunes. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

LEITE, R. C. C. **As sete pragas da Universidade brasileira**. 2ª Ed. São Paulo: Duas cidades, 1980.

MANACORDA, M. A. **História da educação**: da Antiguidade aos nossos dias. 10ª Ed. São

Paulo: Cortez 2002.

MARX, K.; ENGELS, Friedrich. Feuerbach. Oposição das concepções materialista e idealista (Primeiro capítulo de A Ideologia Alemã). In: MARX & ENGELS. **Obras escolhidas em três tomos**. Lisboa: Edições “Avante!”; Moscovo: Edições Progresso, 1982. t. I, p. 4-75.

MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do Partido Comunista. In: MARX & ENGELS. **Obras escolhidas em três tomos**. Lisboa: Edições “Avante!”; Moscovo: Edições Progresso, 1982. t. I. p. 95-136.

MARX, K. Crítica do Programa de Ghotá. In: MARX & ENGELS. **Obras escolhidas em três tomos**. Lisboa: Edições “Avante!”; Moscovo: Edições Progresso, 1985. t. III, p. 4-75.

NIETZSCHE, F. **Humano, demasiadamente humano**: um livro para espíritos livres. 2. Ed. Tradução: Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Abril Cultural, 1978, p. 83-119. (Coleção Os pensadores).

ROTTERDAM, E. **Elogio da loucura**. 3ª Ed. Tradução: Paulo M. Oliveira. São Paulo: Abril Cultural, 1972. (Coleção Os Pensadores). TEMPOS modernos. Direção/Produção: **Charlie Chaplin**. Local: Los Angeles (EUA). 193

A VIDA UNIVERSITÁRIA E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES

Natália Pressuto Pennachioni³⁰

Giovanna da Silva Ferreira³¹

*“(...) Entretanto, ainda que os versos não sejam livres,
nem previsto o verdadeiro carnaval,
Não foi sempre assim.
E não será sempre assim.
Disso tudo sabemos.
Pois ouça.
Longe, ao fundo.
Os insultos dos insistentes.
Despertos. De prontidão.
Serão maiores”
-Manifesto ao Alvorecer.
Maurício Costa de Carvalho*

CONTEXTUALIZAÇÃO

OS ATAQUES À EDUCAÇÃO PÚBLICA E O PERFIL UNIVERSITÁRIO

Os problemas e propostas acerca da saúde mental vêm conquistando importantes espaços de discussão. Na Universidade, isso não é diferente. Porém, não se pode analisar o cenário somente com a perspectiva individual, como com pequenas ações que atinjam apenas um grupo seletivo de pessoas. Logo, para entender melhor quais aspectos perpassam a pauta, é interessante debruçar-se nas questões conjunturais, políticas, culturais e sociais, principalmente, ao que se refere à permanência dos estudantes nas universidades públicas, pois essas questões fazem parte da determinação social do processo saúde-doença, incluindo, da saúde mental.

30 Estudante de Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSCar; Ex Membro do Centro Acadêmico da Enfermagem e do Diretório Central do Estudantes Livre da UFSCar (Gestão 2015 e 2019); nataliapennachioni@estudante.ufscar.br

31 Estudante de Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSCar; Coordenadora Geral do Centro Acadêmico da Enfermagem e Ex Membro Diretório Central do Estudantes Livre da UFSCar (Gestão 2019); giovannasf@estudante.ufscar.br

Por isso, para compreender a situação atual, é preciso situar-se no sistema de produção capitalista e analisar suas ideologias, como a cultura do desempenho e a meritocracia, que atravessam cada indivíduo onde quer que esteja. Essas ideologias não são invenções das instituições ou organizações sociais, mas, sim, apropriadas por elas, até mesmo pelas universidades, espaço em que o sucesso está associado à capacidade de produção dos estudantes, partindo de uma noção excludente que visualiza a todos como iguais e, portanto, com as mesmas oportunidades. Nessa perspectiva, o indivíduo é responsabilizado por seu sucesso ou fracasso, desconsiderando as possíveis interferências concretas de suas particularidades. Além disso, esse discurso acaba isolando o lugar de produção do trabalho de seu contexto e tirando a responsabilidade do debate sociopolítico (MUSSI, 2019).

Outro cenário importante de ressaltar é a respeito das grandes reformas ocorridas no Ensino Superior do Brasil, nos últimos anos. No período 2014-2018, as despesas do Ministério da Educação apresentaram queda acumulada de 11,7%, especificamente, no ensino superior, observando-se uma redução de 15%. Posteriormente, no ano de 2019, no governo Bolsonaro (em 2019, PSL; hoje, sem partido), foi determinado o congelamento de cerca de 5 bilhões de reais de investimento previstos para a Educação, atingindo a retirada de investimentos de 1,7 bilhões de reais das Universidades e Institutos Federais. Portanto, esse retrocesso totalizou uma década de cortes.

Figura 1: Siafi e STN; valores corrigidos pelo IPCA; despesas pagas no exercício, inclusive restos a pagar em INFORMATIVO TÉCNICO Nº 6/2019-CONOF/CD MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: DESPESAS PRIMÁRIAS PAGAS 2014-2018 E IMPACTO DA EC Nº 95/2016.

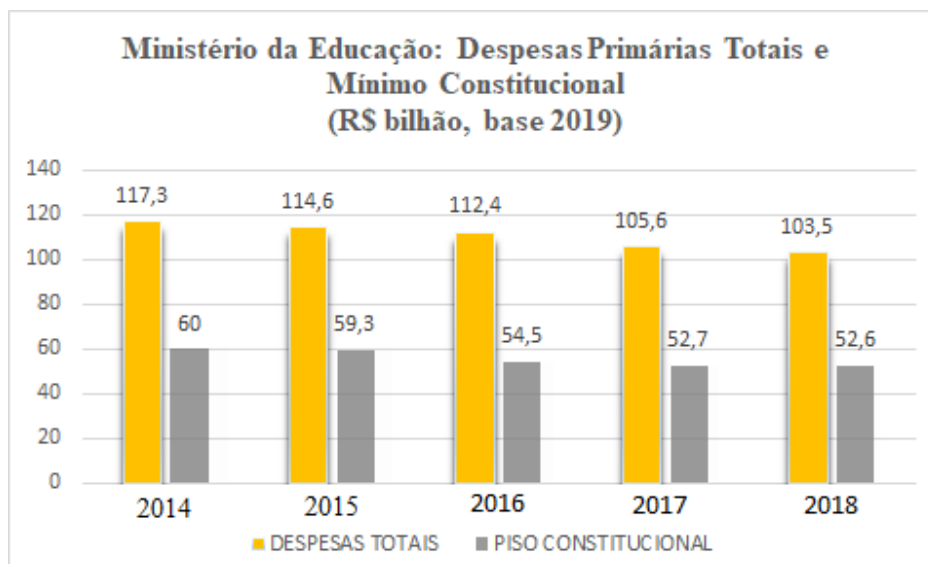
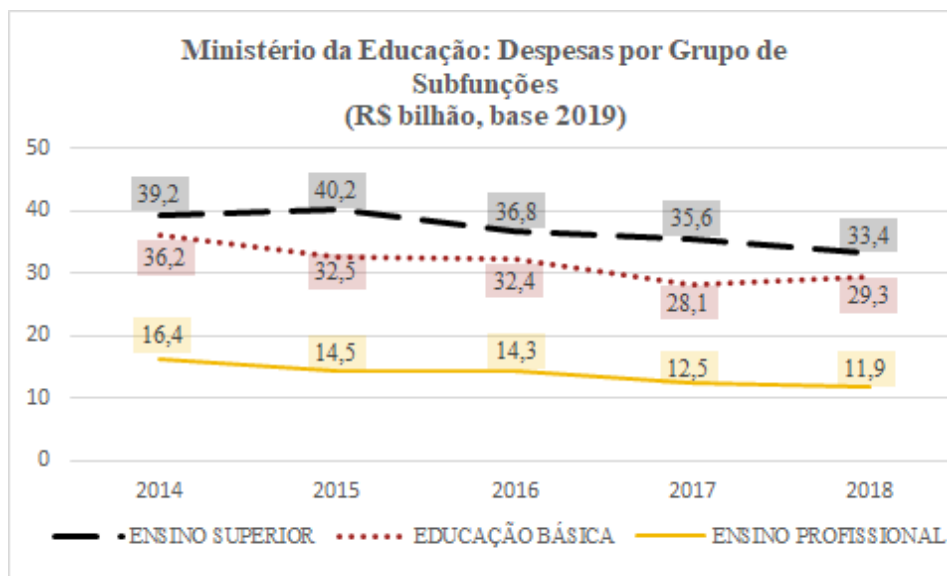


Figura 2: Siafi; valores corrigidos pelo IPCA; despesas pagas no exercício, inclusive restos a pagar em INFORMATIVO TÉCNICO Nº 6/2019-CONOF/CD MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: DESPESAS PRIMÁRIAS PAGAS 2014-2018 E IMPACTO DA EC Nº 95/2016.



Pautar o subfinanciamento - quiçá desfinanciamento - da Educação pública brasileira, diz muito sobre o reflexo da conjuntura política da permanência estudantil dentro das Universidades. Sendo assim, a forma como os estudantes universitários são pensados, tratados e educados, interfere não somente em sua formação acadêmica e profissional, mas, também, em sua formação e personalidade ético-política, visto que não há o rompimento de uma vivência que sofre com interferências subalternas (SILVA, 2016 apud DA SILVA, 2018).

Portanto, é possível afirmar que as condições financeiras dos estudantes em ensino público superior têm grande relação com o desenvolvimento acadêmico e saúde mental e, conseqüentemente, os desafios socioeconômicos enfrentados por esses estudantes são os principais fatores que proporcionam a evasão do ensino superior (ROSA; RIBEIRO, 2017 apud LEAL, 2019). A garantia do ingresso e direito à educação superior, proporcionada pelo ensino público, só é, de fato, assegurada quando lhes são dadas as condições necessárias à permanência estudantil, pois mesmo com o ensino gratuito, as despesas para garantia do desenvolvimento do estudante permeiam os gastos com livros, moradia, alimentação, vestimenta, entre outros (LEAL, 2019), o que leva a uma necessidade, por parte de muitos dos estudantes, de ingressar no mercado de trabalho.

Apesar da necessidade do ingresso no mercado de trabalho, esta não é uma tarefa fácil. De acordo com o IBGE, a taxa de desemprego entre jovens de 18 a 24 anos, esteve acima da média nacional, atingindo o percentual de 27,1% no primeiro semestre de 2020. Considerando que a faixa etária abordada corresponde, predominantemente, aos jovens ingressantes no ensino superior, é notório o quanto o fator socioeconômico interfere no desempenho acadêmico, visto que os estudantes necessitam de amparo material e estrutural (LEAL, 2019). Vale ressaltar, também, que os jovens que conseguem ingressar no

mercado de trabalho são vítimas de uma outra problemática: o isolamento, pois, enquanto trabalham, acabam afastando-se das atividades acadêmicas e da socialização com seus pares (ROSA; RIBEIRO, 2017 apud LEAL, 2019).

Entendendo o trabalho - no caso, estudo - e a classe social como determinantes no processo saúde-doença, precisa-se caracterizar a rotina do estudante e pesquisador universitário. Muitas das matrizes curriculares da graduação exigem a presença em sala de aula por mais de 30 horas semanais, além da imensa carga de trabalhos extraclasse. Esse fato desconsidera que muitos universitários precisam trabalhar e, ainda, passam por um processo de ruptura e redescoberta de si, devido às mudanças e às readaptações ao novo cotidiano, como a transição da adolescência para a vida adulta, a modificação dos papéis vivenciados até então, a adaptação na vida acadêmica, o distanciamento da família e a necessidade de ingresso em uma nova rede social, situações que, por si só, geram intenso sofrimento (AZEVEDO, 2013).

Essa situação os impede de terem tempo para o ócio para consolidarem novos relacionamentos e faz com que passem pela pressão de não conseguirem responder muitas das demandas que lhes são colocadas, mas, sem condições para serem realizadas. Sendo assim, o sujeito entra em desgaste mental e emocional (DEJOURS, 2007 apud CARDOSO, 2015). Sabe-se, também, que muitos ingressam na universidade com a expectativa de desenvolver-se como estudiosos e pesquisadores, porém, mesmo nas universidades mais progressistas, intituladas como espaços de práticas “libertadoras”, ainda vemos a reprodução de uma educação bancária, ou seja, constituída por aulas expositivas, pela exacerbada transmissão de informação e por pouca integração entre outras disciplinas, dificultando a emancipação do graduando e a manutenção do seu interesse. Ademais, como já discutido, o jovem nessa situação depara-se com um processo de desfinanciamento da pesquisa e universidade brasileira.

Sendo assim, sem conseguir se manter com bolsas de pesquisa, que inclusive estão cada vez mais escassas, veem também o desmonte da permanência estudantil clássica, em que os estudos se tornam limitados pela falta de recursos básicos, os quais deveriam ser responsabilidade das universidades a fim de promover um ambiente propício às necessidades do acadêmico (LEAL, 2019). As bolsas escassas, por sua vez, influenciam o desenvolvimento de um espírito de competitividade e o aumento da pressão para maior carga de produção científica no meio acadêmico (VENTURINI; GOULART, 2016 apud LEAL, 2019).

Como discutido, a cultura do desempenho, intrínseca à universidade, além de fomentar a competitividade com o aumento do produtivismo acadêmico, gera indivíduos com o sentimento de necessidade constantemente de atualizar-se com cursos e qualificações. Assim, nasce um senso diário de incompletude, somado à sensação de que não realizou todas as tarefas previstas para aquele dia, deixando, além de tudo, a impressão de que o dia não teve início, meio e fim (COSTA; NEBEL, 2018). Esses sentimentos ocorrem porque,

em sua rotina, são propostos prazos pouco flexíveis, baixa frequência de avaliação de projetos e ansiedade em colocar-se nas “defesas” que indica, por si só, um ataque no processo de avaliação (ARTHURO, 2012 apud COSTA; NEBEL, 2018).

Há de se destacar a intensificação de um trabalho cada vez mais personalizado e personalista, com raras interlocuções com outros pesquisadores, em que os cientistas se desdobram cada vez mais pela sua produção acadêmica, até quase ser a própria produção acadêmica. Essa situação culmina no que Byung-Chul Han (2015) caracteriza como a “Sociedade do Cansaço”, conceito designado a pessoas cansadas tanto fisicamente quanto psicologicamente, desdobrando-se no aumento de ansiosos e depressivos na sociedade. Como consequência do indivíduo estar cada vez mais vigilante com a sua condição, ele encontra-se preso ao seu trabalho, principalmente, pela crescente dificuldade em conquistar seus direitos, como, por exemplo: a necessidade das bolsas de pesquisa serem entendidas como salário e, portanto, sendo passíveis de reajustes de acordo com as mudanças econômicas ocorridas do país; a carreira de pesquisador ou cientista ser reconhecida como profissão com devida regulamentação e contribuição do Estado à Previdência Social; a produção ser vista como fruto do ofício; ou mesmo a sua inclusão no Plano Nacional de Assistência estudantil.

Tabela 1: FONAPRACE, 2014

Tipos de dificuldades que interferem significativamente na vida do universitário no contexto acadêmico	Frequência (%)
Relacionamento familiar, amoroso ou social	50,27
Dificuldades financeiras	42,21
Dificuldade de aprendizado ou acesso a materiais e meios de estudo	34,55
Carga excessiva de trabalhos estudantis	31,14
Falta de disciplina/hábito de estudo	28,78
Adaptação a novas situações	21,85
Relação professor(a) – estudante	19,8
Carga horária excessiva de trabalho	17,45
Discriminações e preconceitos	9,76
Conflito de valores/conflitos religiosos	7,73
Situação de violência física, sexual ou psicológica	7,72

A SAÚDE MENTAL ESTUDANTIL EM PAUTA

Apesar da falta de estudos epidemiológicos globais sobre o tema saúde mental dos estudantes nas universidades públicas, uma revisão sistemática, desenvolvida em 2019, evidenciou uma constância no número de publicações sobre a temática de Transtornos Mentais Comuns – TMC - em universitários, mantendo cerca de 10 publicações por ano nos últimos anos (2014 - 2019). Esses transtornos são caracterizados como estados mistos de depressão e ansiedade com a presença de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e sintomas somáticos; no Brasil, já se provou

que a prevalência de TMC em universitários superou as taxas encontradas na população em geral. (GRANER; CERQUEIRA, 2019).

Não apenas os Transtornos Mentais Comuns têm se consolidado como preocupação, mas, a saúde mental na universidade, em geral, tem sido mais debatida mundialmente (figura 3), seja em como promovê-la, como também na prevenção de problemas relacionados à falta dela, inclusive o suicídio dessa população.

Figura 3: frequência das publicações que relacionam a busca dos termos “saúde mental” e “universidade”, na plataforma PubMed entre 2001 e 2021).



Torna-se importante ressaltar como a incidência do suicídio está em alta no Brasil e no mundo, de forma intensificada entre os jovens (CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016). Através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, ao analisar os dados de 1996 até 2016, observa-se que a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil teve um aumento de 29,4% (BRASIL 2018 apud MARCOLAN, SILVA, 2019). Um estudo de revisão sistemática em português mostra que os resultados a respeito da prevalência de ideação suicida entre universitários ainda são muito diversos a depender do local, tempo de estudo e graduação, variando a prevalência no último mês entre 1,6% entre estudantes de pós-graduação dos EUA e 14,3% nas amostras italianas (PEREIRA, CARDOSO, 2015). Já em um estudo de prevalência ao longo da vida, a ideação suicida entre adolescentes brasileiros não-universitários chegou a 36% (BORGES; WERLANG, 2006 apud PEREIRA; CARDOSO, 2015).

Contudo, independente de uma prevalência maior ou menor da incidência entre universitários comparados à população não-universitária, sabe-se que a faixa etária entre 15 e 29 anos representa a maior concentração dos suicídios, sendo a segunda maior causa de morte entre jovens, apesar de também acontecerem em diversos períodos da vida (MARCOLAN; SILVA, 2019). Para ilustrar, uma pesquisa realizada na UNICAMP, em 2019, demonstra que a maior taxa de tentativas de suicídio em Campinas é entre jovens e adolescentes de 15 a 19 anos, atingindo 59,9 pessoas a cada 100 mil habitantes, idade que coincide com a faixa etária de preparação para o ingresso e acesso à universidade; além disso, existe uma associação entre risco de suicídio e as doenças como depressão, ansiedade e estresse, que, por sua vez, são frequentes entre os universitários.

Apesar da revisão de Graner e Cerqueira, de 2019 não demonstrar um aumento nas publicações sobre saúde mental, o assunto tem sido mais discutido, publicamente, nos últimos anos. Como exemplo, nacionalmente, as campanhas sobre o “Setembro Amarelo”, mês de prevenção ao suicídio, fortaleceram-se, visto que em 2018 estudantes da UFSCar distribuíram laços amarelos e também canetas e papéis para os estudantes escreverem sobre os seus sentimentos no *campus* de São Carlos; em 2019, o Hospital Universitário da mesma universidade fez uma ação na entrada da unidade de saúde mental com palavras de incentivo sobre o assunto elaboradas pelos próprios pacientes internados; em 2020, a campanha ganhou ainda mais relevância por causa do isolamento social, sendo a principal pauta dos debates de saúde dos Centros Acadêmicos da área no estado de São Paulo.

Desde o começo da Campanha do setembro Amarelo, em 2015, no Brasil, as notificações de mortalidade por transtorno depressivo recorrente aumentaram, não se sabe ainda se esse aumento ocorreu devido ao “efeito contágio”, conceito que compreende que a disseminação do assunto poderia reforçar a ideação suicida, ou devido à diminuição da subnotificação, fato notado pelo aumento da divulgação estatística pelos serviços de saúde e mídias (OLIVEIRA et. al, 2020). As autoras, inclusive, debatem a impossibilidade de avaliar a redução dos números e tentativas de suicídio apenas pela via da racionalidade (OLIVEIRA et. al, 2020). Portanto, para maior eficácia das ações de prevenção, é importante intervir em outros fatores determinantes para as condições psicossociais.

Além dessas ações de prevenção ao suicídio já citadas, apresentam-se, também, outras, disseminando-se de forma desarticuladas e individualizadas, na tentativa de transformar a universidade em um local mais acolhedor e promotor de saúde mental, são elas: professores oferecendo terapia de imposição das mãos, práticas de yoga, aulas de dança, centros acadêmicos promovendo debates e fortalecendo os colegas de curso, o questionamento do uso e abuso de medicamentos, inclusive, psiquiátricos, para se manter na universidade. A figura 4, “Mostra da Graduação” do Instituto de Arquitetura da USP, revela as condições que os estudantes são submetidos e o que precisam fazer para questionar a situação e perceber que este é um problema coletivo. Todavia, a maioria dessas ações caracterizam-se como uma tentativa individual de abranger e lidar com a temática, mas, falham em responsabilizar e planejar alternativas à nível institucional e político.

Figura 4: Acervo pessoal de Karina Aguilá Slan, 2017.



A REALIDADE DAS POLÍTICAS VOLTADAS AOS ESTUDANTES

É fato que poucas universidades são um oásis no deserto diante da conjuntura nacional, pois o mais comum é ver a reprodução da prática neoliberal nesses espaços, apesar de não ser o que se preconiza no Plano Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, criado em 2008. Esse programa apresenta, em suas diretrizes, que a Assistência Estudantil é uma estratégia importante para o combate das desigualdades sociais dentro das Universidades, promovendo como ações nas áreas o direito à moradia estudantil, à alimentação, ao transporte, à assistência à saúde, à inclusão digital, à cultura, ao esporte, ao acesso à creche e ao apoio pedagógico.

Entendendo que as ações de assistência à saúde fazem parte da Assistência Estudantil, e mesmo sabendo que a Atenção à Saúde não entra nas atribuições do Ministério da Educação - MEC (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016), é notória a importância dessa articulação. Isso porque a promoção de políticas voltadas à saúde dentro do ambiente universitário colabora com a redução de taxas de evasão das universidades e proporciona a inclusão social pela educação, garantindo a efetividade da proposta do PNAES. Dessa forma, diante dessa compreensão, analisa-se que não houve a captação e formação necessária dos profissionais do MEC. Portanto, como não há o conhecimento dessa pauta ou uma gestão de avaliação a ser cumprida, não há a análise geral dos mecanismos envolvendo a política em questão (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016).

