



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

SARAH CRISTINA DE LIVEIRA PINTO

**ADOCIMENTO MENTAL E ENSINO SUPERIOR: uma análise do direito à saúde
mental dos/das discentes de graduação da UFRN**

NATAL
2021

SARAH CRISTINA DE OLIVEIRA PINTO

ADOCIMENTO MENTAL E ENSINO SUPERIOR: UMA ANÁLISE DO DIREITO À
SAÚDE MENTAL DOS/DAS DISCENTES DE GRADUAÇÃO DA UFRN

Monografia apresentada ao curso de graduação em Serviço Social, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Neves de Sousa

NATAL

2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais Aplicadas - CCSA

Pinto, Sarah Cristina de Oliveira.

Adoecimento mental e ensino superior: uma análise do direito à saúde mental dos/das discentes de graduação da UFRN / Sarah Cristina de Oliveira Pinto. - 2021.

54f.: il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social. Natal, RN, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Neves de Sousa.

1. Saúde - Monografia. 2. Saúde Mental - Monografia. 3. Educação - Ensino Superior - Monografia. I. Sousa, Daniela Neves de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/Biblioteca CCSA

CDU 378:61

SARAH CRISTINA DE OLIVEIRA PINTO

ADOCIMENTO MENTAL E ENSINO SUPERIOR: UMA ANÁLISE DO DIREITO À
SAÚDE MENTAL DOS/DAS DISCENTES DE GRADUAÇÃO DA UFRN

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Serviço Social, da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte, como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 09 / 09 / 21

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Daniela Neves de Sousa.

Orientadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Profa. Dra. Edla Hoffmann.

Membro interno

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Profa. Ms. Angely Dias da Cunha.

Membro externo

*Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes
Que nem devia tá aqui
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência, me resumir à sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi
Por fim, permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem é o pior dos crimes
É dar o troféu pro nosso algoz e fazer nós sumir*

AmarElo – Emicida

AGRADECIMENTOS

É difícil saber por onde começar a agradecer.

Aprendi a um tempo que a vida é um caminho. Não linear. Tem curvas, atalhos, becos sem saída, obstáculos. Às vezes faltam forças pra seguir, com tantos fardos nas costas.

Às vezes o passo é leve. Quando eu penso nos meus primeiros passos, sem dúvida percebo quem esteve desde lá até aqui, minhas mães Benedita e Rosa, meus pais Vivaldo e Francisco. Tantas vezes caí e fui erguida por eles, teria que viver diversas vidas para agradecer o suficiente. Arthur, meu filho, tudo sempre foi por você e para você.

Às vezes a gente perde o rumo. Importante ter quem te oriente, alguém que te guie no breu. Angely e Dani, a palavra orientadora cabe muito bem em vocês. Conseguiram entender o que eu queria falar, quando eu nem sabia ainda o que queria falar. Acreditaram em mim e desfizeram o emaranhado que eram minhas palavras. Que feliz eu sou, por ter vocês, grandes referências de mulheres de luta, no meu caminho.

Às vezes temos a oportunidade de ter companhia no caminhar. Muitas vezes olhei para o lado e vi que não estava só. Meu trajeto se conectou aos de meus/minhas colegas de turma, pessoas que me ensinaram tanto, que me orgulham demais, sou grata pelas experiências vividas junto à vocês, em especial Camila, Débora e Lenita, por estarem presentes em meio a tantos risos e lágrimas.

Ana Paula, Artur, Aline, Celinna e Marcos, presentes na minha vida à tanto tempo, não há nada que apague o que vocês já fizeram por mim nessa vida. Não dá para não chorar quando penso em tantas vezes que me perdi e vocês me ajudaram a me encontrar. Quem tem um amigo tem tudo. Eu tenho tudo.

Agradeço todos os dias pela riqueza que é a vida, tendo vocês.

O caminhar segue enquanto houver vida. Não sei os próximos passos, nem o rumo a seguir. Mas o caminho surge, um passo de cada vez. Seguimos.