Atualmente, vemos práticas caminhando na contramão desse plano e pode-se exemplificar a falta de formação trazida no parágrafo anterior a partir da terceirização da revisão das bolsas de permanência estudantil, situação ocorrida recentemente na Universidade Federal de São Carlos. Isso é um sinal de que não há uma análise geral

dos mecanismos envolvendo a política, nesse caso o PNAES, e há, também, uma autodesresponsabilização da, então, gestão da instituição³². Assim dizendo, a terceirização desse serviço colabora para uma perda da originalidade da política de Assistência Estudantil e tira do poder público, instituição e MEC, qualquer responsabilidade que isso possa causar. Esse exemplo é o estopim de um modelo que não atende de maneira adequada às demandas e exigências da comunidade estudantil.

Esse levantamento inicial é importante para compreender que a nossa política de Assistência Estudantil não oferece, em sua base, um olhar de envolvimento e construção de políticas para a saúde mental dos estudantes. Isso ocorre, não só pela falta de manejo e condução do Plano Nacional de Assistência Estudantil, mas, também, pelos espaços e ações que são conduzidas dentro das universidades, como é possível observar pela falta de democratização dos espaços de debates, como os Conselhos Universitários, inclusive, pela intimidação e pelo impedimento da entrada de alunos nesses espaços com seguranças armados; a priorização em condenar estudantes a pagar dezenas de milhares de reais por movimentos pacíficos de negociação de suas demandas a partir de ocupação sem danos ao patrimônio público do prédio da reitoria; a falta de investimento em espaços de convivência dos estudantes, tal como a retirada e apagamento da memória das lutas do movimento estudantil, como, por exemplo, a intenção de demolição do Palquinho da UFSCar São Carlos, - patrimônio histórico, local de resistência, debates políticos, cultura e intervenções artísticas dos estudantes e também de famosos - justamente no momento em que se debatia, internamente, no movimento estudantil, sua revitalização; a negligência com casos de assédios (figura 5) seja intra ou intercategorias; e o policiamento ostensivo dentro dos *campi*. Todos esses exemplos são condutas que trazem para a universidade um sistema autoritário de falsa segurança e que, conseqüentemente, afetam física e psicologicamente os estudantes.

Figura 5: Trecho de reportagem do site G1 São Carlos e Araraquara. ASSIS, Fabiana, 2019.

“Minha vida parou. Fiquei submetida a medicamentos e tratamentos, tenho medo de andar pelos lugares. Enquanto que os agressores estão vivendo uma vida normal, e eu aqui, padecendo até com o fato de a universidade sequer deixar que vejamos o processo. Eu espero que a justiça seja feita”, disse.

32 As críticas e fatos narrados nesse parágrafo e no seguinte fazem referência à gestão da UFSCar no período de realização do congresso, ou seja, a gestão de 2016 a 2020.

DEMANDAS E EXPERIÊNCIAS PROMOTORAS DE SAÚDE MENTAL

Não se pode negar que a consolidação da Política Nacional de Assistência Estudantil é um marco na construção de estratégias que buscam a democratização das instituições de Ensino Superior no Brasil (PENHA et. al, 2020); e que essa ação, quando bem efetuada, promove grandes avanços à vivência e atenção psicossocial universitária. Mas, ainda há muito para se construir, pois o estigma da saúde mental perdura por vários espaços e a Universidade não foge disso. Por isso, é importante pautar a necessidade de desenvolver informações e campanhas educativas para a divulgação dos trabalhos sobre o tema (PENHA et. al, 2020), e uma construção política coletiva visando a promoção de comportamento geradores de saúde em sua forma integral, de forma a superar a polaridade “prevenção e cura”.

Portanto, é preciso debater políticas que articulem diversos serviços e setores, não só de dentro da universidade, mas, também, fora dela, que dizem respeito à renda, à democracia e aos espaços de poderes decisórios mais amplos, à ambientes acolhedores, à produção de conhecimento conjunto e não tutelado, à cultura, ao lazer e ao direito ao ócio. Essas ações são importantes, pois a integralidade pode ser disparadora de melhorias nas condições de vida dos usuários (BEDIN; SCARPARO, 2011), inclusive, porque as outras necessidades de saúde continuam sendo apresentadas (ALVES, 2001 apud BEDIN; SCARPARO, 2011) e elas se afetam mutuamente. Por que, então, não implementar os modelos de conselhos gestores de saúde também nas universidades ou assembleias multicategorias frequentes, de forma institucional, como acontecem nos Centros de Atenção Psicossocial? Com essas medidas, seria possível mudar o caráter organizacional da instituição, corresponsabilizar as entidades envolvidas, dar autonomia a todos e estabelecer, conjuntamente, as prioridades com quem ali mora, circula ou gere o espaço.

Lembrando que o lúdico e o lazer também são protetores para a saúde mental, por serem considerados amortecedores do estresse. Sendo assim, espaços como o Palquinho, também, são extremamente importantes de serem revitalizados e fomentados, inclusive, por ter condições ambientais propícias para ali estar, como o conforto térmico das árvores e o verde em seu entorno. É por isso que espaços como esse precisam ser compreendidos para além da utilização de álcool e outras drogas, apesar de ser importante, também, descriminalizar seu uso, por, também, fazer parte do lazer.

São locais assim que permitem as trocas culturais, as atividades artísticas e, também, são nesses locais que os membros da comunidade podem ter complemento de renda através da comercialização do que produzem, além de fomento dos artistas independentes e debates relevantes para o dia a dia do estudante. Também é importante pontuar que, por exemplo, atividades como a festa junina da moradia estudantil da UFSCar São Carlos auxiliam a arrecadação de dinheiro para complementar a estrutura precária de seus prédios, mesmo não sendo função dos estudantes, e, até mesmo, as festas de calourada e outros eventos dos Centros e Diretórios Acadêmicos, buscam, em sua maioria, a arrecadação de

dinheiro para auxiliar em alguma atividade do curso; porém, o que costumávamos vivenciar é a perseguição a essas ações.

Dessa forma, há a necessidade de proporcionar e investir no desenvolvimento dessas atividades e espaços, construir vínculos e redes de apoio, e estreitar a relação entre estudantes e instituição são ações que colaboraram com o engajamento acadêmico (PENHA et. al, 2020).

Figura 6: Cartaz de divulgação de recepção dos calouros do DCE 2015.



Figura 7: Acervo pessoal, Calourada DCE 2015.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notável que as reflexões aqui apresentadas não seriam possíveis se não fosse nosso envolvimento com o movimento estudantil, por isso, cada posicionamento e reivindicação vem de um lugar bem definido. Dessa forma, fazemos questão de agradecer a cada debate com a vitalidade dos nossos anos de juventude que nos ajudou a refletir, a questionar e a vivenciar muitos sonhos e planos por dias melhores dentro e fora da sala de aula.

Para, então, alcançarmos esses dias melhores queremos construir uma política psicossocial pela base, por todos nós e para todos nós, ou seja, com participação plena, integral, integrada e integradora de todos da sociedade. Para isso, não podemos ser criminalizados quando lutamos pelos direitos estudantis e nem subestimados pela qualidade das tomadas de decisão nos ambientes que nos cercam, porque não é assim que se produz saúde, mas, sim, construindo ações dignamente para uma sociedade inteira, com interações e trocas entre todos os indivíduos.

Encerramos o nosso ciclo de militância ativa no Movimento Estudantil com a certeza de que *anunciaremos a primavera* com cada semente ali plantada e cultivada.

Vida longa à força do Movimento Estudantil! Que ele possa sempre se reinventar e encantar a todos!

Figura 8: Acervo pessoal. Foto da nossa gestão do DCE Livre UFSCar, *Caminhando Contra o Vento*, eleita em dezembro de 2018.



Figura 9: Acervo pessoal. Foto da reunião do Coletivo Juntos, durante o XI Congresso dos Estudantes da UFSCar.



REFERÊNCIAS

ARTHURO, S. **Depressão na Pós-Graduação e Pós-Doutorado**. 2012. Disponível em: <<https://umaincertaantropologia.org/2012/11/14/depressao-na-pos-graduacao-e-pos-doutorado-artigode-sergio-arthuro-jc/>>.

ASSIS, F. “Eu me sinto abandonada”, diz aluna da UFSCar que denunciou estupro em moradia há 6 meses. **G1 São Carlos e Araraquara**, São Carlos, 05 de maio de 2019. Disponível em <<https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2019/05/07/eu-me-sinto-abandonada-diz-aluna-da-ufscar-que-denunciou-estupro-em-moradia-ha-6-meses.ghtml>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 13, n. 2, p. 195-208, ago. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.

BLEICHER, T.; OLIVEIRA, R. C. N. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá , v. 20, n. 3, p. 543-549, Dec. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T.. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**. 2016; v. 21 n. 2, p. 45-51

CARDOSO, A. C. M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 73-93, June 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100073&lng=en&nrm=iso>. Acesso em :

09 de fevereiro de 2021.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 10, n. 3, p. 413-420, Dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Fev. 2021.

Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. INFORMATIVO TÉCNICO Nº 6/2019-CONOF/CD MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: DESPESAS PRIMÁRIAS PAGAS 2014-2018 E IMPACTO DA EC Nº 95/2016 (TETO DE GASTOS). Câmara dos Deputados. Brasília, 14 de fevereiro de 2019.

DA SILVA, A. Permanência estudantil no ensino superior: intersecções entre saúde mental e políticas públicas. **Qualidade de vida, esporte e lazer no cotidiano do universitário**, p. 93, 2018.

OLIVEIRA, M. E. C.; GOMES, K. A. L.; NÓBREGA, W. F. S.; GUSMÃO, E. C. R.; SANTOS, R. D.; FRANKLIN, R. G. Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, p. e3191-e3191, 2020.

Departamento de Vigilância em Saúde DEVISA/SMS. Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde-CCAS/DSC/FCM/UNICAMP. Informe do Projeto de Monitorização dos Óbitos no Município de Campinas. Boletim Nº 57. MORTALIDADE POR SUICÍDIO. Campinas, São Paulo, 2019.

Em defesa do Palquinho. **Facebook DCE Livre UFSCar, 2019**. Disponível em <<https://www.facebook.com/119866884782714/videos/490739558430375>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

Estudantes que ocuparam reitoria da UFSCar são condenados a pagar R\$ 50 mil de indenização. **G1 São Carlos e Araraquara**, São Carlos, 08 maio de 2019. Disponível em <<https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2019/05/08/estudantes-que-ocuparam-reitoria-da-ufscar-sao-condenados-a-pagar-r-50-mil-de-indenizacao.ghtml>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021

COSTA, E. G.; NEBEL, L. O quanto vale a dor? Estudo sobre a saúde mental de estudantes de pós-graduação no Brasil, **Polis** [Online], 50 | 2018. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/polis/15816>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

Ex-aluna protesta contra demolição do Palquinho da UFSCar. **São Carlos em Rede**, São Carlos, 05 de setembro de 2019. Disponível em <<https://saocarlosemrede.com.br/ex-aluna-protesta-contrademolicao-do-palquinho-da-ufscar/>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

FONSECA, M., O Estado de Minas. Política, **“Governos de Dilma e Temer também cortaram verbas da educação”**. Minas Gerais, 2019.

GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. A. R. Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1327-1346, Apr. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2021.

HAN, B. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2015.

Hospital Universitário da UFSCar. Notícias. **HU-UFSCar promove ações no “Setembro Amarelo**. Setembro, 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 15 de Maio de 2020. Disponível em <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2020-05/ibge-taxa-de-desemprego-de-jovens-atinge-271-no-primeiro-trimestre>> Acesso em 09 de Fevereiro de 2021.

LEAL, K. S.; OLIVEIRA, P. D. S.; RODRIGUES, P. R. G.; FOGAÇA, F. F. S. Desafios enfrentados na universidade pública e a saúde mental dos estudantes. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 8, p. 59-69, 2019.

MARCOLAN, J. F.; DA SILVA, D. A. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 31-44, 2019.

MUSSI, A. E. Saúde mental e trabalho (Entrevista com Willian Mac Cormick). **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 7-14, fev. 2019. ISSN 2447-1798. Disponível em: <<https://psico.fae.emnuvens.com.br/psico/article/view/199/127>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

PENHA, J. R. L.; OLIVEIRA, C. C.; MENDES, A. V. S. Saúde mental do estudante universitário: revisão integrativa/University student mental health: integrative review/Salud mental del estudiante universitario: revisión integrativa. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 369-395, 2020.

PEREIRA, A.; CARDOSO, F. Ideação suicida na população universitária: uma revisão da literatura. **Revista E-Psi**, 2015.

AZEVEDO, R. C. S. “Uso de drogas por universitários”. **Ensino Superior**, UNICAMP. n. 11, 12 de nov. 2013.

Reitoria da UFSCar inicia demolição do palquinho para construir anfiteatro/auditório a céu aberto. **Tribuna São Carlense**, São Carlos, 04 de setembro de 2019. Disponível em <<https://tribunasaocarlense.com.br/reitoria-da-ufscar-inicia-demolicao-do-palquinho-para-construir-anfiteatro-auditorio-a-ceu-aberto/>> Acesso em 17 de fevereiro de 2021.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com

base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

ROSA, C. M.; RIBEIRO, R. Percalços da permanência na educação superior: fatores socioeconômicos como condicionantes da evasão. **Revista Cocar**, v. 11, n. 21, p. 66-89, 2017.

SILVA, A. Marcadores sociais da diferença e permanência estudantil no ensino superior: notas e tensionamentos. **Revista Hipótese**, Itapetininga, v. 2, n. 3, 2016.

O QUE É UMA UNIVERSIDADE PROMOTORA DE SAÚDE

Irma da Silva Brito³³

Alexandre de Assis Bueno³⁴

Renata Alessandra Evangelista³⁵

INTRODUÇÃO

As Universidades e as Instituições de Ensino Superior (UIES) formam recursos humanos que, posteriormente, irão assumir cargos de gestão de processos. Sua função social é formar estudantes, criar conhecimento através da investigação e contribuir para o desenvolvimento da comunidade e da sociedade civil. As famílias desejam que seus filhos frequentem a universidade para obter ou manter uma status social pela adequada capacitação para o trabalho e expansão da empregabilidade. Mas as UIES também trazem: aumento da competitividade por meio dos conhecimentos úteis, da inovação e do avanço da tecnologia; aprofundamento dos valores da democracia e no desenvolvimento da cidadania; aumento da formação cultural e política da população.

No entanto questiona-se qual o benefício para a sociedade com esse investimento na formação superior se, na maioria dos casos, as UIES formam pessoas centradas em satisfazer as suas necessidades e com poucas competências de cidadania? Ora, a forma como se gere essa sucessão é frequentemente influenciada pelo modo e valores de vida que se consolidam neste contexto, as UIES, porque são corporações e comunidades que têm um impacto na saúde e bem-estar dos indivíduos assim como na consolidação dos seus valores de vida.

A evidência mostra que nas UIES, em geral, os estudantes pioram o seu estilo de vida nas dimensões atividade física, nutrição, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, acidentes, comprometimento da saúde mental e sexual. Tal pode vir a refletir-se tanto no seu desempenho e sucesso acadêmico como no seu modo de vida futuro, aumentando a prevalência das doenças crônicas e a perda de dias de vida com qualidade. Por outro lado, do ponto de vista da saúde do trabalhador, as UIES geralmente não investem na promoção da saúde, apenas na saúde ocupacional, e muitas vezes por exigência legislativa.

33 Professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e investigadora sénior da UICISA:e, Portugal

34 Professor da Universidade Federal de Catalão, Brasil

35 Professora da Universidade Federal de Catalão, Brasil

Contudo é frequente o elevado absentismo e presenteísmo relacionado com a sobrecarga ou má gestão de trabalho nas UIES. Quanto ao impacto ambiental das UIES sabe-se que trazem desenvolvimento econômico para a região (alojamento, restauração e outro comércio), mas também alguns problemas como distúrbio social relacionado com a recreação noturna, consumos excessivos de álcool, acidentes rodoviários e outros impactos ambientais em geral. Todas estas problemáticas podem relacionar-se com resultados baixos no desempenho global da UIES.

Nesse sentido, as UIES se alinham a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que estima “assegurar uma vida saudável e promover o bem estar para todas e todos, em todas as idades” e aponta dezessete objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) e 169 metas, sendo que o objetivo três e a meta 3.4, trata-se de promover a saúde e o bem estar a partir da promoção da saúde e estilo de vida (OPAS/OMS BRASIL, 2021).

A proposta de contextos promotores de saúde (*healthy settings*) tem sido apresentada como uma estratégia que agrega todas estas problemáticas, constituindo o movimento das Universidades e Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde (DOORIS; NEWTON, 2014), pois adoção de medidas de intervenção em saúde por meio de programas de promoção da saúde no local de trabalho resultam de uma ação colaborativa na tríade empregador, empregado e sociedade, com vista a melhorar a saúde e o bem estar dos indivíduos no local de trabalho (EVANGELISTA et al., 2020).

1. O QUE É UMA UNIVERSIDADE PROMOTORA DE SAÚDE

O movimento das UIES promotoras de saúde (ARROYO; DURÁN; GALLARDO, 2015), iniciado nos anos 80 do século XX, acompanhou as várias iniciativas lançadas pela Organização Mundial de Saúde de ambientes saudáveis (*healthy settings*): cidades, escolas, universidades, organizações profissionais, hospitais, etc. Esta abordagem objetiva promover a saúde com estratégias complexas de intervenção junto das populações com ênfase no comportamento dos indivíduos e comunidades em risco para alcançar ambientes de vida onde as pessoas se sintam bem. Outro objetivo da abordagem é reforçar os recursos de saúde, os processos de participação e de empoderamento (TSOUROS et al., 1998).

Segundo a Carta de Okanagan (2015), as Universidades e Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde (UIESPS) analisam os seus próprios sistemas internos, processos e cultura e a sua influência na saúde e bem-estar individual e organizacional, a fim de introduzir melhorias nestes processos, em favor da saúde de toda a comunidade académica e do ambiente. E nesta perspetiva, ser uma UIESPS é investir na Promoção da Saúde a nível institucional, local, regional e global. E, enquanto instituições de investigação, contribuir para a criação de conhecimento em relação à saúde pública e à promoção da saúde num mundo globalizado. Nesta perspectiva as UIES têm a capacidade de influenciar os decisores, atuar como catalisadores da mudança e motivar o diálogo entre a ciência e a sociedade.

Segundo a Carta de Edmonton (2005), uma UIESPS:

Adota um modelo institucional de cultura de promoção da saúde e de ambiente sustentável para trabalhar, viver e aprender;

Assume ser um lugar onde os cidadãos e os líderes do futuro são formados;

Arroga um papel de liderança na promoção da saúde, incluindo-a nos currículos escolares;

Lidera o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis a nível local, regional e global para criar e manter um ambiente saudável que apoie a aprendizagem, o trabalho e a vida;

Tem uma abordagem de promoção da saúde que inclui o ambiente global;

Articula uma visão partilhada para a promoção da saúde;

Influencia os líderes institucionais com o conceito de “saúde para todos” e “desenvolvimento sustentável”;

Envolve os estudantes na defesa dos conceitos de promoção da saúde, mobilizando-os para se envolverem na vida universitária e para assumirem a responsabilidade pela sua própria saúde e bem-estar;

Melhora os serviços de saúde para o pessoal e estudantes e apoia as pessoas com necessidades especiais;

Adota uma perspectiva a longo prazo na incorporação da promoção da saúde na vida institucional cotidiana e nas mudanças culturais que a promoção da saúde exige;

Atribui recursos e empenha-se em ações de promoção da saúde institucional e individual;

Incorpora a promoção da saúde nos planos estratégicos institucionais;

Cria conhecimentos individuais e institucionais sobre escolhas e ambientes saudáveis;

Aceita a responsabilidade de encorajar a investigação em promoção da saúde, partilha de resultados e melhores práticas;

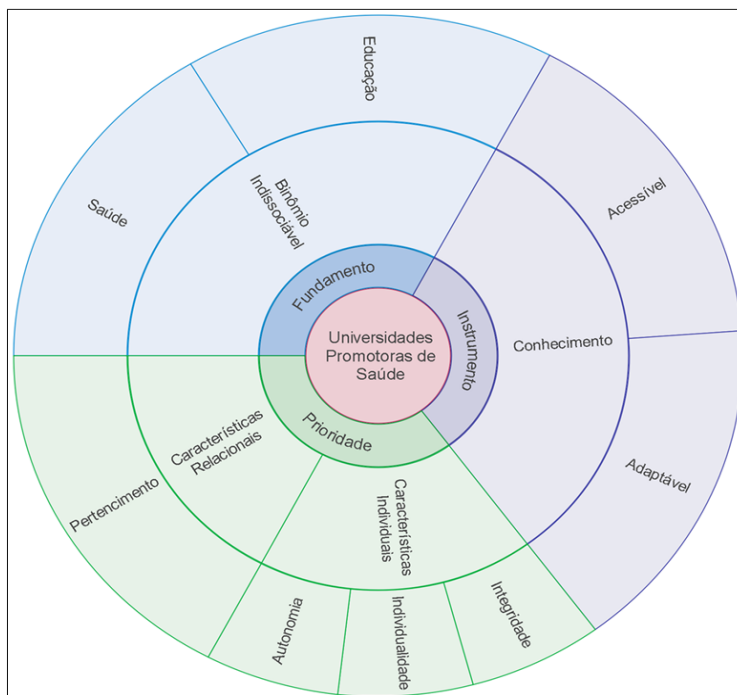
Prepara os estudantes como cidadãos do futuro para promover a saúde nas suas instituições e comunidades;

Compromete-se a provocar mudanças através de políticas, procedimentos, sistemas e práticas institucionais.

De acordo com essa perspectiva, as UIESPS são uma prioridade com fundamento científico e societal; e tornam-se um instrumento com benefício para a comunidade académica e a sociedade civil. Esta ideia está representada pela figura 1. Uma UIESPS assume como binómio indissociável a educação e a saúde em todos os currículos académicos, produzindo conhecimento nestas dimensões mais acessível e adaptável pelo contributo da interdisciplinaridade. Para tal mobiliza a comunidade académica através de

uma ideia comum (ser uma UIESPS) que gera processos identitários e de pertencimento, melhora as relações interpessoais, assim como a cultura organizacional da UIES. Desse modo proporciona ações que influenciam cada pessoa daquela comunidade acadêmica a participar num projeto comum e, ao mesmo tempo, respeitando a sua autonomia, integridade e individualidade.

Figura 1: Caracterização da UIESPS. Fonte: Elaborado pelos próprios autores, 2020.



A Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras da Saúde (RIUPS), liderada por Hiram Arroyo, foi constituída a 6 de Outubro de 2007 com o objetivo de promover o recrutamento e adesão de novas Universidades e Instituições de Ensino Superior a este movimento. Nesse sentido tem: acompanhado o cumprimento dos critérios para as instituições aderentes serem reconhecidas como UIESPS e dado apoio à monitorização desses indicadores; promovido a avaliação e divulgação de experiências e boas práticas de promoção da saúde na UIES. Esta rede internacional também evoca a criação de redes nacionais, das quais faz parte a Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde (Rebraups), constituída em 2018 em Brasília. Também integram a RIUPS redes de estudantes dos seguintes países: Colômbia, Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Espanha, México, Porto Rico, Perú. Têm por objetivo reforçar a capacidade dos estudantes de participarem ativamente nos processos de reforço das UIESPS, de serem promotores de saúde e de contribuírem a partir da sua condição de estudantes e depois como profissionais que possuem conhecimentos e competências que lhes permitem promover a saúde a partir da sua prática profissional e nas suas famílias e comunidades.

2. PEER-IESS. INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR SALUTOGÊNICAS

Em Portugal, Brito e Mendes (2009) propõem PEER-IESS, uma abordagem de pesquisa-ação centrada na educação de pares. PEER-IESS é o acrônimo de *Participation, Engagement and Evaluation Research to Implement an Health Salutogenic Settings* ou Instituições de Ensino Superior Salutogênicas. É uma ferramenta de mudança organizacional para cocriar contextos salutogênicos (*salutogenic settings*). Trata-se de um modelo de pesquisa-ação participativa que promove a qualidade, democratização e participação social das instituições de ensino superior e ancora na definição de salutogênese. Salutogênese (do latim: *salus* = saúde; e do grego: *genesis*= origem) é um termo cunhado por Aaron Antonovsky (1979) para designar a busca das razões que levam alguém a estar saudável. Os estudos sobre a relevância do sentido de coerência têm vindo a revelar a sua crescente importância para a qualidade de vida e bem estar na criação do *homo salus*, o homem na busca das origens da saúde, o que para além da sapiência (*homo sapiens*) atinge um novo patamar da sua compreensão intrínseca sobre o valor da saúde, da sua origem e a sua implicação sobre a sustentabilidade da espécie humana. (DOORIS; DOHERTY; ORME, 2017).

PEER-IESS (BRITO; MENDES, 2009) propõe apoiar as UIES (em regime de consultoria) para desenvolverem a capacidade de transformar a sua cultura organizacional para configurações salutogênicas e tornar-se *living labs*, ou seja, laboratórios vivos. Defendemos que implementar o modelo PEER-IESS é uma estratégia para defender as políticas de educação superior alinhadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

As UIES aderentes comprometem-se criar um “grupo semente” com pessoas representativas da comunidade acadêmica que vão cultivar uma comunidade acadêmica com agentes de transformação social positiva e eficiente. Este grupo da UIES aderente ao PEER-IESS (cerca de 15 pessoas de entre estudantes, professores e não professores) recebe capacitação: um curso *b-learning* de 100h. Este curso habilita a realizar o seguinte processo diagnóstico: 1) avaliação da situação de saúde da comunidade acadêmica (condições ambientais e organizacionais); 2) mapear os projetos existentes de promoção da saúde (BRITO, 2018).

A autoavaliação da sua cultura organizacional permite demonstrar se existem valores que facilitem a participação, e que facilite a criação de grupos institucionais e interdisciplinares que desenvolvam propostas que visem melhorar o sucesso académico dos estudantes, reduzir o absentismo e presenteísmo nos estudantes e trabalhadores e ainda equilibrar o impacto ambiental ao mesmo tempo que elevam os indicadores de saúde individual, coletiva e ambiental, a inovação e a produtividade científica. Esta etapa exige o desenho, implementação e avaliação de atividades participativas de promoção da saúde de acordo com as necessidades identificadas. Este processo culmina com o reconhecimento da instituição como contexto de promoção da saúde pela Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS) e outras redes nacionais e internacionais, se

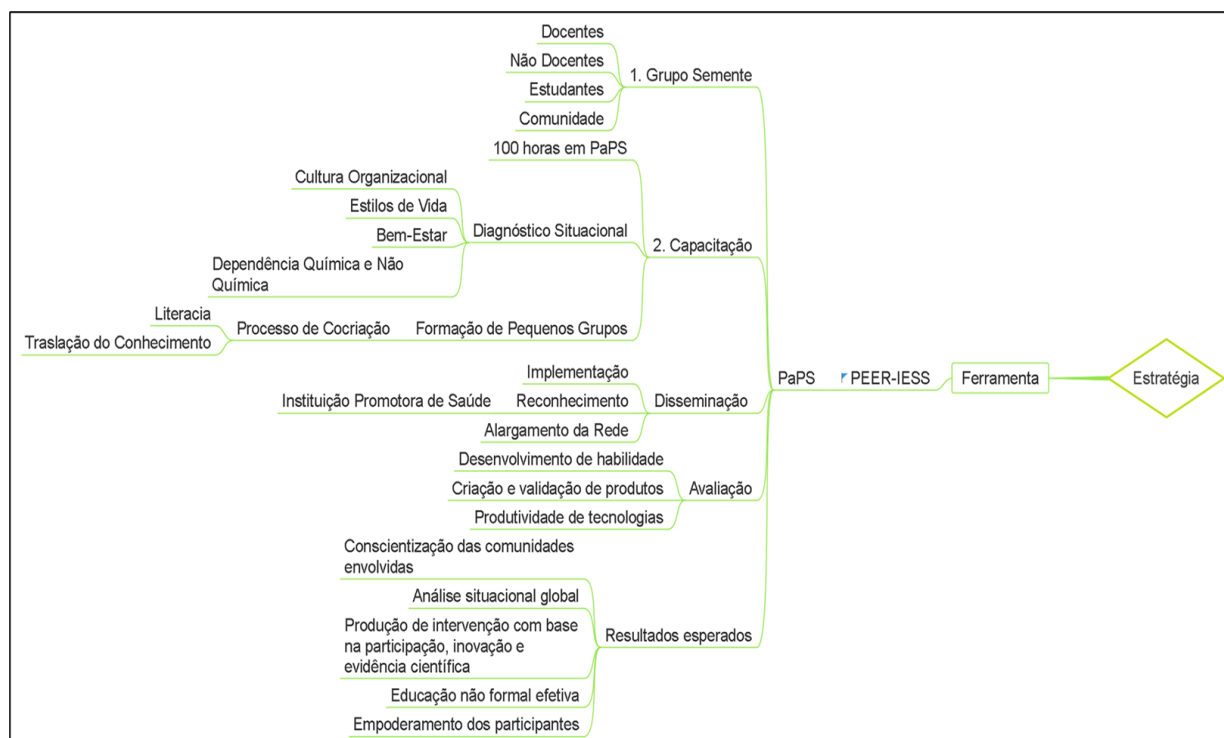
existirem. A figura 2, apresenta os elementos que constituem o PEER-IESS.

Neste modelo, que se ancora na Pesquisa-ação Participativa em Saúde, o pressuposto principal é que a participação daqueles cuja vida ou trabalho são o tema do estudo, o que afeta todos os aspectos da pesquisa. O envolvimento dessas pessoas no estudo (grupo semente ou ações de mobilização comunitária) é um fim em si mesmo pois reconhece o valor da contribuição de cada pessoa para a cocriação de conhecimento, num processo que não só é prático, mas também colaborativo e de empoderamento (BRITO, 2019). Através da PaPS envolve-se as pessoas cuja experiência de vida é o tópico da pesquisa (comunidade acadêmica) e, por isso, participam no desenho de estudo, na análise, na implementação da pesquisa-ação e disseminação de resultados (ICPHR, 2013). Então produz-se conhecimento e ação que podem dar uma contribuição única ao abordar questões crescentes relacionadas à utilidade da pesquisa, iniquidade em saúde e aumento do impacto nos diferentes tipos de pesquisa experimental. Neste processo incorpora-se métodos qualitativos e quantitativos, dependendo do tipo de dados requeridos, o que geralmente significa não conformidade com os padrões metodológicos tradicionais, estabelecidos para os ensaios clínicos de pesquisa em saúde. Contudo, a qualidade metodológica e ética de cada etapa proporcionará validade para o contexto onde se implementa a intervenção de base comunitária.

Todas as UIES aderentes ao PEER-IESS formam uma rede onde juntas colaboram na transformação das instituições e culturas, para que todos e todas tenham a oportunidade de liderar transformações salutogênicas no seu ambiente. Na realidade já estão a organizar-se processos semelhantes a “*living labs*” entre as UIES aderentes.

Por exemplo, é o caso da avaliação dos estilos de vida de estudantes e trabalhadores das UIES. A Universidade Católica do Chile, a OPS, a OMS, com o apoio técnico do Conselho Nacional para a Promoção da Saúde – VIDA CHILE e do Ministério da Saúde Chileno desenvolveram o *Guia para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Propõem a utilização de um questionário de autopreenchimento para uma avaliação dos estilos de vida: o questionário *¿Tienes uno estilo de vida fantástico?* Por sua vez, este instrumento é uma tradução e adaptação de um questionário de autoavaliação criado com o objetivo de apoiar os médicos na avaliação dos estilos de vida dos seus doentes do trabalho desenvolvido por Wilson e Ciliska, no departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, em Ontário, Canadá. O questionário “Estilo de Vida Fantástico” está a ser utilizado pelas UIES aderentes na fase de diagnóstico. Como instrumento de autopreenchimento e avaliação com 30 questões, permite rapidamente explorar os hábitos e os comportamentos em relação aos estilos de vida adequados para a saúde. Neste processo cada pessoa é levada a refletir sobre o seu estilo de vida e nos desafios para o melhorar sem ter de esperar pelo resultado do preenchimento de questionário enviado a um pesquisador.

Figura 2: Abordagem PEER_IESS. Fonte: Elaborada pelos próprios autores. 2020.



Tratando-se de um processo baseado em pesquisa-ação participativa em saúde, permite a cocriação de intervenções de promoção da saúde dialógicas, criativas e culturalmente competentes; e ativa a mobilização da comunidade para gerar configurações salutogênicas. Esse processo participativo favorece a inovação social, a educação não formal, a pesquisa entre pares, os valores do voluntariado e a cocriação de atividades interdisciplinares e mais eficientes de promoção da saúde. Em suma, mobiliza a IES a comprometer-se com atividades que se enquadram nas três dimensões da sua missão: 1) Formação; 2) Extensão; 3) Cocriação de conhecimento científico em promoção da saúde, medindo os resultados e impacte (*living lab*).

Ferreira, Brito e Santos (2018) realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre estratégias de promoção da saúde em contexto universitário e verificaram que as ações e estratégias nem sempre resultaram da convergência entre ações educativas, políticas, legislativas ou organizacionais que apoiam estilos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos ou coletividades e que contribuem para melhoria do ambiente físico e social. Em 2012-2018 procedeu-se à validação do modelo PEER-IESS numa instituição de ensino superior privada (FERREIRA, 2018). Obteve-se impacto ao nível da formação (inclusão da temática promoção da saúde em diversas disciplinas); aumento de número de projetos de extensão e pesquisa iniciados e ativos; aumento da produção científica; reestruturação do currículo e da organização interna (criação de uma unidade de investigação e um comitê de ética).

Pela popularidade que está a ter, acreditamos que PEER-IESS potencia a interdisciplinaridade e a promoção da saúde fundamentado nos princípios da PaPS, conjugando o autogerenciamento da saúde, bem-estar físico e qualidade de vida de todos os integrantes da comunidade acadêmica e, ao mesmo tempo, provocando impacto institucional. Uma IES Salutogênica pode vir a oferecer melhor capacitação para o trabalho e expansão da empregabilidade por via dos microprojetos e porque os estudantes têm melhor estilo de vida e mais saúde; aumento da competitividade por meio dos conhecimentos úteis, da inovação e do avanço da tecnologia potenciado pela criação da rede de “*living labs*”; aprofundamento dos valores da democracia e no desenvolvimento da cidadania por via da pesquisa-ação participativa em saúde; aumento da formação cultural e política da população por via da educação não formal. Dessa forma atenderia, ao mesmo tempo, ao desejo das famílias e das sociedades democráticas.

3. A CULTURA ORGANIZACIONAL NUMA ABORDAGEM SALUTOGÊNICA

A abordagem da cultura em ambientes organizacionais tem se intensificado ao longo dos anos com ênfase principalmente em pelo menos um dos seguintes fatores: alta produtividade, redução de custos, comportamento altruísta e qualidade total. Essa inclusão tem sido presente, principalmente em organizações que adotam modelos de gestão mais participativos com processos gerenciais com maior corresponsabilização e poder de decisão compartilhado (BARROS; SOUZA, 2021).

A cultura organizacional tem ênfase nos aspectos relacionais e identifica fatores individuais nos trabalhadores e nas relações estabelecidas que interferem no trabalho realizado. Desta forma, a análise cultural no ambiente de trabalho favorece a compreensão de valores, crenças e convicções pessoais, mas também como fatores de interferência no comportamento coletivo. Assim, a análise cultural de uma organização pode revelar os paradigmas presentes e que são determinantes para definir a forma como as ações são desenvolvidas e os motivos para que sejam realizadas. Essa análise permite compreender a dinâmica das relações de poder formal e informal envolvidos nos processos de socialização institucional e seus incidentes críticos (FROGERI et al, 2019).

Nesse sentido, a compreensão da cultura organizacional pode favorecer uma melhor condição na inserção do modelo salutogênico para consolidação de uma Universidade ou Instituição de Ensino Superior Promotora de Saúde (UIESPS), uma vez que ela apresenta um diagnóstico importante acerca dos valores, convicções e crenças dominantes. Desta forma, é possível o conhecimento do *status quo* institucional e delinear um planejamento estratégico necessário para a consolidação do modelo salutogênico.

O estabelecimento de uma UIESPS se concentra na mudança de paradigma. Trata-se de estabelecer um novo modelo que se fundamenta na capacidade individual de toda a comunidade acadêmica em lidar de maneira proativa com os incidentes críticos do cotidiano, quer no ambiente institucional ou fora dele. O movimento em direção a uma

cultura organizacional salutogênica se consolida por meio da produção de conhecimento acessível e adaptável como forma de instrumentalizar cada indivíduo em sua identidade, integridade e autonomia e, conseqüentemente, nos processos relacionais pelo sentimento de pertença (MAYER; KRAUSE, 2012).

Manter o foco na cultura organizacional salutogênica para a consolidação da UIESPS proporciona a mudança de dentro para fora, com a plena utilização de recursos pessoais por meio da otimização da capacidade individual com impacto direto no ambiente institucional. O preparo e estímulo à atitude proativa será objeto da capacidade de compreensão dos diversos estímulos recebidos; capacidade de gestão desses fatores por meio de seus recursos disponíveis; e a capacidade de empenho na busca de um direcionamento da situação presente. Essas três capacidades expressam o sentido de coerência que, em salutogênese, significa a possibilidade de cada indivíduo integrar os eventos adversos do cotidiano ao seu projeto de vida, isto é, dar coerência às situações e eventos que outrora seriam geradoras de estresse ou desequilíbrio (ANTONOVSKY, 1984).

Ao considerar alguns elementos como: indivíduo como agente de mudança, atitude proativa, educação como base, educação pelos pares, fica evidente a aproximação do percurso para a formação da UIESPS na perspectiva salutogênica com a necessidade de um desenho metodológico que permita que a comunidade seja percebida como protagonista do próprio processo de mudança.

É nesse sentido que a proposta PEER-IESS (BRITO; MENDES, 2009), ancorada na Pesquisa Ação Participativa em Saúde (PAPS), se oferece como uma ferramenta alinhada com os princípios do modelo salutogênico, uma vez que se estimula a proatividade e fortalece as capacidades relacionadas com o sentido de coerência por meio da diretriz de indivíduos e organizações aprendentes. Aplica-se a PaPS para acelerar o movimento das Universidades Promotoras de Saúde.

CONCLUSÃO

PEER-IESS ativa processos de mobilização comunitária a partir de um grupo semente. Visa influenciar a cultura organizacional de uma universidade para que as pessoas (estudantes e trabalhadores) tenham estilos de vida mais saudável e que os ambientes sejam mais salutogênicos. É um tema multidisciplinar que contribuirá para a produção de conhecimento sobre: transições de vida (estudantes que ingressam na universidade e das pessoas que se vão aposentar) estilos de vida (de toda a comunidade) a eficiência dos processos de empoderamento e capacitação grupos de promoção da saúde numa perspectiva ascendente (*bottom up*). Neste domínio, o conceito de “*living lab*”, que está adjacente a PEER-IESS, reforça a necessidade de existirem instrumentos que permitam não só comparações geográficas e temporais como a formação de redes internacionais de peritos e recursos, imperiosos para o fortalecimento das políticas da saúde e promoção da saúde no contexto do ensino superior.

PEER-IESS é uma ferramenta de gestão participativa que permite às organizações aumentar e auto monitorizar a saúde e o bem-estar e a sua cultura salutogénica no local de trabalho. A sua implementação introduziu o paradigma da salutogénese e da investigação participativa, abordando as necessidades da saúde escolar e ocupacional: aumentar a saúde dos estudantes e trabalhadores, o envolvimento dos recursos humanos; diminuir os custos com as doenças ocupacionais; e promover a inovação no que respeita ao comportamento de mudança. A investigação participativa tem demonstrado grande impacto na cocriação de propostas inovadoras. O sistema também fornece um mecanismo de *matching making* para manter redes de inovadores na promoção da saúde em linha e o intercâmbio de boas práticas e transformação local. PEER-IESS funciona como uma incubadora para essa inovação.

REFERÊNCIAS

ANTONOVSKY, A. The sense of coherence as a determinant of health. In MATARAZZO, J. D. (Ed) **Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention**. New York: John Willey & Sons, 1984.

ARROYO, H.; DURÁN, G.; GALLARDO, C. Diez años del movimiento de universidades promotoras de la salud en Iberoamérica y la contribución de la red Iberoamericana de universidades promotoras de la salud (RIUPS). **Global Health Promotion**, 22(4), 64–68, 2015.

BRITO, I. Rumo a uma nova geração de ensaios clínicos: pesquisa-ação participativa em saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol 18, No 4, 2019. Disponível em http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6400/html_2

BARROS, M. C. M.; SOUZA, A. P. L. **Clima e cultura organizacionais: como as organizações podem avaliar a satisfação de seus colaboradores?** Fundação de Ensino e Pesquisa do Sul de Minas. Textos para discussão: Texto nº 43. ISSN 2447-8210. 1-17, 2021.

BRITO, I. **Pesquisa-Ação Participativa na Co-Criação de Instituições de Ensino Superior Promotoras de Saúde**. Coimbra: Palimage, 2018. ISBN da versão papel 978-989-703-215-8; ISBN versão digital: 978-989-703-216-5

DOORIS, M.; DOHERTY, S.; ORME, J. The application of salutogenesis in universities. In: MITTELMARK, M. B. et al. **The Handbook of Salutogenesis**. England: Springer; [Internet] 237-245, 2017. Acesso em 03 de maio de 2017. Disponível em: <<http://eprints.uwe.ac.uk/29811>>.

DOORIS, M.; WILLS, J.; NEWTON, J. Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities. **Scandinavian Journal of Public Health**. [Internet]; 42(15):7-16, 2014. Acesso em 26 de dezembro de 2016. Disponível em: <<http://>

journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494814544495?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed. doi:10.1177/1403494814544495>.

EVANGELISTA, R.; LOUREIRO, H.; SILVA, L.; BUENO, A.; MENDES, A. Programas de promoção no ensino superior: uma revisão de escopo. **Revista Electrónica Enfermería Actual en Costa Rica**, 39, 1-18, 2020. DOI: 10.15517/REVENF.V0I39.40962.

FERREIRA, F.; BRITO, I.; SANTOS, M. R. Programas de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de literatura. **Revista Referência**, 71(suppl 4), 1814–1823, 2018.

FROGERI, R.; VASCONCELOS, S.; FRANÇA, J. S. S.; PARDINI, D.; FERREIRA, D. A. Aprendizagem Organizacional, Gestão do Conhecimento e Capacidades Dinâmicas: proposta de um modelo teórico relacional. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, 9(2), 24–39, 2019.

MAYER, C. H.; KRAUSE, C. Promoting mental health and salutogenesis in transcultural organizational and work contexts. **International Review of Psychiatry**, 23(6), 495-500, 2011.

OKANAGAN CHARTER. **An International Charter for Health Promoting Universities and Colleges**. [Internet], 1-11, 2015. Acesso em: 27 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2429/54938>.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Search for objetivos de desenvolvimento sustentável Brasil**. [Internet]. 1, 2021. Acesso em: 05 de março de 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5849:objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=875>.

SILVA, A.; BRITO, I. Instituições de ensino superior promotoras de saúde. In: PEDROSO, R.; BRITO, I. (Eds.), **Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem**: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (pp.17-31). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), 2014.

TSOUROS, A.; DOWDING, G.; THOMPSON, J.; DOORIS, M. **Health Promoting Universities**: Concept, experience and framework for action, Copenhagen: Regional Office for Europe: World Health Organization; 1998.

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR NA CULTURA DA ALTA PERFORMANCE: O CASO DO TRABALHO EM SAÚDE

Cinira Magali Fortuna³⁶

Maristel Kasper³⁷

Adriana Barbieri Feliciano³⁸

RESUMO: Abordamos, no presente ensaio, a saúde mental do trabalhador na cultura da alta performance, parte da Nova Gestão Pública em curso na sociedade brasileira e mundial. Algumas características presentes na cultura da alta performance são o *accountability* (responsabilização individual do trabalhador) pelo sucesso ou fracasso, o uso do tempo com eficácia, fazer mais com menos custos e a noção de qualidade atrelada à quantificação. Essas características são possibilidades da exploração do trabalho vivo e da subjetividade dos trabalhadores. No desenvolvimento do texto, trazemos uma introdução que apresenta o contexto da escrita, a seguir apresentamos a alta performance e seus impactos na saúde dos trabalhadores, tratamos o trabalho como produtor de subjetividades e o trabalho em Saúde. Por fim, concluímos apresentando alguns possíveis dispositivos, como a Educação Permanente em Saúde, que, como movimento de produção de projetos coletivos e de análise do trabalho, pode ser uma forma de promoção da capacidade analítica e de coletivos.