RESUMO

A saúde mental é o produto de um conjunto de múltiplas e complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. A elaboração de conhecimentos que embasem a formulação e execução de políticas públicas eficazes, eficientes e efetivas, contribuem com a melhora da saúde da sociedade como um todo. O objetivo central do trabalho é identificar os elementos que atravessam o fenômeno do adoecimento mental no âmbito da universidade, analisando a relação entre condições de vida das/dos estudantes do ensino superior, vivência universitária e saúde mental. Propõe-se apresentar reflexões sobre os determinantes de saúde e a importância da saúde mental dentro do processo ensino-aprendizagem, baseadas no princípio de saúde como condição de permanência na educação de nível superior. Nos embasamos em dados existentes à nível nacional e internacional, a partir de pesquisa bibliográfica documental e entrevista semiestruturada com setores de saúde mental da UFRN. Percebemos que a questão da saúde mental é vista pela universidade como uma problemática, impactando na reprovação e desistência de estudantes e justificando a criação de serviços de atendimento, mas têm-se visto que estes mostram-se insuficientes, priorizam acolhimento emergencial e tem capacidade de atendimento limitado. Consideramos o debate de suma importância para o serviço social por contribuir para o fortalecimento da defesa do direito à saúde mental e educação pública, de qualidade, gratuita e laica.

Palavras-chave: Saúde. Saúde mental. Educação. Ensino superior.

ABSTRACT

Mental health is the result of a set of multiple complex interactions between biological, psychological and social factors. The advancement of knowledge that supports the formulation and execution of efficient and effective public policies contributes to improving the health of society as a whole. The main objective of this research is to identify the factors underlying mental illness within the university, analyzing the relationships between the living conditions of university education students, academic experience and mental health. We propose to present reflections on the determinant factors of health and the importance of mental health within the teaching-learning process, based on the principle of health as a condition of permanence in academic education. We used existing data available at national and international levels, through documental bibliographic research and semi-structured interviews with workers of mental health sectors at UFRN. We found that mental illness have a major impact in students' academic life, been in most cases directly associated with grade failure and dropout from the institution. This by itself, already justify an implementation of a massive network of institutional support. However, the university still face many challengers to create a healthy and supportive environment for their students. Nowadays the mental health services offered by the institution only take emergency cases, in a clear demonstration of a limited capacity of attendance. We consider this debate to be of paramount importance for social service as it contributes to strengthening the defenses of the right to mental health and to high quality, gratuitous and secular public education.

Keywords: Helth. Mental health. Education. University education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERES – Centro de Ensino Superior do Seridó
CF – Constituição Federal
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CCET – Centro de Ciências Exatas e da Terra
CCHLA – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
CSM – Comissão de Saúde Mental
DAE – Diretoria de Assistência Estudantil
DASAP – Divisão de Assistência Social e Ações de Permanência
DASE – Divisão de Atenção à Saúde do Estudante
DGRU – Divisão de Gestão das Residências Universitárias
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FIES – Programa de Financiamento Estudantil
IES – Instituições de Ensino Superior
LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais e mais
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NADIS – Núcleo de Apoio ao Discente
NSE – Nível Socioeconômico
ONU – Organização das Nações Unidas
PNAES – Programa Nacional de Assistência Estudantil
PROUNI – Programa Universidade para Todos
REUNI – Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PROAE – Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
PSM – Política de Saúde Mental
SM – Saúde Mental
SEPA – Serviço de Psicologia Aplicada
SUS – Sistema Único de Saúde
TMC – Transtornos Mentais Comuns
UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO SUPERIOR: CONHECENDO A SITUAÇÃO DOS/DAS DISCENTES	14
2.1 DETERMINANTES DE SAÚDE MENTAL	14
2.2 SAÚDE COMO DIREITO	21
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL	24
2.4 RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ENSINO SUPERIOR.....	29
3 A DISCUSSÃO DE SAÚDE MENTAL NA UFRN	34
3.1 AS ESTRATÉGIAS DA UNIVERSIDADE PARA ATENDER ÀS DEMANDAS	34
3.2 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS SERVIÇOS DA UFRN	36
3.3 IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E AÇÕES TRAÇADAS.....	40
3.4 PERFIL DOS/DAS DISCENTES UNIVERSITÁRIOS(AS) USUÁRIOS(AS) DE SERVIÇOS E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	42
3.5 LIMITES E POSSIBILIDADES	44
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE	53

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa tem como objetivo analisar os elementos que atravessam o fenômeno do adoecimento mental no âmbito da universidade, pensando a saúde mental como direito e elemento essencial para acesso e permanência ao ensino superior, influenciada por um conjunto de determinantes.