INTRODUÇÃO

O presente texto foi base para a participação da primeira autora em uma mesa redonda ocorrida no III Congresso de Saúde Mental da UFSCar: a importância da interdisciplinaridade frente aos desafios atuais, com o tema: “Saúde Mental do Trabalhador”. Esse evento ocorreu no período de 04 a 06 de outubro de 2019, época em que ainda não estávamos vivenciando a crise sanitária devido ao COVID 19, mas, já vivíamos a crise política com desmonte das políticas públicas, especialmente, da Saúde e da Educação,

36 Pós-Doutorado, Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO). E-mail: fortuna@eerp.usp.br

37 Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESCO). E-mail: maristelkasper@gmail.com

38 Pós-Doutorado, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade de São Carlos (UFSCAR). E-mail: adrianabufscar@ufscar.br

perda de direitos trabalhistas, desvalorização e desqualificação da universidade pública e ataques à saúde mental. Podemos dizer que, de lá até a publicação do livro, houve, ainda, uma intensificação das dificuldades com uma sequência de fatos que afetaram intensamente a saúde mental, a saúde dos trabalhadores, contando o país com mais de 530 mil mortos (em meados de julho de 2021). São milhares de famílias em luto, são milhares de trabalhadores em sofrimento pela perda do trabalho, pela precarização do mesmo, pela falta de perspectiva, pelo adensamento da desigualdade social. São milhões de pessoas atingidas direta e indiretamente naquilo que é de mais essencial e que podemos nominar de direito à vida.

Não vamos nos ater ao desastre sanitário brasileiro produzido na não adoção das medidas mundialmente recomendadas para o enfrentamento da epidemia e a grave consequência para toda a nação, mas, não poderíamos deixar de anunciar que esse fato atravessa a escrita do capítulo e nos faz revisitar as reflexões apresentadas na ocasião do evento.

Compreendemos haver uma relação entre os movimentos mundiais de implementação das políticas neoliberais e ações governamentais que valorizam o mercado em detrimento da vida.

Apresentamos alguns aspectos da interferência da Nova Gestão Pública na saúde mental dos trabalhadores, baseando especialmente nos trabalhos de Vincent de Gaulejac (2011, 2020a) e de outros estudiosos sobre o trabalho contemporâneo. Apresentamos, a seguir, reflexões que pretendem contribuir para o entendimento da complexa relação entre trabalho e saúde mental em tempos de políticas neoliberais e governos autoritários.

O TRABALHO NA CULTURA DA ALTA PERFORMANCE

A partir da década de 1990, são vistas mudanças importantes na relação entre o capital e o trabalho. Estudiosos apontam transformações provocadas pelo neoliberalismo no mundo do trabalho (LOURAU, 2014; GAULEJAC, 2020a; SAFATLE; SILVA JÚNIOR; DUNKER, 2021). Encontramos, nos dias de hoje, a implementação de novas relações, a partir da Nova Gestão Pública ou Gerencialismo como modelo de gestão. Trata-se, não somente de um novo modelo de gestão, mas, da transformação profunda nos modos de trabalhar e viver em sociedade (PAULA, 2005).

Dentre essas mudanças, temos, por exemplo, as modificações em terminologias que buscam dar conta de um outro lugar para o trabalhador. Este passa a ser nomeado como colaborador e é incentivado a tornar-se um empreendedor. O trabalhador passa a gerir sua vida e trabalho tal como uma empresa privada. Ele mesmo é uma empresa, com metas, performances a cumprir.

O trabalho passa a ser apresentado como uma experiência estimulante, o trabalhador deve se sentir responsável pelos resultados para o desenvolvimento de suas competências,

talentos e criatividade. A mobilização pessoal torna-se uma exigência, “deve ser motivado para preencher seus objetivos com entusiasmo e determinação” (GAULEJAC, 2020a, p. 109).

Acrescenta-se a esse processo a flexibilização de direitos trabalhistas e a exploração do trabalho favorecida pelo uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC). Novas formas de prestação de serviços são organizadas com aplicativos e plataformas. Antunes e Filgueiras (2020) analisam essa forma de exploração do trabalho apontando contradições entre as narrativas dos serviços organizados de que não se constituem empresas e, assim, esquivando-se de direitos trabalhistas. Nas palavras dos autores:

Vivemos um momento de contradição quase irônica no capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista técnico, a utilização das TIC na gestão do trabalho torna a identificação e a efetivação de direitos aos trabalhadores/as mais fácil do que em qualquer outro período da história. Contudo, o discurso de que estamos diante de novas formas de trabalho que não estão sujeitas à regulação protetiva (ou de que não é possível tal regulação) tem desempenhado papel fundamental para legitimar, incentivar, cristalizar e acentuar a falta de limites à exploração do trabalho e à precarização de suas condições. A mesma tecnologia que torna a regulação tecnicamente mais fácil é apresentada pelas empresas como fator que inviabiliza a proteção. E esse contraditório e complexo movimento, típico da razão instrumental e de suas engrenagens de dominação, tem impactado fortemente as legislações, as instituições públicas, além de se constituir em um elemento a mais para dificultar e obliterar a criação de laços de solidariedade e de organização da classe trabalhadora. (p.29).

Segundo Minayo-Gomez (1997), devido à imposição de demandas para as relações de mercado como a internacionalização, a qualidade de processos e produtos e a competitividade, mais fortemente sentida no segmento industrial, levou ao estabelecimento de ambientes e relações de trabalho mais flexíveis que reúne o uso de tecnologia e novas modalidades de controle do trabalhador para que este se veja em melhor condição de produção. Esta lógica também demanda propostas de vínculos trabalhistas precarizados e condições de trabalho socialmente inaceitáveis.

Segundo este mesmo autor,

(...) essas mudanças significativas na cultura de produzir apontam para melhorias no ambiente e nas relações de trabalho, para um grau maior de participação e envolvimento, mas demandam um trabalhador qualificado/polivalente, condizente com um repertório de habilidades e comportamentos (MINAYO-GOMEZ, 1997, p. 30).

No entanto, as exigências atuais para este trabalhador, certamente, repercutirão em consequências psicossomáticas e as condições de saúde mental não serão poupadas. A perversidade desta situação diz respeito ao fato de que a alienação que se pode produzir não é somente de natureza de uma imersão na necessidade de atender ao produtivismo imposto a este mundo do trabalho competitivo. O fato de se criar, por vezes, ambientes de trabalho flexíveis, onde o trabalhador tem mais autonomia sobre a produção, além de participação mais ampliada, é produtora de uma alienação servil, porque, nestes casos, o próprio trabalhador pode passar a defender essa cadeia exploratória e reprodutiva normalizando-a. Como seriam as pautas sindicais nestes ambientes?

Minayo-Gomez (1997, p. 31) dirá “(...) a luta pela manutenção do emprego torna-se, portanto, prioritária e obriga a relegar as questões de saúde, que começavam a tomar corpo, a um plano secundário nas agendas sindicais”.

Segundo Martins (2012), o trabalho sofreu um esvaziamento de sentido, quando faz uma retomada histórica da relação homem e trabalho. Passou do sentido Ser para o Ter. Segundo o mesmo autor,

(...) o grande impacto dessa realidade na relação entre tempo e trabalho foi o progressivo afastamento de jornadas homogêneas para uma crescente demanda de relativização do tempo de trabalho. O tempo do trabalho não mais é o do relógio de ponto; é o da tarefa a ser cumprida, do almoço de negócios. Na realidade, o trabalho nos acompanha via aparelhos de última tecnologia que nos convocam em qualquer espaço e tempo. E, se estamos tratando de uma sociedade que tem como centralidade a atividade laboral, essas implicações são vastas. Os demais tempos sociais, que antes conviviam lado a lado com o tempo de trabalho, foram diminuindo gradativamente: o tempo da família, o de lazer... enfim, o tempo autogerido do sujeito começou a ser tomado por esse tempo de trabalho, que invadiu, inclusive, as horas de descanso” (MARTINS, 2012, p. 227).

Esta forma como o trabalho vai adentrar a vida e o corpo dos sujeitos trabalhadores também definirá novas relações de gestão entre trabalhador e patrão. O gerencialismo exercerá seu poder de controle sobre o trabalhador de forma diferente que a burocratização ou mesmo o patrimonialismo.

O poder gerencialista preocupa-se não tanto em controlar os corpos, mas em transformar a energia libidinal em força de trabalho (...) “Passa-se do controle minucioso dos corpos para a mobilização psíquica a serviço da empresa. A repressão é substituída pela sedução, a imposição pela adesão, a obediência pelo reconhecimento” (GAULEJAC, 2020a, p. 109).

Algumas das características presentes na cultura da alta performance são o *accountability* (responsabilização individual do trabalhador) pelo sucesso ou fracasso, o uso do tempo com eficácia, fazer mais com menos custos e a noção de qualidade atrelada à quantificação:

(...) a existência de um modelo de cálculo, de mensuração, de quantificação derivado da lógica do trabalho e estranho à “improdutividade” desses modos de relação social que são a festa e o jogo. Tal modelo é indissociável da noção de “utilidade”, assim como de um tempo no qual as atividades são medidas tendo em vista o cálculo dos esforços e investimentos, a “eficácia produtiva” com sua recusa ao desperdício enquanto horizonte supremo de moralidade de nossas ações. (SAFATLE, 2015, p.14-15).

O gerencialismo tem suas bases oriundas da iniciativa privada, no modo como as empresas desenvolvem seus processos gerenciais e de gestão. Esse modelo adentra os serviços públicos brasileiros, a partir do ano 1995, com o objetivo de substituir a ineficiência do modelo burocrático e a legitimação do estado social (BRESSER, 2017). No entanto, outros autores afirmam que a essência é a redução do tamanho e do papel do Estado, com a diminuição de políticas sociais, que teriam o papel de redução da desigualdade social (PAULA, 2005).

Atualmente, muitas reformas estruturais do Estado brasileiro estão em curso. Dois exemplos recém-aprovados são a reforma trabalhista e a reforma da previdência, em 2017 e 2019, respectivamente. A reforma trabalhista autoriza a negociação direta entre trabalhadores e empregadores, sem a intermediação dos sindicatos. Essa flexibilização promove a redução do poder de barganha dos trabalhadores, tendo como resultado o aumento da desigualdade social da renda a favor dos empregadores (SANTOS; VIEIRA, 2018).

A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR NO BRASIL

O trabalho poderia ser visto como um espaço produtor de saúde e não somente produtor da mais-valia? A situação atual da saúde mental do trabalhador brasileiro revela uma realidade preocupante. A *International Stress Management Association* (ISMA) afirma que 72% dos trabalhadores brasileiros sofrem de *stress* profissional e 32% sofrem de Burnout (ISMA, 2020). O Brasil ocupa atualmente o 2º lugar no ranking mundial, perdendo apenas para o Japão.

A saúde mental no trabalho foi tema do Dia Mundial da Saúde Mental, em 2017. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a saúde mental como um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade

(WHO, 2014a; WHO, 2014b).

A forma como o trabalho está organizado influencia o modo como as equipes vão conduzir a produção. Por exemplo, o estímulo à competitividade, uma gestão que oferece uma autonomia limitada pelas normas institucionais, dando a falsa impressão de liberdade e participação nos processos decisórios, impactam na saúde dos trabalhadores.

As empresas que investem nos processos de acreditação como garantia de melhor qualidade trabalham com a perspectiva da melhoria contínua, de que sempre se pode fazer mais e fazer melhor, com o lema “não há nada que não possa ser melhorado ainda mais”. Esses processos de acreditação consistem em padronizar os processos de trabalho e na prática resultam no aumento significativo de protocolos, formulários e relatórios a serem seguidos pelos trabalhadores, no intuito de reduzir as disparidades na forma com que cada trabalhador produz seu trabalho. Os trabalhadores referem a perda de autonomia e do sentido do trabalho, que preenchem papéis e executam ações nem sempre condizentes com o sentido que atribuem à sua função.

O modo de produção neoliberal produz uma nova forma de sofrimento, a partir de um conjunto de práticas de gerenciamento do mal-estar, como a individualização da culpa, o repúdio ao fracasso, o louvor maníaco do mérito e a criação de um estado de crises e reformulações, bem como de anomia e mudanças permanentes (SAFATLE, 2021).

O trabalhador encontra-se diante de paradoxos quando se sente paralisado diante de ações sem sentido ou contraditórias e dilemas inconciliáveis, o que acarreta desgastes e leva ao sofrimento. Gaulejac (2011) nomeia a existência do que ele chama de “injunções paradoxais” colocando o trabalhador em situações contraditórias e inatingíveis. O autor sugere que para superar uma injunção paradoxal é preciso desconstruir a discursividade dessa injunção por meio da metacomunicação, analisando coletivamente as dificuldades vividas no contexto de trabalho.

ALGUNS EXEMPLOS DE PARADOXOS VIVENCIADOS NO TRABALHO: IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

Nessa parte do capítulo, exemplificamos alguns dos muitos paradoxos aos quais os trabalhadores estão submetidos na cultura de alta performance. O primeiro é a excelência a todo custo. Segundo Gaulejac (2020b) há um paradoxo importante que vem sendo vivenciado, porque justamente as empresas devem ser de excelência, as universidades de excelência e profissionais de excelência. A questão é que excelência é traduzida como algo fora do comum, ora, se tudo é fora do comum abre-se um novo comum. Esse aspecto da excelência coloca as pessoas em competição permanente. Outro paradoxo é o de que quando não se atinge a dita excelência, ocorre responsabilização individual e sensação de fracasso e esvaziamento de sentido.

Novo oxímoro se constitui: é preciso vestir a camisa, colaborar e lutar pelo trabalho nesse ambiente em que se sente cada vez mais alheio, hostilizado e inútil. Adoecimentos como depressão e *burnout* são identificados como efeito da vivência cotidiana das contradições e do sentimento gerado pelo ranqueamento permanente a que os trabalhadores são submetidos.

Em nome de uma suposta qualidade e excelência, os indicadores e as avaliações são a base da gestão. O método de exploração da mais valia se dá pela alta exigência de metas inatingíveis e o controle da produtividade é feita pela insuficiência de resultados ou pela inaptidão profissional (GAULEJAC, 2020).

A neutralidade nos processos avaliativos é colocada como se fossem modos de produção de alguma justiça para as promoções, colocando em métricas números que nem sempre são o cerne do trabalho. Um exemplo são os artigos que os professores universitários devem publicar por ano. Não bastando ter um número, é preciso ter uma classificação de revistas, não bastando uma classificação diversos parâmetros são estabelecidos (JCR, Index H, entre outros). O sentido de se publicar deixa de ser o de partilhar junto à comunidade científica as pesquisas e passa a ser ter um número de publicação que permita estar bem ranqueado. Com isso, os programas de pós-graduação também são ranqueados, pós-graduandos escalonados e assim por diante.

Esta iniquidade fica acentuada quando se observam as condições que são dadas para o funcionamento dos programas de pós-graduação profissionais. Neles, anuncia-se o objetivo de produzir conhecimentos próximos das necessidades vivenciadas nos espaços de trabalho com a qualificação dos profissionais. Podemos questionar: a intenção é qualificar o trabalhador para o trabalho?

Esses programas são submetidos às mesmas exigências dos programas de pós-graduação ditos acadêmicos, atribuindo-se ao aluno trabalhador as mesmas exigências em condições nem sempre iguais, por exemplo, quanto ao financiamento dos mesmos, que é quase inexistente.

No caso dos mestrados profissionais em Saúde, espera-se que os programas contribuam para a transformação da prática da produção do trabalho e do cuidado em saúde, mas, este tipo de resultado pouco é considerado nos processos avaliativos institucionais e estes programas ficam preteridos das possibilidades de financiamento por parte das instituições justamente por não atenderem aos critérios exigidos.

Aqueles que não seguem esse caminho “da excelência” ficam à margem. Temos vivenciado docentes adoecidos e desvitalizados. Essa contradição vai também deslocando o professor de seu papel docente, de participante de produção de reflexões e conhecimentos, conferindo-lhe o papel de agente produtor da mais-valia no modo de produção capitalista e neoliberal.

Outro paradoxo vivido hoje é no hospital, em que a corrida pela excelência é semelhante ao que se vivencia no contexto da universidade. Torna-se cada vez mais comum encontrarmos nos cargos de gestão profissionais oriundos da área da administração, contabilidade e engenharia, sem formação específica na área da Saúde e sem conhecer pelo interior a produção do cuidado, que determinam indicadores de gestão com base no custo-eficácia.

Os efeitos da redução de custos e da padronização levam à redução de pessoal, a intensificação do trabalho gerencial, a redução do tempo de assistência direta ao paciente, a sensação de perda do controle do próprio trabalho, a mudança de sentido atribuído ao trabalho em Saúde, criando para os profissionais de Saúde paradoxos entre o sentido do trabalho prescrito pelo hospital e o sentido atribuído ao próprio trabalho.

Um dos paradoxos que geram sofrimento mental ao trabalhador é a exigência em desempenhar cada vez melhor sua função ou ser demitido. A demissão de uma empresa que valoriza a excelência, implica numa avaliação negativa e é “vívida com uma ferida terrível”, pois, a perda do reconhecimento impacta na perda da base narcísica do trabalhador, ele é confrontado com uma dupla perda: a do emprego e da autoestima (GAULEJAC, 2020, p. 198).

O trabalho em Saúde impõe uma ética de produção do cuidado na prestação de serviços à sociedade que é atravessada pelo modo de produção do capital. É comum o trabalhador de Saúde expressar dilemas recorrentes vividos no dia-a-dia de trabalho, que o levam a interrogar a finalidade de suas ações, como, por exemplo, o tempo necessário de determinado cuidado, o número insuficiente de profissionais para a garantia da qualidade da assistência prestada, a falta de determinados profissionais na equipe, dentre outros.

Os paradoxos vividos hoje pelo trabalhador são produtos do confronto entre o mandato social da profissão e o mandato econômico vigente. A garantia da saúde mental do trabalhador exige posições de recusa a determinados mandatos que impedem o poder de agir e seu livre exercício de escolhas relacionais, rompendo com os processos de objetificação de si e do outro (BRAGA, 2019).

O reconhecimento do seu poder de agir e a luta pelo direito de exercer poder sobre seu próprio trabalho são os caminhos que podem conduzir à liberdade e contribuem para a saúde do trabalhador. Desse modo, torna-se vital valorizar e fortalecer os movimentos de resistência a toda e qualquer forma de opressão no trabalho. A questão é: como? Pois, se somos empresas em competição, fica muito difícil a mobilização coletiva e a formulação de projetos coletivos com esses “outros” que são “adversários”.

TRABALHO E PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

Ainda referindo-se ao trabalho em Saúde, parte-se da premissa de que não é possível que todos os trabalhadores exerçam o trabalho da mesma maneira. Ainda que haja protocolos orientadores, a forma de executar a ação será orientada pela singularidade de cada um, sendo, então, o trabalhador o grande definidor de suas ações. À medida que este produz o trabalho em Saúde na relação com o usuário, também vai se produzindo como trabalhador e sujeito (FRANCO, 2013).

Segundo Franco (2013, p. 163)

(...) a subjetividade é social e historicamente construída e agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social. Queremos assim dizer que o encontro de um trabalhador individual ou coletivo com um acontecimento, como por exemplo, foi a construção do SUS, pode disparar nele a produção de nova subjetividade, ou seja, uma nova forma de significar o cuidado e interagir com a sua construção social, um fator de afetivação, isto é, algo que afeta os que estão presentes no cenário de impacto do SUS, e assim produz novas subjetividades com base nesse encontro.

No encontro entre trabalhador e usuário ou entre equipe de Saúde e usuário pode haver a produção do novo. Estas relações não se dão de maneira linear e contínua, mas, estão sempre perpassadas por uma rede de outras e novas relações que os sujeitos vão estabelecendo neste cotidiano do trabalho. Franco e Merhy (2017, p.1) discorrem sobre a dinamicidade e complexidade dessas relações e a produção de subjetividades: "(...) um dinâmico e complexo modo operativo de cada trabalhador na sua ação cotidiana, inclusive sua produção subjetiva em ato, que produz o cuidado em saúde, e ao mesmo tempo, produz o próprio trabalhador enquanto sujeito no mundo".

No entanto, podemos pensar: será que lidar com tanta diversidade na produção do trabalho produz efeito estressor ou libertador para os sujeitos envolvidos na relação?

O que pode ajudar a pensar nesta questão é o produto ou o resultado onde se pretende chegar com este trabalho. Se estou guiado pela necessidade de atender a formatos pré-estabelecidos ou a dar respostas protocolares na dimensão do pensar subjetivo, isto causará pontos de tensão nas relações e que poderão produzir subjetividades serializadas. No entanto, se há margem para produção do trabalho numa dimensão que compreende este campo como um lugar de criação, de pactuação, de construção conjunta, as linhas de tensão podem provocar um novo modo de estar na vida e no mundo. Se permitir ao reconhecimento da produção de subjetividade na produção do trabalho em Saúde pode produzir efeitos mais positivos na saúde mental dos trabalhadores e usuários, podendo ser um começo. Outra questão se abre: como podemos pensar a produção do trabalho

em Saúde em que o que se espera seja a produção de bons encontros? Considerando, certamente, a permanente disputa de projetos e as contradições do trabalho. São questões para as quais precisamos inventar coletivamente as respostas. Merhy (2013) nos aponta pistas.

Segundo esse autor (2013, p. 178), comentando as valises tecnológicas que o profissional utiliza na produção dos atos de saúde, afirma que a

(...) valise que, por suas características próprias, permite reconhecer na produção dos atos de saúde uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário"... ainda diz... "é esse encontro que dá, em última instância, um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor do cuidado".

Entender o trabalho como espaço de produção de subjetividades pode contribuir para que os sujeitos se sintam com espaço de produção de si, à medida que se colocam em relação com o outro, produzindo sentido para o trabalho em Saúde. Franco (2013, p. 195) vai dizer que *“as unidades de produção do cuidado são ao mesmo tempo Unidades de Produção Pedagógica, associando-se a uma ideia de “pedagogia em ato”, constitutiva dos protagonismos que compõem o quadrilátero de formação para a área da saúde”*.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser agenciadora de novos modos de produção do trabalho, ao considerar o próprio cotidiano de trabalho como espaço formativo ao trabalhador. Os dispositivos de EPS têm por finalidade pôr dúvidas, interrogar os processos cristalizados das práticas e abrir passagem para a produção de novas subjetividades (FORTUNA et al., 2011).

Franco e Merhy (2017, p.1) destacam que:

a realidade social pode se manifestar, não na produção, mas na reprodução, em processos de captura subjetiva dos sujeitos, em que a ética do cuidado está aprisionada pela normatividade da vida e do trabalho, pela repetição de sentidos, a desfiguração dos signos, havendo assim um borramento do campo de visão do “olho vibrátil” (FRANCO; MERHY, 2017, p. 10).

Assim, o modo com o trabalho está organizado produz subjetividades no trabalhador, que podem ser de assujeitamento e servidão ou a capacidade de exercer poder e autonomia sobre seu próprio fazer. O que regula os processos de subjetivação são as questões políticas, econômicas, sociais e culturais vigentes. Processos de trabalho que privilegiam maior liberdade de ação e criação sobre a realidade são, indiscutivelmente, promotores

de saúde mental ao trabalhador. Ao mesmo tempo, são formas adotadas no gerencialismo para explorar a mais-valia e assim podem produzir adoecimento psíquico.

A busca de formas alternativas e a valorização de movimentos de resistência à objetificação do trabalhador têm sido foco de interesse atualmente. Um exemplo é a promoção de espaços de análise coletiva do trabalho pelos trabalhadores, que auxiliam na ruptura dos processos de subjetivação serializadas que levam ao adoecimento. O compartilhamento das dificuldades e dos problemas vividos no trabalho pode clarificar os processos institucionais que interferem no trabalho das equipes.

Segundo Monceau, Soulière e Fortuna (2020) processos de transformação contribuem para desalienação e para emancipação e podem ser desencadeados em coletivos em análise.

As atividades coletivas que permitam aos trabalhadores refletirem sobre suas dificuldades podem auxiliar na compreensão da complexidade dos processos vividos e amplificar a capacidade de ação sobre a realidade.

CONCLUSÃO

Os modos de produção do trabalho da sociedade capitalista sob os princípios da política neoliberal impregnaram a produção do trabalho em geral e o trabalho em Saúde com suas lógicas, hoje, fortemente, traduzidos pela Nova Gestão Pública que colocou na cena diretrizes como a racionalidade de recursos, a objetividade, a padronização das práticas, o produtivismo cunhados em formas classificatórias de rotulação do que é qualidade. Esta forma de produção do trabalho produz assujeitamento e alienação, que podem ser dispositivos adoecedores para a saúde mental dos trabalhadores.

Uma forma de se buscar linhas de fuga deste modelo hegemônico é pelo reconhecimento da produção de subjetividades e pela compreensão que quando trabalhadores e usuários se colocam em relação de cuidado se produzem e se ressignificam. A Educação Permanente em Saúde como dispositivo de reflexão sobre a prática cotidiana do trabalho em saúde por indivíduos e coletivos pode ser uma linha de fuga para propiciar cenários menos adoecedores para os trabalhadores da área da saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R.; FILGUEIRAS, V. Plataformas digitais, Uberização do trabalho e regulação no Capitalismo contemporâneo. **Contracampo**, Niterói, v. 39, n. 1, p. 27-43, abr./jul. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uff.br/contracampo/article/view/38901>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2018.

BRAGA, C. P. A perspectiva da desinstitucionalização: chaves de leitura para compreensão de uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica, **Saúde e**

Sociedade, v. 28, n. 4, Outubro-Dezembro, p. 198-213, 2019. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4062/406263976017/406263976017.pdf>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma gerencial e legitimação do estado social. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 147-156, jan./fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rap/v51n1/0034-7612-rap-51-01-00147.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.

FORTUNA, C. M.; FRANCESCHINI, T. R. C.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421955025>>. Acesso em: 15 de março de 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**, 2017. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 07 de março de 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. (Orgs.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividades em saúde: textos reunidos**. 1 Ed. São Paulo : HUCITEC, 2013, p. 151-171.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. (Orgs.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividades em saúde: textos reunidos**. 1 Ed. São Paulo : HUCITEC, 2013, p. 183-198.

ISMA. **International Stress Management Association**, 2020. Disponível em: ,<https://eventos.ismabrasil.com.br/?con=faq&idi=pt-br&obj=site&pag=15>>. Acesso em: GAULEJAC, V. **Travail, les raisons de la colère**. Paris, FR: Éditions du Seuil, 2011.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. 8 ed. São Paulo: Editora Ideias & Letras, 2020a.

GAULEJAC, V. Entrevista: Por que o mundo do trabalho se torna paradoxal? Consequências para as pessoas, instituições e à política. Entrevistadores: BRAZ, M. V.; SILVA, G. E. **Psicol. estud.**, v. 25, e48212, 2020b. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344366452_Por_que_o_mundo_do_trabalho_se_torna_paradoxal_Consequencias_para_as_pessoas_instituicoes_e_a_politica. Acesso em: 06 Mar. 2021.

LOURAU, R. **A Análise Institucional**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MARTINS, J. C. O.; AQUINO, C. A.B.; SABÓIA, I. B.; PINHEIRO, A. A. G.; From *Kairós* to *Kronos*: metamorphosis of work in history. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho** [Internet]. 2012 [cited 2020 Set 09];15(2),p. 219-228. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v15n2/v15n2a05.pdf>>.

MERHY, E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. (Orgs.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividades em saúde: textos reunidos**. 1 Ed. São Paulo : HUCITEC, 2013, p. 172-182.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. Supl. 2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2021.

MONCEAU, G.; SOULIÈRE, M.; FORTUNA, C. Aliénation et émancipation en recherche, détour par la santé mentale et la recherche « avec », **Questions Vives : Recherches en Education**, n. 33, p. 1-16 , 2020. Disponível em: <<https://journals.openedition.org/questionsvives/4646>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2021.

PAULA, A. P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SAFATLE, V. P. O trabalho do impróprio e os afetos da flexibilização. **Veritas** (Porto Alegre), v. 60, n. 1, p. 12-49, 2015. Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/veritas/article/view/20196/12884>>. Acesso em 23 Fev. 2021.

SAFATLE, V. P.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica Editora, 2021.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018. Disponível em: <**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2303.pdf>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.

WHO. World Health Organization. **Mental health: a state of well-being**. 2014a. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Acesso em: 02 Mar. 2021.

WHO. World Health Organization. **Mental health: strengthening our response**. Fact sheet 220, 2014b. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>. Acesso em: 02 Mar. 2021.

CLÍNICA E POLÍTICA: INTERSECÇÕES NECESSÁRIAS NA CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL E DA INTEGRALIDADE

Gustavo Emanuel Cerqueira Menezes Junior³⁹

Se quero o outro comigo,
Fraco, cansado ou louco,
Tenho que deixar sempre abertas
As portas do meu coração

Cem vezes terei que ampará-lo
Quando, repentinamente
Fraquejar o ritmo de suas pernas.
Mil vezes terei que parar
Para que ele possa descansar

MARCUS MATRAGA

A clínica psicossocial é uma clínica política e para que ela aconteça, é necessário que trabalhadores e trabalhadoras assumam suas condições de atores e atrizes do cenário político e desenvolvam habilidades para atuar numa arena de múltiplos interesses. Para tanto é necessária uma organização que reconheça as variadas expressões culturais⁴⁰ e que produza uma política comum na diversidade. Marcus Vinicius Matraga chamou nossa atenção, neste lugar de trabalhadores e trabalhadoras, portanto, de atuantes políticos, sobre a necessidade de estabelecermos estratégias e táticas, pois

39 Mestre em Saúde Comunitária, Professor Assistente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Contato: gustavo.emmanuel@ufba.br

40 Se todas as “populações” humanas possuem a mesma carga genética, elas se diferenciam por suas escolhas culturais, cada uma inventando soluções originais para os problemas que lhe são colocados. No entanto, estas diferenças não são irreduzíveis umas às outras. A noção de cultura se revela então o instrumento adequado para acabar com as explicações naturalizantes dos comportamentos humanos. O uso da noção de cultura leva diretamente à ordem simbólica, ao que se refere ao sentido. (CUCHE, 2002, p.10-12)

[...] fazemos política, seguiremos fazendo política e a nossa política se rege, se dirige a partir de ideias, de conceitos, de valores e de ideologias. Somos ideológicos. Inexoravelmente ideológicos. Não suportamos a ideia de que alguns, porque não se autogovernam ao modo da maioria, sejam colocados para fora da sociedade. (SILVA, 2007, p.121)

Política perpassa fundamentalmente as relações sociais e diz respeito a todo e qualquer indivíduo. Hannah Arendt enfatiza que política se baseia na pluralidade de homens e mulheres, surgindo no espaço das relações, sendo a liberdade o seu mais importante sentido. A política precisa organizar e regular o convívio de diferentes, não de iguais. (ARENDR, 2009)

Ao se estabelecerem como atores políticos, o movimento de Reforma Psiquiátrica assim como o movimento de Reforma Sanitária, impregnados ética e ideologicamente e vinculando-se à luta pela transformação social, imprimiram rupturas paradigmáticas que impulsionaram importantes reconfigurações no campo da Atenção à Saúde (PAIM, 2008; YASUI, 2010).

Inscrita nessa utopia de transformação, destaca-se a Clínica Psicossocial que parte do pressuposto de uma necessária articulação entre os elementos que compõem uma dimensão social, definidora de horizontes estratégicos gerais, e as especificidades singulares, presentes e determinadas situações em uma dimensão clínica que se realiza na relação com os sujeitos nas suas vidas concretas. Essa articulação amplia as possibilidades para o desenvolvimento de intervenções que promovam o cuidado em liberdade e que observem a participação popular como condição para a transformação das condições adversas de vida, com o reconhecimento da autonomia individual e coletiva como elementos criadores de novas alternativas e, portanto, transformadores da dinâmica social e da sociedade (TENÓRIO, 2002; ZIONE, 2007).

As transformações no modelo assistencial em Saúde Mental, por sua vez, sugerem a inclusão dos movimentos territoriais e suas singularidades no arcabouço das práticas profissionais desenvolvidas neste campo, onde é necessária uma atuação que parta do reconhecimento da diversidade cultural presente nos contextos interativos do cuidado (NUNES, 2009). Além disso, o ponto de partida do processo de trabalho, a partir de tais transformações, deixa de ser a doença, enquanto objeto cristalizado, e passa a evidenciar o sujeito, em suas complexas relações sociais, bem como as suas articulações na produção do sofrimento psíquico.

No entanto, é possível perceber históricas dificuldades que geram entraves no desenvolvimento de ações mais singulares no campo da política. Onocko-Campos e Campos (2015, p.737), ao discutirem este dilema, destacam que temos de interrogar os graus de produção de saúde e de autonomia que são efetivamente impulsionados pelas nossas práticas. Temos de sair da dicotomia clínica-saúde coletiva, e colocar-nos no

intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a entrar em contato. Temos de adentrar na lógica do paradoxo. A este respeito, Ayres (2009, p.21), ao discutir sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde, afirma que a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade.

Esta problematização, abordada por Ayres, abre horizonte para uma necessária discussão sobre as articulações entre o microcontexto, macrocontexto, micropolítica e macropolítica, construindo a integração desde a ação do profissional até as propostas de organização do sistema de saúde. Levando em consideração outras perspectivas de se pensar a clínica, Onocko-Campos (2001) afirmava, já no início da implantação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, haver uma declarada necessidade de reformulação da clínica nos serviços, o que valeria para os equipamentos substitutivos que estavam começando a surgir, sugerindo a sua ampliação, caso contrário,

[...] ainda que involuntariamente, ou por omissão, continuaremos trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degradação da clínica, a criação de serviços pobres para pobres, e a inviabilidade do SUS em termos dos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e, às vezes, até iatrogênicas. (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p.110)

Clínica aqui não é compreendida como aquela realizada no espaço restrito do consultório, ou do serviço de saúde mental, onde há o risco de se exercer um poder técnico que submete sujeitos a um enquadre formatado para atender a necessidades de uma estrutura de controle sanitário. A clínica que se articula com a política, como proposta pelos movimentos de reconfiguração paradigmática da saúde mental, pode ser também chamada, pelos termos de Lobosque (2003, p. 21), de *clínica em movimento*: “uma clínica que não caminha para si mesma, mas se combina e se articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre [as pessoas]”. Ou, ainda, de *clínica peripatética*, como sugere Lancetti (2014, p.20-21) quando define a “clínica praticada em movimento, fora do consultório, no dentro-fora dos consultórios, nos espaços e tempos traçados, transbordando a psiquiatria, a psicanálise e as instituições de saúde mental”.

Todas essas ideias podem ser sustentadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica que, ao apontar para a necessidade de uma transformação crítica do papel hegemônico e centralizador que o hospital psiquiátrico desempenhava na assistência, desenhou um modelo direcionado a outro foco, com ênfase em uma abordagem ampliada, que se aproxima da realidade social dos usuários, ou seja, que parte das complexas dinâmicas do cotidiano dos territórios onde vivem as pessoas (AMARANTE, 2008; YASUI, 2010).

Sendo assim, o processo de trabalho no campo da Saúde Mental demanda um intenso diálogo com os territórios onde vivem as pessoas que utilizam os serviços. Território sendo entendido como processo, como relação. Segundo Santos (2006, p.114), “[o] território tanto quanto o lugar são esquizofrênicos, porque, de um lado, acolhem os vetores da globalização, que neles se instalam para impor sua nova ordem, e, de outro lado, neles se produz uma contraordem, porque há uma produção acelerada de pobres, excluídos, marginalizados”. Yasui (2010) se refere ainda ao conceito de território que diz respeito a construções e transformações que se dão entre os cenários naturais e a história social que homens e mulheres inscrevem e produzem.

O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações, gerando modos conformados e consumistas de existir. É no território que se exerce o controle das subjetividades. É nele que se instala o olho vigilante do poder disciplinar que se ramifica e adere às rotinas cotidianas, transmutando-as ao sabor das conveniências do mercado. E o que se vende com as mercadorias são modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência. Subjetividades capturadas e ansiosas pelo consumo. (YASUI, 2010, p.127-128)

Portanto, a inversão do modelo de atenção à saúde mental não significa uma simples rearticulação da estrutura organizacional dos serviços, mas sim uma estratégia para que o cuidado se aproxime do território onde o sofrimento é produzido, de maneira a incorporar em seu arcabouço ferramentas que possibilitem a construção do acolhimento e ressignificação deste sofrimento produzido. A este respeito Santos e Nunes (2011, p.716) afirmam

que a maneira como o conceito de território é adotada no âmbito dos CAPS possui implicações práticas na forma como estes podem se articular (ou não) em termos de promover a desinstitucionalização (como desconstrução epistêmica dos saberes sobre a loucura) dos usuários e a sua concomitante inclusão em espaços diversificados da vida social, ambos pressupostos contidos na Reforma Psiquiátrica.

Esse modo de fazer imprime uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio, não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas, principalmente, por meio da construção de um novo paradigma científico, ético e político. Inspirando-se nas formulações

de Thomas Kuhn, Sílvio Yasui utiliza-se do conceito de *transição paradigmática*, evidenciando que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) abre horizontes para uma revolução científica que descortina um novo paradigma ao sugerir uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social (YASUI, 2010, p.110).

Nesta mesma direção, Costa-Rosa (2012) apresenta o Modo Psicossocial como um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar, que, buscando a superação destas dicotomias, passam a considerar os fatores políticos e o ambiente sociocultural como determinantes, sendo decisiva a importância que se atribui ao sujeito como participante principal do tratamento. E ainda, ao considerar que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social, supõe que as práticas devem envolver a família e o grupo social como agentes das mudanças buscadas. Portanto, as práticas nos serviços de saúde mental, por lidarem com um contexto de complexidades, conformam um campo transdisciplinar onde se observa a atuação de diversos atores assumindo o papel de cuidadores, numa perspectiva interdisciplinar.

Neste contexto de rupturas e transformações, com a aprovação da Lei n. 10.216, que dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), é impulsionado o processo de criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com progressiva redução dos leitos psiquiátricos. Sendo que, para dar conta do desafio de pôr em prática este novo modelo assistencial, o Ministério da Saúde (MS) passa a articular um conjunto de instrumentos políticos onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se constituem como dispositivos estratégicos.

Yasui (2010), ao abordar tal questão, afirma que a implementação dos serviços substitutivos e o estabelecimento de estratégias para a implantação de um novo modelo assistencial não significam automaticamente uma adesão aos princípios, às diretrizes e aos novos paradigmas propostos pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Posto isto, destacamos que, além do aspecto estrutural propriamente dito da implantação dos serviços, deve-se atentar para questões como o modo de funcionamento destas novas instituições e para o real formato de rede assumido, sendo inúmeros os desafios colocados para a implementação deste novo modelo de atenção (NUNES et al., 2008).

Aprofundando o desafio de operar com a complexidade do objeto loucura e manejar um conjunto de recursos territoriais que extrapolam os limites disciplinares, acadêmicos e corporativos, em um movimento de aproximação das complexidades clínicas esboçadas pela integralidade do cuidado, em 2011, o MS lançou a portaria n° 3088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta propôs um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que buscaram garantir a integralidade do cuidado numa perspectiva substitutiva ao hospital psiquiátrico. A RAPS tem, entre seus objetivos, a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no

território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Transitou-se no Brasil, entre as últimas três décadas, do modelo asilar ao modelo psicossocial, com alteração da legislação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mudanças da política nacional de saúde mental e criação de dispositivos de cuidados psicossociais territoriais. Todavia, como em outras experiências internacionais, movimentos de contrarreforma se fazem presentes na atualidade brasileira e tem se intensificado, colocando em xeque os avanços obtidos na dimensão político-técnico-assistencial e questionando a dimensão ético-estético-cultural. Sobre este processo, Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) afirmam que a atual configuração do SUS é fruto das disputas entre projetos distintos e antagônicos existentes na sociedade brasileira para a área da saúde desde antes da Constituição de 1988.

Devera e Costa-Rosa (2007) discutem, a partir da práxis estabelecida no processo de transição do paradigma asilar para o paradigma psicossocial que podem ser observados efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia entre visões teórico-técnicas, ideológicas, culturais e éticas. Sendo assim, inspirado nas formulações construídas por Jarinilson Paim em suas análises sobre a Reforma Sanitária Brasileira, afirmo que assim como esta, a Reforma Psiquiátrica no Brasil representa um projeto de reforma social, constitui, portanto, um fenômeno sócio-histórico. Ambas foram concebidas como reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida (PAIM, 2008).

É importante assinalar que frente aos movimentos de contrarreforma, que não se dão somente entre os que não acreditam nesta RPB, é necessário escutar e entender o que este processo tem a ensinar: é imprescindível apontar o caráter antimanicomial da RPB e radicalizar os processos, compreendendo que não servem quaisquer reformas, senão as que superem o manicômio, e não somente os físicos, disciplinares, mas também os subjetivos, presentes na forma pactuada socialmente de modulação do desejo.

Nesse sentido, apesar de fazer parte da realidade política atual, por questões éticas, teóricas e políticas, não levo em consideração as atuais perspectivas políticas sugeridas pelo Ministério da Saúde após o golpe parlamentar-jurídico-midiático que culminou no impeachment de Dilma Rousseff, a exemplo da portaria nº 3588 de dezembro de 2017 que substituiu a portaria nº 3088 de dezembro de 2011, de modo a desarticular o arcabouço organizativo da Política Nacional de Saúde Mental legitimamente construído, em processos democráticos, o que representa um grande retrocesso no que diz respeito aos objetivos antimanicomiais da Reforma. No entanto, infelizmente, não podemos ignorá-la, porque, estando vigente, ela interfere na alocação de recursos para os serviços, bem como na reintrodução dos ambulatórios e do hospital psiquiátrico na rede de atenção psicossocial.

Para Mendes (2011), as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-

relações. Partindo de uma análise da literatura internacional, Ouverney e Noronha (2013) afirmam que as redes de atenção apontam um conjunto amplo de princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede e apresentam uma síntese desse conjunto, sugerindo um núcleo com os seguintes princípios: 1. Orientação para as necessidades de saúde; 2. Complexidade da abordagem; 3. Multidisciplinaridade da intervenção; 4. Longitudinalidade do cuidado; 5. Interdependência e Compartilhamento de análise clínica; 6. Corresponsabilização clínica; 7. Territorialização; 8. Intersetorialidade; 9. Eficiência econômica; e 10. Melhoria contínua da qualidade.

Considerando esta estruturação dos serviços em redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que a integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde ao reconhecer que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.

Ruben Mattos aponta ainda que a efetivação da integralidade em saúde é um princípio estruturante do modelo de atenção proposto pelo SUS e afirma que o termo

expressa uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. De certo modo, ele tem funcionado como uma imagem-objetivo, ou seja, como uma forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (ou predominantes) (MATTOS, 2004, p.1441).

Kalichman e Ayres (2016, p.10) destacam que não são poucos nem pequenos os desafios colocados para a efetivação da integralidade. Afirmando que, em face das realidades concretas e complexas, a continuidade e radicalização do processo de implantação das redes de atenção parece ser um caminho possível, desde que não perca sua sintonia com as demais esferas de reconstrução das práticas de saúde e ouça as múltiplas vozes que defendem, com o princípio da integralidade, o direito de todos à saúde.

Pinheiro (2017), ao discorrer sobre os aspectos relacionados à integralidade do cuidado e seu envolvimento na promoção de processos de desinstitucionalização, afirma que as redes produzem “tramas” singulares, mesmo quando as situações sociais são semelhantes. Destaca que a potência dos arranjos entre os aspectos da rede formal e informal é uma fonte importante de ações desinstitucionalizadoras.

Nessa trama de articulação de diversas instituições e de recursos em rede, não se pode esquecer o papel que joga a participação dos sujeitos no seu itinerário mais ou

menos integral de cuidado, o que depende, fortemente das modalidades tecnológicas que são colocadas à sua disposição para este fim. Recorrendo à noção do filósofo Pierre Lévy, Lima e colaboradoras (2012) afirmam que “uma tecnologia deve ser pensada como algo que potencializa (ou virtualiza) as nossas ações”, nesse contexto, espera-se que as tecnologias produzam movimentos que impliquem o reposicionamento dos sujeitos e o resgate ou a construção de laços sociais. Nicácio e Campos (2004, p.72), considerando que a desinstitucionalização propõe uma diferente perspectiva ética, teórica e política para compreender a questão da loucura e as relações produzidas no contexto social, afirmam que a mesma não pode ser compreendida como mera modernização do circuito assistencial, devendo implicar “uma profunda transformação das relações entre as pessoas e as instituições, dos modos de pensar e fazer saúde mental e dos processos de ausência de valor social e de exclusão das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico”.