O interesse em realizar uma aproximação com essa discussão veio a partir de pesquisas e artigos realizados ao longo da graduação, voltados para a questão da saúde mental e sua relação com a Reforma Antimanicomial no Brasil. A primeira pesquisa voltada para essa temática surgiu a partir de uma proposta metodológica de encontrar um objeto de pesquisa que aliasse as discussões de três componentes curriculares: Política Social, Classes e Movimentos Sociais e Capitalismo e Questão Social. A proposta inter e multidisciplinar propiciou o contato com elementos com os quais houve identificação pessoal, como o uso de serviços de atendimento de saúde mental dentro da Universidade.

A partir desse momento, foi possível articular o funcionamento de unidades de atendimento inseridas no espaço universitário com movimentos sociais e sua atuação imprescindível para construção de políticas públicas de saúde e assistência, dentro de uma lógica societária que busca reprodução do lucro acima de tudo, nos adoecendo.

Surgiu o interesse em conhecer a política de saúde mental e os serviços prestados dentro da universidade. A criação de dispositivos de atendimento, seu alcance e os desafios que enfrentam chamaram atenção para pensar o que a universidade tem feito por seus/suas discentes, docentes e servidores(as) técnicos(as), analisando os determinantes de saúde mental e sua relação com o ensino superior. Relacionar o cotidiano universitário, que sofre implicações internas e externas ao espaço da universidade, e o contexto de adoecimento mental, refletido a partir da alta demanda nos serviços de atendimento da própria Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Para realizar essa aproximação, inicialmente se faz necessário compreender o conceito ampliado de saúde e relacionar o direito à saúde mental aos seus determinantes sociais. Levantar apontamentos de como esses conceitos se influenciam mutuamente, pensar como o ambiente universitário tem impactado na saúde mental dos/das seus/suas discentes e as ações traçadas para atender às demandas é uma das principais questões norteadoras da atual pesquisa.

Espera-se ampliar a compreensão sobre a saúde mental dos/das discentes, refletindo sobre a necessidade de políticas e serviços embasados no conceito ampliado de saúde,

dialogando sobre políticas além das de atendimento psicológico. Chamar atenção para os aspectos sociais, entendendo o adoecimento mental como expressão da questão social. Como outras políticas e programas podem contribuir para a qualidade de saúde dos/das discentes, dentro e fora da universidade? Essa é uma das reflexões que a pesquisa pretende causar.

O Serviço Social se relaciona com essa temática a partir do momento que se entende esse adoecimento como uma expressão da questão social. O assistente social aproxima-se dessa questão e apropria-se teoricamente dela, não para diagnosticar possíveis problemas de saúde ou para agir de forma terapêutica, mas para se colocar como agente profissional que vai contribuir para fortalecimento dos direitos dos/das discentes à rede de serviços de políticas sociais no âmbito da saúde mental, mas também para além dela.

É papel do/da assistente social atuar na desmistificação dos transtornos mentais e rompimento de quaisquer preconceitos que estejam a eles relacionados, trazendo o olhar para o cuidado à saúde mental como direito, pensando e propondo articulação de programas, políticas e projetos sociais. Também se torna sua matéria de trabalho provocar reflexões sobre que elementos sociais, econômicos, políticos e/ou culturais estão contribuindo para o processo de adoecimento, utilizando-se de estudo social para construir estratégias de enfrentamento.

Deste modo, o objetivo geral é identificar os elementos que atravessam o fenômeno do adoecimento mental no âmbito da universidade, sob a perspectiva dos determinantes de saúde.

Temos como objetivos específicos investigar a relação entre capitalismo, subjetividade e saúde mental e analisar a relação entre as condições de vida dos/das estudantes de nível universitário, sua vivência universitária e saúde mental.