É importante enfatizar que a construção de planos de cuidado e o emprego de outras tecnologias de integração, segundo Ouverney e Noronha (2013, p.67-68), devem ser fundamentados na definição de um modelo de atenção como base de organização do trabalho coletivo em rede.

Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Isso se fará por meio de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção [...] ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.

Ao discutir a integralidade no contexto da saúde mental, Alves e Guljor (2006) propõem uma reflexão sobre o cuidado neste campo a partir das seguintes premissas: liberdade em negação ao isolamento, de modo a respeitar e valorizar as diferenças e singularidades. Cuidado pautado na integralidade em negação à seleção, centrado na construção de projetos de vida, não na remissão de sintomas. Uma condução terapêutica que oriente-se pela complexidade do sofrimento psíquico e das questões que envolvem o risco social de maneira, em contraposição à simplificação do diagnóstico. Sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo. Busca do aumento do poder contratual e do potencial de trocas sociais, de modo a ampliar os níveis de autonomia dos sujeitos. E incorporação permanente do papel de agenciador, disponibilidade da equipe de acompanhar os sujeitos em suas trajetórias, sem fragmentar suas demandas ou delegar o cuidado de forma descomprometida a outros serviços.

Além das complexidades que surgem no desafio de tecer ações que promovam a integralidade, o campo da saúde mental ainda apresenta a necessidade de desenvolvimento de novas formas de cuidado em saúde, novas tecnologias, novos horizontes. No entanto, apesar de ser desenvolvido nos territórios e aproximarem-se das múltiplas realidades destes, o cuidado pode incorporar perspectivas de controle próximas ao que se questionava no âmbito asilar. Em tese, a partir do que idealiza o movimento de luta antimanicomial, espera-se que trabalhadoras de um serviço substitutivo estejam abertas à diversidade e à produção de uma clínica que considere as singularidades e se centre pela autonomia dos sujeitos do cuidado. Que tenha como horizonte “a lógica do cuidado” em detrimento da “lógica da escolha”. Segundo Annemarie Mol (2008), a lógica da escolha está relacionada a um ideal de liberdade e autonomia individuais, considerando a responsabilidade exclusiva do sujeito do cuidado; já a lógica do cuidado considera a dinâmica comunitária, compreendendo o sujeito em sua rede de relações.

Em contraponto, ainda de acordo com Mol (2008), o cuidado é discutido dentro da ética, a autora afirma que o “bom cuidado” não é um ideal que pode ser defendido em termos gerais, por uma questão de princípio, mas sim algo que as pessoas moldam, inventam e adaptam, uma e outra vez, nas práticas cotidianas. Este aspecto provavelmente ajude a compreender um dos problemas estratégicos do movimento de luta antimanicomial. Como descrito acima, o movimento impulsiona-se a partir de um ideal, que por muitas vezes, por ser recente e contra-hegemônico, num cenário ainda impregnado pela intolerância à diversidade, encontra dificuldades para transpor-se às práticas. A autora destaca que cuidar é agir sem buscar o controle. É “descobrir como vários atores (profissionais, medicamentos, máquinas, a pessoa com uma doença e outros envolvidos) podem colaborar melhor para melhorar ou estabilizar a situação de uma pessoa”.

Assim, articular “bom atendimento” não é uma forma de descrever os fatos, de falar sobre o mundo como ele é. Também não é uma avaliação, um julgamento (positivo) das práticas de cuidado. Em vez disso, é uma intervenção. Articular a lógica do cuidado é uma tentativa de contribuir para a melhoria da atenção à saúde nos seus próprios termos, na sua linguagem. Uma linguagem em que a ênfase principal não está na autonomia e no direito de decidir por si mesmo, mas nas práticas da vida cotidiana e nas tentativas de torná-las mais habitáveis. (MOL, 2008, p.84)

Há, portanto, um paradoxo presente no cotidiano dos serviços substitutivos em torno do modo como o cuidado é praticado. Paradoxo este que possivelmente se faz a partir dos pontos de tensão existentes entre uma ideia hegemônica, porém mais restritiva, de atenção à saúde, focada na biomedicina com utilização exclusiva da medicalização como ferramenta para “superação” da doença; e uma outra ideia contra-hegemônica, que

parte da observação das complexidades do fenômeno e possibilita incorporar o olhar do sujeito do cuidado às práticas de atenção à saúde. E mesmo nas ações que superam as limitações da observação dos fenômenos da crise pela lente exclusiva da biomedicina, existe a possibilidade de produção de uma lógica da escolha em detrimento da lógica do cuidado.

Considerando estes aspectos teóricos e políticos e a necessidade de compreender que a atenção em saúde envolve situações complexas, não se pode afirmar a existência de uma clínica asséptica, uma clínica que não esteja atravessada pela dinamicidade dos territórios onde se instalam os serviços. A clínica psicossocial, assim como afirmou Marcus Vinicius Matraga, é uma clínica política, ela precisa produzir consistentes articulações intersetoriais, numa perspectiva de cuidado compartilhado, de modo a revelar que as intervenções não são tão simples quanto as propostas por protocolos assistenciais, explicitando que as intervenções de cuidado são antes de qualquer coisa prática política e precisam trazer o sujeito do cuidado para o centro da mesma.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CAPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 221-240.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ARENDT, H. **O que é política**. Rio de Janeiro: Bertrant Brasil, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. In: _____. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

BRASIL. **Lei de n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001 Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

BRASIL. **Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2011.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao hospital psiquiátrico. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. P. 141-168.

- BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.
- DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis. 6(1), 2007.
- HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.5331-5336, 2004.
- KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, 32(8):e00183415, ago, 2016.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC. 2014.
- LIMA, M.; JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; OTTONI, V. E. Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.16, n.41, p.423-34, abr./jun., 2012
- LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: _____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MOL, A. **The logic of care: health and the problem of patient choice**. 1a ed. London and New York: Routledge, 2008.
- NICÁCIO, F. & CAMPOS, G. W. S. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, n.15, v.2, p.71-81, 2004.
- NUNES, M. O; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; NETO, V. M.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):188-196, jan, 2008
- ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

ONOCKO- CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2015.

OUPERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FIOCRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. Pp. 143-182.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuições para a compreensão crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, C. M. **Desinstitucionalização e integralidade**: tramas tecidas na construção do cuidado de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas. [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2017.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. Botucatu: **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.15, n.38, p.715-26, jul./set. 2011.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde**. vol (9)1: 25-59, jan-abr., 2002.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZIONI, F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o ponto de vista da Teoria Social. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

NÃO TÃO DISTANTE DALI: A EXPERIÊNCIA DO I CONGRESSO MIRIM DE SAÚDE MENTAL

Maria Fernanda Barboza Cid⁴¹

Larissa Campagna Martini⁴²

Jacqueline Denubila Costa⁴³

Fernanda de Andrade Leite Fernandes⁴⁴

Alice Fernandes de Andrade⁴⁵

Ervelley Moreira dos Santos Cardoso⁴⁶

Kétlin Cristina Ferreira⁴⁷

Letícia Lima dos Santos⁴⁸

Leticia Lorbieski⁴⁹

Renita de Cássia dos Santos Freitas⁵⁰

41 Professora Doutora dos Cursos de Terapia Ocupacional e de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, mariafernanda@ufscar.br

42 Professora Doutora dos Cursos de Medicina e de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, larissacmb@ufscar.br

43 Mestre em Terapia Ocupacional; Professora substituta do Departamento de Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos; jack_denubila@hotmail.com.

44 Mestranda em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos; Grupos de pesquisa Terapia Ocupacional e Saúde Mental; pauladeandrade14@gmail.com.

45 Graduanda em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos; Grupo de pesquisa Terapia Ocupacional e Saúde Mental e Atividades Humanas e Terapia Ocupacional; aliceandrade@estudante.ufscar.br.

46 Graduanda em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos; Grupo de pesquisa Terapia Ocupacional e Saúde Mental; ervelley27@gmail.com.

47 Graduanda em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos; Grupo de pesquisa Terapia Ocupacional e Atenção Integral à Infância e Grupo de pesquisa de Práticas de Letramento e Ensino e Aprendizagem da Língua Materna; ketlin@estudante.ufscar.br

48 Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos; Grupo de pesquisa Gestão, Formação, Saúde e Trabalho; leticia.lima.2307@gmail.com

49 Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de São Carlos; llorbieski@estudante.ufscar.br

50 Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de São Carlos; Laboratório de Análise e Preven-

INTRODUÇÃO

Com este capítulo, pretendemos relatar o processo de planejamento, realização e avaliação do I Congresso Mirim de Saúde Mental, ocorrido de forma concomitante ao III Congresso de Saúde Mental da Universidade Federal de São Carlos. Apresentaremos, primeiramente, alguns fundamentos teóricos que guiaram a proposta do evento com e para as crianças e, em seguida, o relato da experiência.

SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL: DE ONDE PARTIMOS PARA PENSAR?

De acordo com Fernandes (p.107, 2019), a saúde mental infanto-juvenil pode ser entendida como o produto da “[...]relação complexa entre os recursos e habilidades pessoais, fatores contextuais e determinantes sociais, que na dimensão do cotidiano estão diretamente implicados nas possibilidades de participação, fruição, reconhecimento e enfrentamento de desafios”.

Tradicionalmente, as características da assistência em saúde mental infanto-juvenil foram marcadas por estratégias de segregação semelhantes às utilizadas no cuidado com adultos, colocando as crianças sob responsabilidade de cuidados provenientes de instituições filantrópicas sem levar em conta as especificidades dos quadros clínicos (GUERRA, 2003; RIBEIRO et al., 2010). Mesmo após o avanço de ações em termos de políticas públicas, ainda é evidente a defasagem entre a necessidade de atenção focada na saúde mental de crianças e adolescentes e a presença de uma rede de serviços capaz de atender as demandas (PATEL et al., 2007; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

De qualquer forma, a saúde mental de crianças e jovens é uma questão de saúde pública e deve estar vinculada nas ações do Sistema Único de Saúde, o qual é responsável pelo desenvolvimento de políticas de saúde mental no país (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). No entanto, também precisa estar articulada com outros setores como a educação, assistência social, justiça e direitos visando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2005, 2006).

É preciso defender a ideia de que as crianças e os adolescentes são seres de direitos e detentores de lugares de fala, autônomos em relação às suas demandas e, portanto, necessitam de abordagens de caráter amplo, que favoreçam a real participação desses sujeitos nos processos de cuidado (BRASIL, 2005, 2014). Nesse sentido, ações devem ser desenvolvidas com o intuito de articular em nível intersetorial estratégias e práticas de saúde mental para essa população, pautada não somente a uma perspectiva de cuidado, mas também de promoção e fomento da cidadania.

ção da Violência; renitafreitas@gmail.

A partir do exposto, somado ao desejo de contribuir com a criação de espaços de participação de crianças no contexto do cuidado e da produção de conhecimento sobre saúde mental, apresentamos a experiência do I Congresso Mirim de Saúde Mental (CMSM), que aconteceu nos mesmos dias e horários do III Congresso de Saúde Mental da UFSCar, e teve por objetivo promover a exploração e diálogo sobre a temática diretamente com as crianças, considerando e respeitando suas singularidades.

CONSTRUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO EVENTO

Para realização do CMSM, estruturou-se um percurso de planejamento e organização que possibilitasse a caracterização do evento como um espaço seguro, livre de pré-concepções e julgamentos, priorizando o brincar e oferecendo às crianças segurança e protagonismo, assim como momentos diversos que permitissem a comunicação, expressão e a manifestação da subjetividade infantil, dentro de seus entendimentos e vivências acerca do conceito *adulto* de saúde mental.

Para que tal espaço pudesse se configurar livre e confortável, propusemos interações constantes e diversificadas entre pares, fortalecendo juntos, com a mínima intervenção adulta, suas habilidades e estratégias para o “bem-estar” no mundo e potencializando seus repertórios de enfrentamento das violências e padrões sociais abusivos.

No primeiro momento do planejamento, ainda quando o CMSM era um sonho compartilhado entre mulheres acadêmicas, objetivamos descaracterizar um lugar comum das crianças no contexto de eventos acadêmicos: “o cercadinho” como muitas vezes é rudemente nomeado. Espaço este que, simplificarmente, se apresenta como um entretenimento das crianças a fim de que seus responsáveis possam usufruir de palestras, simpósios, exposições e outras propostas que são destinadas ao público adulto.

Além deste, outro incômodo que mobilizou e guiou o planejamento do evento foi a percepção de que iniciativas para a discussão e formação em saúde mental infantil eram, majoritariamente, voltadas ao público adulto, sejam eles cuidadores, profissionais que atuam com público infanto-juvenil ou acadêmicos que estudam o desenvolvimento. Logo, para repensar e reestruturar uma prática naturalizada na qual os adultos tomam voz pelas crianças, inclusive para discutir os assuntos propriamente da infância, precisaríamos de uma equipe sensibilizada, alinhada e que contasse com formação específica para atuarem como facilitadores do processo das crianças participantes/protagonistas

PROCESSO SELETIVO DAS MONITORAS: ETAPAS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

O processo seletivo foi realizado em duas etapas virtuais:

Primeira etapa: divulgação de um formulário virtual de manifestação de interesse e de compartilhamento sobre experiências, expectativas e motivações para compor o evento.

Segunda etapa: avaliação da disponibilidade e criatividade das participantes/candidatas na elaboração de propostas de atividades para abordar temáticas específicas para o público infantil. Encomendou-se para as participantes/candidatas que, com prazo de 2 dias, apresentassem uma proposta de atividade a ser realizada com o público infantil, de forma sintetizada, descrevendo os materiais necessários, faixa etária apropriada e objetivo da atividade/brincadeira proposta.

Avaliamos e elencamos como critério de exclusão, propostas que eram incompatíveis com a faixa etária indicada, propostas que não respondiam ao objetivo associado (sugerido pelo próprio candidato), propostas não executáveis inconclusas, confusas ou superficiais. Também foram desclassificados do processo seletivo participantes que não enviaram a proposta solicitada dentro do prazo estabelecido.

Ao final da segunda etapa, 8 mulheres estavam selecionadas como monitoras para o I CMSM. Com a equipe composta na íntegra, com total de 13 pessoas contando com a equipe inicial de coordenação e planejamento, começamos a pensar juntas e construir coletivamente como gostaríamos de compor o evento, para isso realizamos dois encontros de planejamento e sensibilização para a equipe de trabalho se conhecer e afinizar, cada um deles com proposta diferente.

PRIMEIRO TREINAMENTO: “MINHA CRIANÇA ABRAÇA A SUA CRIANÇA”

O primeiro encontro, realizado com toda equipe foi para a apresentação do projeto e elaboração de estratégias de manejo de situações de conflito, demandas especiais, sensibilização da equipe para a proposta de acolhimento das crianças, resgate das memórias de infância de cada monitora a fim de despertar empatia e olhar minucioso e sensível para cada etapa das atividades que seriam propostas e quais os objetivos e possíveis gatilhos de cada uma delas.

SEGUNDO TREINAMENTO: “SONHANDO JUNTO”

O segundo encontro marcou uma construção conjunta de todas as participantes quanto ao cronograma do evento, análise das crianças inscritas, divisão das monitoras por grupos de afinidade segundo a faixa etária das crianças e partilha da cada integrante sobre potencialidades, dificuldades e vulnerabilidade individuais, perante assuntos ou comportamentos específicos e possíveis das crianças. Analisamos junto ao coletivo

restrições alimentares e necessidades especiais de cada criança inscrita para programarmos singulares estratégias de manejo. Em meio a muitas brincadeiras, jogos, reflexões e partilhas, o agrupamento de monitoras se tornava um grupo, coeso e harmônico.

INSCRIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DO CMSM E PÚBLICO ALCANÇADO

As inscrições foram realizadas por meio de uma plataforma virtual desenvolvida em parceria com a Fundação de Apoio Institucional ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FAI). Por meio do formulário de inscrições foram levantados os seguintes dados: idade da criança, raça/cor, restrição alimentar, alergia, questões de saúde, uso de medicamento, fobia ou hipersensibilidade, principais interesses e brincadeiras preferidas.

Levando em consideração o perfil do público alcançado, a divisão das crianças por faixa etária em grupos não se fez necessária, ainda assim, as atividades foram planejadas e adaptadas de acordo com as fases do desenvolvimento.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O tema transversal às atividades realizadas, independente da faixa etária, foi a Saúde Mental infanto-juvenil e levando em conta a duração do evento, foram selecionados três temas disparadores para as discussões e atividades de cada dia:

- 1) “O que me deixa triste? O que me faz melhorar?” (reconhecimento de emoções boas e ruins);
- 2) “Quem sou eu dos três porquinhos?” (instrumentalização para lidar com situações de risco e violência);
- 3) “Espelho, espelho meu! Existe alguém mais bonito que eu?” (autoestima e autoimagem).

Na tabela a seguir (Tabela 1) está representado de forma resumida o cronograma de atividades ao longo dos três dias de evento e cada uma das atividades propostas nos períodos.

Tabela 1: Cronograma de atividades do I Congresso Mirim de Saúde Mental.

	Sexta	Sabado	Domingo
Manhã 08h - 12h30		"Quem sou eu dos três porquinhos?" Brincadeiras colaborativas.	"Espelho, espelho meu! Existe alguém mais bonito que eu?" Body Map Finalização: o que eu aprendi nesses 3 dias?
Almoço 12h30 - 13h30	Almoço	Almoço	
Tarde 14h - 18h30		Atividades plásticas; Atividades corporais; Arte marcial; Jogos teatrais; Contação de história.	
Noite 18h-20h	"O que me deixa triste?" O que me faz melhorar?" Apresentação do grupo; Desenho e discussão sobre o tema.		

Será realizada uma discussão a partir das experiências das monitoras com a realização do evento. Para desenvolver essa discussão, foram realizados encontros entre as monitoras depois do evento para retomar a experiência. A partir desses diálogos, foi possível avaliar o quanto a proposta proporcionou um espaço de diálogo sobre saúde mental com e para as crianças. Vale destacar que a discussão será feita a partir da experiência da equipe de trabalho e não das falas das crianças. Essa estratégia foi utilizada para preservar a identidade dos participantes do evento.

“O QUE ME DEIXA TRISTE? O QUE ME FAZ MELHORAR?”

Uma das propostas do CMSM foi dialogar de forma lúdica o conceito de Saúde Mental, por meio de uma atividade que permitisse o reconhecimento de situações que despertavam tristeza e satisfação. Para tanto, o brincar foi o instrumento para que as crianças pudessem acessar esses fatores, e promover a construção do conhecimento de forma ativa e em relação com os participantes. Pensando nisso, em nosso primeiro dia de congresso, as crianças responderam ao questionamento “o que me deixa triste?” em forma de desenho e então compartilharam com a roda, que dava sugestões sobre “O que te faz melhorar?”. Podemos perceber, diante das respostas, que os os fatores que desencadeavam o sentimento de tristeza, na perspectiva das crianças, estavam vinculados a frustrações cotidianas, identificadas no ambiente doméstico e escolar.

No geral, quanto ao que deveriam fazer para se sentirem melhor, as crianças direcionaram a solução para a ajuda de terceiros, como pais, amigos e irmãos, sinalizando que as crianças que participaram do evento, parecem apresentar uma importante rede

de suporte e apoio social. Observa-se que este movimento de dar espaço para que as crianças pudessem compartilhar essas experiências cotidianas de frustração e tristeza foi importante no sentido de ajudá-las a identificar essas situações e sentimentos, bem como possíveis soluções para que pudessem enfrentá-las, incluindo a identificação da rede de suporte e das pessoas nas quais sentem confiança.

Pode-se perceber que foi no diálogo que as crianças puderam pensar e construir soluções, apontando fortemente, a comunicação e a expressão de seus sentimentos, como um importante aspecto no enfrentamento ao sofrimento, a fim de obter apoio e encontrar refúgio quando necessário.

QUEM SOU EM DA HISTÓRIA DOS TRÊS PORQUINHOS”

*Era uma vez três porquinhos
Prático o mais velho e trabalhador
Seu irmão Heitor era músico
Cícero caçula um roncador
Cada um fez a sua casa
Cícero só palhas entrelaçou
Heitor madeiras e marteladas*

*Prático tijolos e cimento usou
Cuidado! Porquinhos, o lobo vai chegar
E todas as casa vai soprar
A casa de palha foi pelos ares
A casa de madeira também voou
Só restou a casinha de tijolos
Que todos os porquinhos habitou*

Na música escrita por Cristina Teixeira Vicentini (2016) relembramos a história dos Três Porquinhos. É frequente que esse conto seja utilizado na educação infantil para discutir a moral do “bom trabalhador”. Mas, compreendemos que outro aspecto interessante da história é refletir sobre as estratégias de enfrentamento de cada porquinho.

Entendendo o Lobo Mau, como um sujeito que ofereceu risco à vida dos porquinhos, a partir de atos violentos, questionamos quais são as possíveis estratégias de enfrentamento e qual seria a melhor sob a perspectiva das crianças. O momento foi composto de diversas brincadeiras, que propunham a lógica da colaboração, contrapondo à da individualidade.

Destacamos 2 brincadeiras propostas, com objetivo de dialogar sobre estratégias coletivas e individuais de enfrentamento: “Pega-pegar o pegador” e “Contação de História”. Na primeira, a partir das técnicas de Augusto Boal (2015), escolhemos coletivamente quem seria o pegador (criança A). O pegador por sua vez, deveria anunciar, previamente, quem iria pegar (criança B). Depois do anúncio, B deveria correr e pedir ajuda, de uma terceira criança (criança C), gritando o seu nome. Após ouvir o seu nome C se torna o pegador e terá como missão pegar A para “salvar” B.

A brincadeira propõe que se inverta a lógica do pega-pegar tradicional, colocando o pegador mais vulnerável que as vítimas, uma vez que as crianças percebam que coletivamente, com colaboração e cooperação podem dar fim ao risco de serem pegas, somente com um pedido de “ajuda”.

Na segunda atividade, nos utilizamos do livro *O segredo da Tartanina* (SILVA; SOMA; WATARAI, 2011), que trata sobre prevenção do abuso sexual infanto-juvenil. O livro tem como objetivo desenvolver de forma lúdica as habilidades auto protetivas, tais como reconhecer, resistir e relatar casos de abuso sexual; informar as crianças e os adolescentes de modo lúdico acerca da problemática do tema e ensinar a identificação de prováveis situações de abuso. Ao longo da história, as crianças precisam ir desenhando alguns comandos, entre eles: como se sentem e se fossem a Tartanina - personagem vítima de abuso sexual - com quem contariam para sentir-se seguros. Mais uma vez as crianças conseguiram identificar seus sentimentos e identificar as redes de apoio e pessoas nas quais confiavam para buscar ajuda em situações de violência.

Posto isso, foi possível observar que em ambas as brincadeiras as crianças se envolveram de forma espontânea e lúdica, partindo dos princípios coletivos e colaborativos como as melhores estratégias de enfrentamento em diferentes manifestações de violência ou situações que oferecem risco.

“ESPELHO, ESPELHO MEU, EXISTE ALGUÉM MAIS BONITO DO QUE EU?”

A partir da pergunta “*Espelho, espelho meu, existe alguém mais bonito do que eu?*” feita pela personagem Rainha Má, no conto infantil da Branca de Neve tivemos como objetivo permear as questões de autoimagem e autoestima das crianças, tomando como base o recurso do *body map* (GASTALDO; MAGALHÃES; CARRASCO, 2013). As crianças receberam um pedaço de papel pardo no qual deveriam desenhar o formato do próprio corpo, preenchendo-o com desenhos, recortes, pinturas e/ou outras manifestações artísticas, o que elas gostavam e não gostavam de si. Fora do traço do corpo, foram orientadas a expressar o que as pessoas diziam/achavam sobre elas. Foi possível perceber uma importante influência dos padrões de beleza apresentados pelos diferentes territórios pelos quais as infâncias circulam e influenciam a forma como as crianças se enxergam.

O padrão de beleza é um aspecto influenciado por fatores socioculturais, assim está constantemente em transformação, configurando-se conforme as crenças e valores do contexto a que se insere. Direcionados à estética de um padrão inalcançável, a mídia vende o corpo feminino magro e o corpo masculino musculoso, de porte atlético e as crianças também são vítimas disso (PINHEIRO, 2003; PINHEIRO; GIUGLIANI, 2006; FERNANDES, 2007; NEVES et al., 2017).

Fernandes (2007) ressalta a importância das experiências relacionadas à autoimagem na infância. As crianças na idade pré-escolar e escolar, passam a questionar sobre si, e se a forma como se veem se configura como desvio ou encaixe dentro dos aspectos sociais. Ao encontro dessas teorias, foi possível notar como outros aspectos que fugissem ao padrão estético eram fatores de sofrimento e não aceitação no cotidiano, principalmente escolar das crianças que participaram da atividade. Fernandes (2007) e Neves et al. (2017) destacam a mídia, as relações familiares e os amigos como fortes pontes de influência na construção da concepção de beleza para as crianças. Percebemos que a influência da mídia e a opinião dos adultos influencia muito a percepção das crianças sobre os padrões de saúde e beleza. Estereótipos como o corpo musculoso e cabelos longos e sedosos foram identificados como belos. Essa compreensão, por parte das crianças, foi associada à personagens de desenhos infantis, como super-heróis e princesas.

EQUIPE: A MINHA CRIANÇA ABRAÇA, ACOLHE E SE RECONHECE NA SUA CRIANÇA

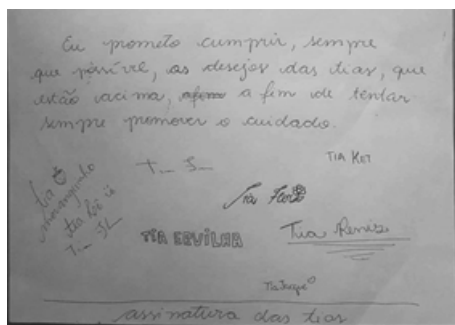
Achamos importante discutir aqui os aspectos que tangenciam os sentidos, afetos e significados de identificação e reconhecimento entre os pares da equipe, mas também com as crianças participantes do evento.

Há de se iniciar a reflexão partindo do tempo partilhado entre as monitoras, somando treinamento e ação nos dias de Congresso, contabilizando 34 horas de trabalho, sendo 26 horas, somente no fim de semana do evento, referentes à sexta, sábado e domingo. O convívio intenso foi elemento importante para o alinhamento da equipe e para engrenar o trabalho, não só objetivamente, mas também de forma subjetiva e sensível, em que todas puderam conhecer e oferecer os íntimos sentimentos, dentre angústias, inseguranças, saudade e alegria de estar compondo o processo de construção do evento. Bem como, todo o grupo pôde se apropriar de estratégias de acolhimentos subjetivos e singulares, para que todas as crianças fossem respeitadas, mesmo as crianças que habitavam adormecidas nas mulheres adultas que compunham nossa equipe.

Outro ponto importante é como o brincar possibilitou um espaço de expressão, descoberta e memória às monitoras. Expressada à medida que permitiram-se fazer diferentes atividades, que exigiam habilidades e capacidades diferentes, como as artes marciais e a contação de história. Descoberta conforme cada uma ia se reconhecendo em novos fazeres, e projetando sua existência e potência de ação em novas possibilidades e, por fim, memória conforme muitos aspectos referentes à trajetória, e ao contexto da

infância de cada monitora emergiu na coordenação das atividades.

Ao término de cada dia, sentávamos para partilhar e trocar sobre nossas percepções e sentimentos. O reconhecimento na outra permitiu um maior vínculo entre as monitoras e conseqüentemente a sensação de pertença, gerando ao término do congresso um “pacto de cuidado” em que assumimos estratégias de cuidado entre nós de responsabilidade coletiva, que deveriam ser cultivadas ao longo do semestre, a fim de cuidar e direcionar de forma sensível as marcas que o Congresso deixou em cada uma.



CONCLUSÕES

O CMSM foi uma ação inovadora na promoção da saúde mental para as crianças, dado a importância da criação de um espaço seguro para que as mesmas expressassem suas percepções em torno da temática em saúde mental. Diante da pluralidade da equipe, composta por pessoas de diferentes trajetórias e saberes, foi possível viabilizar um conjunto de ideias que contribuíram com a atenção às crianças e o planejamento do congresso.

O espaço buscou promover a discussão e acolhimento da temática de saúde mental infantojuvenil. Embora este tenha sido construído como uma extensão do III Congresso de Saúde Mental, sua configuração ocorreu de maneira diferente, em vista de seus objetivos e abordagens. Questionou-se a óptica externa associada a um congresso voltado para as crianças, além da perspectiva dos seus responsáveis e para o público do congresso.

Estas reflexões incentivam e aguçam a vontade de ocupar mais espaços para o debate do tema com a pauta da promoção voltada ao público infantojuvenil com experiências inovadoras, transformando concepções obsoletas de espaços apenas para o entretenimento, denominados “cercadinhos”. Neste sentido, o CMSM teve um papel muito importante, pois proporcionou, por meio do diálogo com e para as crianças, um espaço voltado à compreensão sobre a importância de cuidar da saúde mental, à identificação de possíveis dificuldades e à busca de soluções para o enfrentamento dessas situações.

Consideramos, a partir destes apontamentos e reflexões, a necessidade de novas edições do Congresso Mirim ou também a elaboração de ações semelhantes. Buscando em próximas edições sua ampliação para a comunidade não acadêmica, a fim de compartilhar este espaço com crianças de diferentes contextos, disseminando e construindo ações de intervenções para promoção de saúde mental com foco no público infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

GASTALDO, D.; MAGALHÃES, L.; CARRASCO, C. Mapas corporais narrados: um método para documentar trajetórias de saúde, resiliência, adoecimento e sofrimento. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 53-68, 2016 68 Juventude, homossexualidade e diversidade: um estudo sobre o processo de sair do armário usando mapas corporais In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 83-100.

BOAL, A. **Teatro do oprimido**. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

COSTA, Maria Conceição O.; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, Out. 2007.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; DELGADO, P. G. G. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafio. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 30, n. 4, 2008, p.390-8.

FERNANDES, E. R. A. **Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: UFMG, 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

GUERRA, A. M. C. Tecendo a rede na assistência em Saúde Mental Infanto-Juvenil: interfaces entre a dimensão clínica e a dimensão política. In GGUERRA, A. M. C.; LIMA, N. L. (Orgs.), **Clínica de crianças com transtornos de desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental** (pp. 171-189). Belo Horizonte: Autêntica. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0379_M.pdf. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Brasília**. <http://www.saude.gov.br>.2006.

PATEL, V.; FLISHER, A. J.; HETRICK, S.; MCGORRY, P. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**. 2007;369(9569):1302-13.

NEVES, C. M. et al . Imagem corporal na infância: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 35, n. 3, p. 331-339, Set. 2017.

PINHEIRO AP. **Insatisfação com o corpo, auto-estima e preocupações com o peso**

em escolares de 8 a 11 anos de Porto Alegre. Porto Alegre: UFRGS, 2003. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

PINHEIRO, A. P.; GIUGLIANI, E. R. J. Quem são as crianças que se sentem gordas apesar de terem peso adequado? **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 82, n. 3, p. 232-235, Jun. 2006.

RIBEIRO, C. A.; PASSOS, I. F.; NOVAES, M. G.; DIAS, F. W. A produção bibliográfica brasileira recente sobre a assistência em saúde mental infanto-juvenil: levantamento exploratório. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. v. 5, n.1, 2010, p. 94-103.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Insatisfação corporal em escolares de dois municípios da região Sul do Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 20, n. 2, p. 119-128, Abr. 2007.

VICENTIN, C. T. **Música dos Três porquinhos**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1Qzuqzj5-RU>>, 2016. Acesso em: 16 Maio 2020

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 101-117.

ESTUDO DE CASO: O TEATRO COMO FERRAMENTA DE INTERVENÇÃO COM ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Raquel Helena Roland Ortega⁵¹

Alexandre de Sousa Carneiro⁵²

Thamires Romêro Campos⁵³

Cá estamos nós, nos propondo a falar de arte, te convidando a mergulhar neste mundo da arte baseado na grande arte de se desenvolver. Este estudo de caso é um recorte de um trabalho multidisciplinar das áreas de Terapia Ocupacional, Arteterapia e Teatro desenvolvido numa clínica em Campinas/SP, espaço tal que se propõe a habilitar e reabilitar crianças, jovens e adultos com deficiência na esfera da saúde mental a partir da arte e da cultura.

Nosso personagem principal nesta pesquisa é um adolescente de 14 anos, diagnosticado aos 4 anos com Transtorno do Espectro Autista (TEA) o qual chamaremos aqui de T.B.. Se falamos de teatro, falamos de cenas, de ensaios, de bastidores e de público! Assim, sejam bem-vindos a esse capítulo!

O TEA é um transtorno do desenvolvimento que envolve atrasos e comprometimentos nas áreas de interação social e linguagem, incluindo uma ampla gama de sintomas: emocionais, cognitivos, motores e sensoriais (GREENSPAN; WIEDER, 2006). De acordo com o Manual do DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) os critérios diagnósticos para o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) incluem déficit na comunicação social e interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. As características estão presentes desde o início do desenvolvimento e causam comprometimento significativo no desenvolvimento social, ocupacional e outras áreas de funcionamento (American Psychiatric Association-APA, 2013).

51 Terapeuta Ocupacional, pós graduada em Práxis Artísticas e Terapêuticas: Interfaces da Arte e da Saúde (USP). Inclusion. E-mail: raquel@inclusion.com.br

52 Professor de Teatro, Ator e Diretor, graduado em Cinema (CEUNSP) e Pedagogia (FAEP), pós graduado em Libras (UniFAJ) e mestrando profissional em Artes da Cena (Escola Superior de Artes Célia Helena). Inclusion. E-mail: alexandresouzah@yahoo.com.br

53 Graduanda de Terapia Ocupacional (Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Estagiária de Terapia Ocupacional. Inclusion. E-mail: campos.thamy@hotmail.com

O TEA inclui múltiplos sintomas, com variedades de manifestações clínicas, bem como uma ampla gama de níveis de desenvolvimento e funcionamento, que afetam indivíduos de todas as etnias e culturas e é uma condição permanente, podendo manifestar-se sobre diversas formas ao longo dos anos (KAMP-BECKER et al., 2010; PLIMLEY, 2007).

O primeiro contato da Terapeuta Ocupacional com T.B. foi em 2015 quando o mesmo passou a frequentar semanalmente um projeto de assessoria para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA e altas habilidades. A queixa principal era seu comportamento inadequado, agressivo e opositor, bem como o vasto repertório de palavrões de baixo escalão que preenchiam 80% do seu vocabulário, sempre em voz muito alta.

Este projeto se propunha a atuar com terapia comportamental e, em menos de um ano, a família optou por tirá-lo deste serviço pois nem ele nem a família se enquadraram nesta metodologia. Nesta época, o cenário era a escola particular a qual ele frequentava querendo expulsá-lo por mau comportamento e rompantes de agressividade que culminaram em prejuízos físicos ao prédio da escola, bem como a dificuldade da gestora da escola em absorver orientações e novas possibilidades de intervenção para com T.B.. No âmbito familiar, pai, mãe e filho com muita dificuldade de relacionamento, os rompantes de agressividade também aconteciam em casa onde T.B. chegava a quebrar móveis e objetos, mas nunca agressão física.

Passado 1 ano, a família procurou novamente a Terapeuta Ocupacional, que já não mais estava atuando naquele projeto de assessoria, com a queixa de que o adolescente não queria mais sair de casa. Foram realizados dois atendimentos domiciliares, de cunho de resgate de vínculo, e mais 4 atendimentos individuais externos, de cunho de vivência social, que possibilitou resgatar no adolescente a vontade de conhecer o mundo, afinal, nas altas habilidades a gana por conhecimento é bem marcante. Nesta época lhe foi sugerido conhecer as aulas de teatro inclusivo e terapêutico na clínica em Campinas/SP onde, desde então, ele frequenta as atividades semanais de teatro terapêutico em grupo.

T.B. iniciou seu processo terapêutico nas aulas de teatro, onde se tornou rapidamente um elemento de quase “desconforto” para o grupo de 06 de jovens o qual ele passou a fazer parte. Dentre eles jovens com síndrome de Down, TEA, paralisia cerebral e deficiência intelectual. T.B. possuía um comportamento enérgico, incisivo e muitas vezes provocativo/opositor, pois se comunicava em voz alta e constantemente se expressando com palavrões. Este comportamento referente ao hábito de falar ou repetir palavras e frases inadequadas, era algo predominante da rotina de T.B. e, quando era alertado pelos profissionais por tal comportamento, ele respondia aos gritos e em diversos momentos atirando objetos ao chão e derrubando cadeiras e mesas.

Este é nosso cenário inicial quando T.B. ingressou nas aulas de teatro terapêutico: um adolescente com diagnóstico de TEA, altas habilidades, hiperfoco em história mundial geral, armas e guerras. Seu desafio inicial era estar em grupo, visto seu histórico de isolamento social, inter-relacionamento, aprimorar sua habilidade social e, principalmente,

absorver a proposta do teatro terapêutico enquanto ferramenta de transformação humana.

A arte leva as pessoas a se perceberem, perceberem os outros e, então, interagirem e, conseqüentemente se incluírem na sociedade, lembrando que para haver inclusão, é necessário que ocorra antes a interação, pois o ser humano é determinado pelo meio social no qual cresce e se desenvolve. (VYGOTSKY, 2003, p.75)

O Autismo de Alto-Funcionamento, também conhecido como Autismo de Alto-Desempenho, está presente como uma das variáveis dentro do TEA, que é o maior representante dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. (STEINER, 2002). Segundo os estudos de Lopes-Herrera (2003), quando esta criança é submetida aos mesmos incentivos diversos que outras crianças com TEA, ela demonstra se desenvolver com maior rapidez em aspectos relacionados à interação social e linguagem. Iniciam sua comunicação por meio de estruturas gramaticais complexas, (como frases de 2 ou 3 palavras), enquanto no desenvolvimento normal são percebidas apenas palavras isoladas e, posteriormente, a estruturação de frases. Entretanto, a competência na conversação se encontra comprometida no que diz respeito ao desenvolvimento típico. (SCHWARTZMAN, 1992) São identificadas como características comuns a constância de dificuldades nas relações sociais e anormalidades no que diz respeito à pragmática da comunicação. (SZATMARI, 1991).

No primeiro dia de aula, assim que o professor de teatro, na tentativa de acolhe-lo e iniciar um processo de vínculo de T.B. para com o grupo de outros 6 jovens com deficiência, ele foi surpreendido pela ação de T.B. que deu um passo para trás e esticando sua mão aberta num sinal claro de “não se aproxime” alertou o professor, dizendo: “- *Eu sei o que é teatro, ok! A palavra teatro é derivada do Grego (théatron) e apesar de muitos pesquisadores apresentarem diversas teorias sobre a origem do teatro, a mais plausível e comentada é a teoria da Grécia Antiga...*”. E foi desta forma que T.B. se apresentou ao grupo, demarcando seus limites num breve discurso explanatório sobre seu conhecimento pré adquirido decorrente de uma prévia pesquisa teórica realizada em casa ao saber que iria conhecer uma aula de teatro.

Inicialmente T.B. resistiu em se relacionar com os colegas. Passava a maior parte do tempo da aula de teatro nos jogos de celular e quando se dirigia eventualmente ao professor ou outro membro da equipe terapêutica ali presente era com falas agressivas e descontextualizadas. T.B. não se permitia ser acessado, e seu escudo era sempre os gritos, xingamentos e os jogos de celular e computador.

Sob a ótica da Terapia Ocupacional, dentro da perspectiva social, esse processo terapêutico de fazer parte de um grupo social é, primeiramente, palavra chave para buscarmos evolução em pessoas com TEA, visto que a habilidade social é sempre comprometida e,

em segundo lugar, é preciso olhar para esse panorama sob a ótica da perspectiva coletiva de apreensão da realidade desse grupo e a articulação entre o micro e o macrosocial onde, na prática profissional, temos dois direcionamentos: o cotidiano e os espaços de convivência. (MALFITANO, 2016). Assim, construímos a referência teórica que justifica o grupo e o teatro como ferramenta de intervenção deste processo terapêutico. Por meio das técnicas teatrais é permitido ao indivíduo construir seu próprio conhecimento através da relação com outro. Segundo Vygotsky (1989) é por intermédio dessa interação social que o indivíduo terá acesso às formas de refletir e agir, dois elementos estes que, muitas vezes, são difíceis de acessar para a pessoa com deficiência intelectual ou inabilidade social.

As ferramentas provocadoras da arte teatral para o pensar e agir da pessoa com deficiência intelectual, segundo Miriam Martins (2006), se refere ao exercício teatral que enaltece e utiliza uma peculiaridade do indivíduo: a “liberdade”, isto é, ele se utiliza da liberdade para transformar a si e o seu meio.

Nesse pensar o professor recorreu ao sistema de Jogos Teatrais elaborado pela norte-americana Viola Spolin. Suas obras incluem um conjunto de exercícios, através de jogos dramáticos, com a intenção de desenvolver a comunicação e todas as questões relacionadas à aprendizagem significativa do indivíduo. Seu sistema, além de ser empregado na formação de atores, está sendo adotado com mais frequência em movimentos sociais e nas esferas do conhecimento, atingindo instituições sociais, educacionais e programas dirigidos à reabilitação e saúde mental. A grande maioria dos jogos dramáticos de Spolin (2010) são de caráter social, trazendo sempre uma problemática que precisa ser resolvida. O professor usou como estratégia de intervenção o jogo dramático aliado a temas que fazem sentido para T.B., explorando sua área de interesse (interesses restritos) como ferramenta de motivação.

Dentre os jogos dramáticos existe o jogo de improvisação. O professor lançava ao grupo uma problemática que era do interesse de T.B., como por exemplo uma operação policial que precisava ser solucionada. Quando os colegas iniciavam o jogo dramático e buscavam coletivamente improvisar e sanar o conflito, T.B. sutilmente observava à distância a cena desenvolvida pelos colegas, que exploravam cenas com polícia, ladrão, assalto, etc. Assim, em 04 aulas T.B. passou a opinar e, muitas vezes, criticar a solução dada pelos colegas dentro da problemática estabelecida. Essa ação de T.B., mesmo que ainda inadequada sob a perspectiva de grupo, era um grande passo no processo de vínculo e interação com o grupo. Observamos ele interagindo, atento e interessado.

Após esse episódio, em uma nova aula, depois de T.B. reprovar o desfecho dos colegas diante de uma improvisação, o professor percebeu que era o momento de provocá-lo, e o instigou para que ele desse a sua versão de solução de problema para a problemática da cena. E foi aí que T.B., juntamente com os colegas, pela primeira vez, atuaram juntos. Refizeram a cena e, evidentemente, a conclusão foi imposta e comandada por T.B.. Neste momento, ele está em cena! Daqui em diante, ensaios e ajustes para a grande apresentação

que é a vida!

No decorrer das aulas de teatro T.B., num crescente, foi se permitindo participar e interagir com os colegas, mesmo que de forma ainda inadequada, pois os conflitos de convivência e comportamento ainda estavam presentes. Neste processo, T.B. começou a perceber e reconhecer o outro, bem como conhecer seus colegas do grupo de teatro, e passou a questionar algumas ações, pensamentos, comportamentos e personalidades. Dentre eles, destacamos aqui uma colega adolescente apaixonada pelo universo das princesas da Disney, pertinente à sua idade e amadurecimento. T.B. incansavelmente se mostrava avesso a esse universo, evidenciando sua dificuldade referente à empatia.

A estratégia do professor continuava sendo os jogos dramáticos e cenas curtas que atingiam além do coletivo o interesse de T.B. e, assim como proposto por Spolin (2010), essa relação de troca do aluno com o mundo, onde as situações de conflitos surgem para que ele busque soluções pertinentes para a formação da autonomia do indivíduo e que permite também estimular outras impressões sensoriais e regiões do cérebro, estavam cada vez mais presentes e claras. Faz-se necessário abandonar a ideia de ocupar por ocupar, presente nos primeiros hospitais psiquiátricos, com objetivo de reconhecer o sujeito que cria, atua, reconhece, organiza e gerencia seu cotidiano concreto.

Nessa trajetória de conquistas chegou o momento de reestruturar o espetáculo “A Nova Roupas do Rei”, peça essa apresentada no ano anterior pelo grupo de teatro terapêutico e, agora, fará nova apresentação incluindo seu mais novo ator: o T.B.! Convite feito, convite aceito! Desafio feito, desafio aceito! Assim iniciamos uma maratona de ensaios e ajustes no texto. Foi um desafio inédito para T.B.. Desafio que implicitamente lê-se o quanto acreditávamos, enquanto equipe, no potencial dele. Inicialmente, na escolha dos personagens, T.B. se recusava a fazer qualquer personagem proposto. Era necessário compreender o seu desejo e o seu lugar de fala. O professor, também ator e diretor, munido da concepção de que uma obra teatral nunca está completamente acabada, e a cada novo integrante ela pode e deve passar por transformações, foi instrumentando o T.B. no sentido da criação, valorizando e provocando suas concepções e pensamentos a ver com a história proposta pela peça e a ver com seus colegas. O professor identificou que, quando descartamos as adversidades verbais e de comportamento do T.B., a essência era reforçar a moral da história, baseado na ética e bons costumes. Diante desse achado um novo personagem foi criado: o Camponês misterioso que surge com sua parceira de estrada para dar uma lição na vaidade do Rei. A dupla de camponeses, ao final da peça, revela suas verdadeiras identidades, que são duas realezas de um reino distante que tomam conhecimento do Rei Kaká que aumenta os impostos de seu povo na intenção de comprar roupas novas para suprir sua vaidade. Revoltados decidem se disfarçar de Camponês para também dar uma lição no Rei explorador.

Lembram da problemática ou do incômodo de T.B. referente à colega interessada em assuntos de princesa? Nesta etapa do seu processo de desenvolvimento ele cria um personagem que é da realeza de um reino distante e sua dupla de ação é a colega “princesa”. Interessante, não? Nesse exemplo fica bem claro o quão a inabilidade social é evidente no TEA e o quanto muitas vezes ela fica diluída no discurso verbal, sempre excessivo, incisivo e intolerante.

Vygotsky (2004) afirma que desde o berço da existência a evolução do homem decorre por intermédio da interação com o meio. Desde o início a criança, por exemplo, adquire um conjunto de estímulos que impulsionam seu crescimento cognitivo, emocional e físico, por meio da sua relação com adultos, crianças, ambientes e objetos. Seguindo esse raciocínio de interação com o mundo, Jean Piaget (2010) traz uma variedade de desdobramentos para melhor compreender essa temática, como, por exemplo, a socialização inerente às relações de trocas oferecidas pelos jogos e dinâmicas infantis, sendo assim e por que não os jogos teatrais.

Diante desse contexto de Vygotsky (2004) e Piaget (2010) voltamos ao conflito de T.B. em relação a formação da dupla com a colega “princesa”. Apesar de ter sido sua escolha, contracenar em dupla requer sincronia, sintonia e sensibilidade. O professor usou da estratégia colocada por Spolin (2010) com dinâmicas teatrais que se relacionavam com o cuidar do outro, o amparo ao colega de cena e o respeitar o tempo do outro. Bastaram algumas aulas para que T.B. absorvesse a essência do trabalho em dupla (equipe), assumisse a responsabilidade do trabalho e da limitação da colega que tem Síndrome de Down. A expressividade de sentimentos, emoções e sensações são acolhidas pelo grupo, na medida em que estarão refletidas em cada sujeito. Assim, depois de reconhecidas elas poderão ser transformadas e aceitas (JORGE, 1995). Os resultados foram os melhores possíveis: T.B. passou a ajudar, espontaneamente, a colega a lembrar seus textos, suas marcações, entradas e saídas de cena. Foram ensaios de como falar com o próximo sem agredir ou transgredir, como dar a vez/oportunidade ao outro, descobertas de sutilezas na forma de agir e reagir, respeito, empatia e principalmente o senso de equipe, afinal, não fazemos teatro sozinhos!

Apesar das notórias evoluções de T.B ele ainda, por vezes, continuava a falar alto, tornava-se agressivo verbalmente ao ser contrariado ou corrigido, e não compreendia a importância do silêncio para a concentração dos colegas durante os ensaios. A data para nossa apresentação de teatro estava se aproximando e, junto com ela, a tensão referente ao silêncio que é necessário nos bastidores, fundamental para a concentração dos atores que estão no palco. Essa “problemática” era um fator de conflito para os colegas atores e para o professor.

A estratégia que a terapeuta ocupacional e o professor de teatro encontraram foi levar a equipe de jovens atores para assistirem uma peça de teatro. Lá eles seriam o público. Assim conseguiríamos ampliar, de forma concreta, os diálogos macros que envolvem fazer

uma peça de teatro: público, teatro, silêncio, respeito aos atores e atrizes, entonação da voz, postura de palco e outros pormenores que envolvem a apresentação de uma peça teatral. A dialética da relação concreto/abstrato se fez aí.

T.B. a princípio, apresentou comportamento inadequado falando em voz alta chamando a atenção do público presente e do elenco e em diversos momentos respondia às falas dos atores com palavrões. Neste momento a equipe passou a contextualizar o comportamento dele versus os atores e atrizes em cena, fazendo uma analogia com os diálogos em aula, bem como associando ao que estava por vir: sua apresentação de teatro. Um grande exercício de se colocar no lugar do outro. Explanamos sobre a importância do silêncio, porém a cada tentativa ele revidava verbalmente em voz alta. A primeira atitude para quem não conhecia T.B. era retirá-lo da plateia, afinal, indivíduos com TEA não tem “cara”, e o seu comportamento poderia ser facilmente pré-julgado como o de um adolescente indisciplinado e mal-educado. Porém nosso papel naquele momento era terapêutico e esse adolescente seria mais uma vez excluído. Ao final do espetáculo, já do lado externo do teatro, o professor que sempre teve a postura acolhedora, ficou sério e disse cautelosamente à T.B. que estava “decepcionado” com seu comportamento, e acrescentou que seu sentimento era devido ao fato de sempre elogiar T.B. para seus colegas de trabalho dizendo o quanto ele era inteligente. Pela primeira vez presenciamos T.B. se silenciar e refletir sobre seu comportamento: “- *É, professor, a minha atitude não foi legal, né?*”

Na sequência, perante sua reflexão, o professor usou a estratégia de se colocar no lugar do outro, e pediu para que T.B. pensasse na apresentação do espetáculo que ele estava ensaiando e para quem em breve iriam apresentar: “- *Legal, T.B.? O que você fez foi uma tremenda falta de respeito para com esses artistas profissionais que estão ensaiando há meses, assim como nós também estamos. Agora, imagine se na nossa apresentação de “A Roupas do Rei” tiver alguém na plateia nos assistindo que tenha o mesmo comportamento que você acabou de ter. Você acha que vai ser legal? Você acha que vai ser respeitoso conosco que estamos também há meses ensaiando e trabalhando pra fazer uma boa apresentação?*” – Este diálogo foi necessário para o amadurecimento e desenvolvimento do T.B., que pediu desculpas e ficou em silêncio.

Neste momento, como numa peça de teatro, T.B. passou a viver outro capítulo ou outra cena ou outra história em sua vida. Parafraseando Paulo Freire (1996), propor uma educação regada de afetividade, mas que não deixa que a efetividade interfira no cumprimento ético e no dever de professor e na sua autoridade, uma relação pedagógica ampla e cultural que não se trata apenas de conceber a educação como transmissão de conteúdos curriculares por parte do professor, e sim a necessidade da participação do indivíduo/aluno, levando em conta a sua autonomia e estabelecendo uma prática dialógica.

Como costuma-se dizer no teatro: o grande dia chegou! Dia de subir ao palco e se apresentar, pela primeira vez, em público! Lembrem-se do início deste capítulo onde citamos algumas características de T.B. como isolamento social, comportamento inadequado,

falta de empatia e falas agressivas? Percebemos aqui o salto de desenvolvimento deste adolescente, simplesmente em aceitar estar num palco frente a um público de 100 pessoas.

Neste dia estavam todos ansiosos, como qualquer ator prestes a estrear no palco. T.B. encontrou refúgio em jogos de celular. Esse mecanismo serve como regulador das emoções e o reorganiza como um todo. Apesar dos meses de ensaio neste dia haveria um diferencial: teríamos no palco uma intérprete de Libras, ou seja, um elemento novo em cena. A equipe teve o cuidado de antecipar essa informação ao T.B. e ele, espontaneamente, se dirigiu a ela e questionou como era o trabalho de fazer a interpretação em Libras. A intérprete discorreu sobre a questão da língua, da tradução em si e da inclusão. Satisfeito, T.B. voltou à coxia e foi vestir seu figurino.

Chegou a hora! Abram-se as cortinas!!

T.B. estava íntimo do palco, confortável em suas cenas, atento aos momentos de entrada e saída de cena, falas decoradas e pronunciadas em alto e bom som, feliz, sorriso no rosto e nós, equipe, absolutamente orgulhosos! Nesta apresentação assistimos um adolescente alçando voo no que se refere à habilidade social. Se descobrindo no universo das artes; criou seu personagem e suas falas; socializou; interpretou; cooperou e colaborou com seus colegas.

“A criatividade é o catalisador por excelência das aproximações de opostos. Por seu intermédio, sensações, emoções, pensamentos, são levados a reconhecerem-se entre si, a associarem-se, e mesmo tumultos internos adquirem forma”. (NISE DA SILVEIRA, 1981, p.11.).

Toda apresentação tem um “*gran finale*”, e esta não foi diferente... Percebemos que T.B., durante a apresentação, por muitas vezes falou junto ou falou depois as falas de sua colega de cena. Tal comportamento não havia acontecido em nenhum ensaio. Não prejudicou o andamento da peça, pois ele foi cordial e sutil, então não interferimos. E assim, sob aplausos calorosos, o espetáculo chegou ao fim! Já fora do palco T.B. se dirigiu ao professor de teatro e à terapeuta ocupacional e disse: “- *Viram que eu ajudei a intérprete de Libras? Eu fui dizendo o texto da minha colega que não tem uma boa dicção, ou seja, a intérprete não conseguiria fazer a tradução de forma correta, prejudicando o trabalho dela e o público de pessoas surdas que estavam nos assistindo.*”

T.B. agora é protagonista de sua história. O Protagonismo é um componente de uma prática de educação para a cidadania, em que o jovem ocupa uma posição de centralidade no desenvolvimento de suas atividades. Deste modo, percebe-se a atuação desse adolescente como personagem fundamental na sua história, com iniciativa e capaz de executar projetos para resolver problemáticas autênticas (COSTA apud SILVA, 2003).

Deve se possibilitar às crianças e adolescentes o processo de humanidade e respeito, expresso no fortalecimento de sua autoestima, da estética, da sociabilidade, no reconhecimento de sua origem e história, na criatividade, na valorização das emoções. Nesse processo, a criança e o adolescente podem se reconhecer como ser que deseja, que é protagonista. (SILVA, 2003 p.87)

Finalizamos ressaltando que a multidisciplinidade aqui explanada numa intervenção da Terapia ocupacional, Arteterapia e Teatro atende ao princípio da integralidade, que é um termo plural, ético e democrático. A Integralidade, inclusive prescrita nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe uma equipe multidisciplinar apta a desenvolver novas metodologias que cursem com trocas criativas entre diversas especialidades e áreas do saber, realinhamento dos poderes, corresponsabilidades e auto-organização.

REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5** (5th. ed.). Washington: American Psychiatric Association, 2013.

DAMASIO, C. **A criança e o teatro na escola**. Brasil Escola, 2008. Disponível em <<https://meuartigo.brasilecola.uol.com.br/artes/a-crianca-teatro-na-escola.htm>>. Acesso em 19 de março de 2019.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Tradução de Moacir Gadotti. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa/ São Paulo: Paz e Terra**, 1996 (coleção leitura).

GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. **Engaging Autism: using the floortime approach to help children relate, communicate, and think**. Cambridge: Da Capo Press, 2006.

JORGE, R. C. **Psicoterapia Ocupacional: História de um Desenvolvimento**. Belo Horizonte: GESTO, 1995.

KAMP-BECKER, I.; SMIDT, J.; GHAREMAN, M.; HEINZEL-GUTENBRUNNER, M.; BECKER, K.; REMSCHMIDT, H. **Categorical and Dimensional Structure of Autism Spectrum Disorders: the nosologic validity of Asperger Syndrome**. J. Autism Dev. Disorders. v. 40, n. 8, p. 921-929, 2010.

MALFITANO, A. P. S. Contexto social e atuação social: generalizações e especificidades na terapia ocupacional. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (Orgs.), **Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos**. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

MARTINS, Mirian C. F. D. **Didática do ensino de arte: a língua do mundo — poetizar, fruir**

e conhecer arte. São Paulo: FTD, 2006.

NISE DA SILVEIRA. **Imagens do inconsciente**. Rio de Janeiro, Alhambra, 1981.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

SILVA, S. M. **Protagonismo juvenil e arte-educação como método pedagógico de inclusão social: o caso do projeto fazer o outro bonito**. Trilhas: revista do Centro de Ciências Humanas e Educação, Belém: UNAMA, v. 4, n. 2, 2003.

SPOLIN, V. **Improvisação para o teatro**. Tradução Ingrid Dormien Koudela e Eduardo José de Almeida Amos. São Paulo: Perspectiva, 2010.

SPOLIN, V. **Jogos Teatrais: o fichário de Viola Spolin**. Tradução Ingrid Dormien Koudela. São Paulo: Perspectiva, 2012.

VYGOTSKI, L. S. **Psicologia da Arte**. São Paulo – SP: Martins Fontes, 2003.

VYGOTSKI, L. S. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

VYGOTSKI, L. S. **A imaginação e a arte na infância**. Lisboa: Relógio d'água, 2009

LUZ, CÂMERA E INCLUSÃO

Raquel Helena Roland Ortega⁵⁴

Alexandre de Sousa Carneiro⁵⁵

Thamires Romêro Campos⁵⁶

No cenário de um palco onde atores com deficiência se encontram e contam histórias repletas de si mesmos, trazendo um diálogo de aceitação, de empatia, de superação e principalmente de arte!

No início era um Teatro Terapêutico. Atualmente é um Teatro inclusivo! Que inclui eu e você! Atores e público! Equipe e amigos!

Em cada rosto vê-se a expressão da imparidade que a arte enaltece em cada um de nós!

Senhoras e senhores, sejam bem-vindos a esse espetáculo!

54 Terapeuta Ocupacional, pós graduada em Práxis Artísticas e Terapêuticas: Interfaces da Arte e da Saúde (USP). Inclusionone. E-mail: raquel@inclusionone.com.br

55 Professor de Teatro, Ator e Diretor, graduado em Cinema (CEUNSP) e Pedagogia (FAEP), pós graduado em Libras (UniFAJ) e mestrando profissional em Artes da Cena (Escola Superior de Artes Célia Helena). Inclusionone. E-mail: alexandresouzah@yahoo.com.br

56 Graduada de Terapia Ocupacional (Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Estagiária de Terapia Ocupacional. Inclusionone. E-mail: campos.thamy@hotmail.com



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “A estreia de A Nova Roupas do Rei”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 1058 x 794

Ano: 2017

Créditos: Giuliano Ferrer Piccolo, Luana Ortega, Daniel Lino de Miranda (sentado), Rafael Atkinson Carvalho, Alexandre de Sousa Carneiro, Caetano Vilas Boas, Yohana Spezi Laporte (agachada) e Raquel Ortega.



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “Acessibilidade e Inclusão de mãos dadas”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 1123 x 750

Ano: 2019

Créditos: Rosana Nunes (Intérprete de Libras) e Daniel Lino de Miranda



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “Um Rei cativante que deveria ser odiado”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 748 x 1123

Ano: 2019

Créditos: Caetano Vilas Boas



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “Um príncipe apaixonado e o outro amedrontado”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 757 x 1123

Ano: 2019

Créditos: Felipe Thadeu e Rafael Atkinson Carvalho



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “E a liberdade vem no canto, vem do sonho: Livre estou!”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 1123 x 794

Ano: 2019

Créditos: Raquel Flores em primeiro plano e ao fundo: Daniel Lino de Miranda, Rafael Atkinson Carvalho, Luana Ortega, Felipe Thadeu e Téo Borges.



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “Confabulando um plano infalível”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 1123 x 748

Ano: 2019

Créditos: Téo Borges, Daniel Lino de Miranda e Raquel Flores



© Nelson Micuci Jr

Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “A leveza de estar em cena”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 748 x 1123

Ano: 2019

Créditos: Felipe Thadeu



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: Um Chaplin baixou em mim

Técnica: Fotografia

Dimensões: 794 x 1176

Ano: 2018

Créditos: Rafael Atkinson Carvalho



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “Diretor provocativo, aluno assimilando”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 1017 x 794

Ano: 2019

Créditos: Isaque e Alexandre Sousa



Autor: Nelson Micuci Júnior

Título: “O Rei do Show: o poder da representatividade”

Técnica: Fotografia

Dimensões: 794 x 937

Ano: 2018

Créditos: Felipe Thadeu, Giovanna Marcondes, Thamires Romêro Campos, Alexandre de Sousa Carneiro, Iohana Spezi Laporte, Téo Borges, Mariana Truzzi, Juliana Morelli e Isaque.

Índice Reissivo

A

- Ação do profissional 86
- Accountability (responsabilização individual do trabalhador) 71, 75
- Aceitação 104, 118
- Acessibilidade 120
- Agressão física 109
- A importância da interdisciplinaridade 10, 17, 23, 25, 27, 71
- Aprofundamento dos valores 60, 67
- Aritmética 32, 33
- Arte 40, 108, 110, 111, 116, 117, 118
- Arteterapia 12, 108, 116
- Atenção à saúde 17
- Atenção psicossocial 10, 11, 13, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 53, 88, 93, 94, 95
- Atendimentos domiciliares 109
- Atores com deficiência 118
- Atores e público 118
- Autonomia individual e coletiva 85
- Avaliação 48, 51, 63, 64, 65, 78, 90, 92, 97, 99
- Avanço da tecnologia 12, 60, 67

C

- Cargos de gestão 60, 78
- Clínica política 84, 93
- Clínica psicossocial 8, 10, 12, 84, 93
- Clínica-saúde coletiva 85
- Comportamento 53, 58, 61, 67, 69, 109, 112, 114, 115
- Congresso de saúde mental 5, 7, 8, 10, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 29, 71, 97, 98, 105
- Congresso internacional 5, 10, 17, 23, 24, 27
- Congresso mirim de saúde mental 10, 12, 17, 23, 25, 97, 98, 101
- Contabilidade 32, 78
- Criação de conhecimentos 31, 40
- Crianças 8, 10, 12, 18, 26, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 116
- Cultura 8, 10, 12, 27, 30, 32, 38, 40, 45, 47, 51, 52, 53, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 84, 86, 108
- Cultura da alta performance 8, 10, 12, 71, 74
- Cultura do desempenho 45, 47

D

- Déficit na comunicação social 108
- Democracia 53, 60, 67
- Desenvolvimento da cidadania 60, 67

Desenvolvimento da comunidade 60
Dinâmica social 85
Docentes 11, 13, 25, 26, 29, 30, 31, 77

E

Educação permanente em saúde 12, 71, 80, 81
Empatia 99, 112, 113, 115, 118
Enfermagem 17, 18, 19, 25, 27, 28, 44, 58, 60, 70, 71, 82, 84, 96
Ensino 11, 12, 18, 26, 29, 31, 37, 39, 40, 41, 45, 46, 57, 59, 64, 66, 68, 70, 116
Ensino superior 12, 17, 20, 27, 28, 45, 53, 58, 60, 61, 63, 64, 67, 69
Etnias 109
Extensão 11, 18, 19, 21, 22, 26, 31, 37, 39, 66, 105

F

Falar de arte 108
Ferramenta de transformação humana 110
Formação cultural e política 12, 60, 67
Formação de pessoas 31
Função social 60

G

Gestão pública 12, 71, 72, 81
Gramática 32, 33

I

Inclusão 13, 120
Inovação 12, 25, 60, 64, 66, 67, 69
Instituições 18, 20, 25, 45, 53, 61, 62, 63, 64, 65, 73, 77, 82, 86, 88, 90, 97, 111
Interação social 79, 108, 110, 111

L

Liberdade 76, 78, 80, 85, 91, 92, 111, 123
Linguagem 11, 92, 108, 110

M

Macrocontexto 86
Macropolítica 86
Medicina 7, 17, 18, 19, 65, 96, 106, 107
Meritocracia 45
Microcontexto 86
Micropolítica 86

O

Odontologia 17
O poder da representatividade 128
Organizações sociais 18, 45

P

Padrões restritos e repetitivos de comportamento 108
Pesquisa 11, 17, 18, 20, 26, 31, 37, 38, 39, 40, 41, 47, 48, 49, 64, 65, 66, 67, 69, 96, 108, 110
Planejamento 67, 97, 98, 99, 105
Processo saúde-doença 44, 47, 56
Processo terapêutico nas aulas de teatro 109
Professores-pesquisadores 31, 37, 38, 39
Psicologia 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28, 82, 94, 96, 117

R

Realização 23, 25, 52, 97, 98, 101
Reforma psiquiátrica brasileira 86, 88
Relações sociais 12, 35, 37, 40, 85, 110
Relato da experiência 97

S

Saúde dos trabalhadores 20, 71, 72, 76
Saúde mental 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 58, 71, 75, 85, 87, 89, 94, 96, 100, 101, 106
Saúde mental dos trabalhadores 11, 12, 29, 72, 79, 81
Saúde mental infanto-juvenil 10, 97, 106, 107
Síndrome de down 109
Sistema de saúde 86, 90, 95
Sistema federal de ensino superior 11, 29, 30
Sociedade civil 25, 60, 62
Sofrimento psíquico 12, 19, 20, 26, 57, 83, 85, 91
Superação 88, 92, 118

T

Teatro 12, 106, 108, 116, 118
Teatro inclusivo 118
Teatro inclusivo e terapêutico 109
Teatro terapêutico 109, 112
Terapia comportamental 109
Terapia ocupacional 12, 17, 18, 19, 94, 96, 108, 110, 118
Trabalhador acadêmico 31
Trabalho em saúde 12, 71, 78, 79, 80, 81
Trabalho multidisciplinar 12, 108
Transtorno do espectro autista (tea) 108

U

Universidades 12, 31, 41, 45, 46, 51, 60, 61, 63, 64, 68
Universidades federais 31



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 





editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 