A proposta da pesquisa é desvelar elementos que estejam por trás do adoecimento mental dos/das discentes do ensino superior, problematizando sobre a necessidade de políticas e programas que se relacionem ao cuidado da saúde, com caráter não apenas curativo, emergencial e paliativo, mas se aliando ao conceito ampliado de saúde que abrange diversos aspectos da vida dos sujeitos. O caráter quantitativo une-se ao qualitativo, na intenção de utilizar-se da ampla discussão teórica produzida sobre os conceitos aqui trazidos e relacioná-la com pesquisas recentes voltadas para levantamento de dados sobre os/as estudantes universitários(as) brasileiros(as).

Realizamos levantamento de material bibliográfico referente à temática de determinantes de saúde, saúde como direito, políticas públicas de saúde e educação para propiciar uma maior aproximação com a discussão.

Buscamos analisar estatísticas referentes ao uso dos serviços de atendimento psicossociais aos/às discentes, o perfil desses/dessas usuários(as) em seus aspectos

econômicos, culturais, sociais, sexuais, de gênero e raça, e os determinantes apresentados dentro da relação saúde-doença, na intenção de contribuir para o debate.

Para acessar dados institucionais, mapeamos setores que realizam serviços voltados ao cuidado à saúde mental na UFRN, campus Natal, a partir do contato com a PROAE (Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis) e realizando busca ativa. Elencamos para essa pesquisa a Divisão de Atenção à Saúde do Estudante (DASE), a Divisão de Assistência Social e Ações de Permanência (a DASAP), o NADIS (Núcleo de Apoio ao Discente) e o SEPA (Serviço de Psicologia Aplicada). Apresentaremos brevemente a caracterização e funcionamento de cada um destes setores, entendendo que realizam trabalhos importantes não só para o acesso ao ensino superior, mas principalmente para permanência.

Encontramos dificuldades em obter dados específicos do perfil dos/das usuários(as) dos serviços prestados por esses setores da UFRN. O formato de trabalho remoto instaurado na instituição desde o início da pandemia tem dificultado o diálogo com os setores, além do fato de que elementos que ajudariam a compor o perfil dos/das usuários(as) são tidos como sigilosos. Conseguimos realizar entrevistas diretas feitas a partir de questionário semiestruturado com NADIS e SEPA, à cerca das demandas recebidas e estratégias de ação. Nos voltamos então para os dados existentes à nível nacional e internacional, a partir de pesquisa bibliográfica documental.

Organizamos nossa pesquisa em dois capítulos principais. Iniciamos com análise sobre os determinantes de saúde mental, nos remetendo à compreensão da saúde enquanto direito social, trazendo importantes marcos históricos da construção de políticas públicas de saúde no Brasil. Ainda nesse primeiro capítulo, buscamos relacionar saúde e ensino superior, nos questionando se a vivência universitária pode potencializar o adoecimento.

No capítulo seguinte, nos voltamos para a particularidade da UFRN, buscando entender como a universidade tem visto a relação entre saúde mental e acesso-permanência no nível superior. Apresentamos uma breve caracterização de alguns setores que atendem diretamente às demandas de atendimento psicológico no Campus Natal, na intenção de perceber como se dá a articulação com a rede interna e externa à instituição.

Reconhecemos que toda produção científica apresenta um caráter aproximativo, provisório, insuficiente em relação à totalidade e complexidade do objeto, que possui uma vinculação com a vida real cotidiana, condicionada historicamente. Ainda assim, nos propomos a dialogar sobre a temática com base em dados coletados na instituição e em referências bibliográficas.

Ao Serviço Social cabe a aproximação com a temática e a ação de traçar intervenções que demonstrem esse olhar sobre o/a discente como um ser social, cujas esferas da vida se relacionam e se influenciam mutuamente. Se coloca como competência desse profissional o planejamento e avaliações de políticas, programas e projetos sociais voltados para o bem-estar e saúde da comunidade acadêmica.

Uma vez que o adoecimento mental pode ser visto como uma expressão da questão social, então pode ser vista como matéria de trabalho do serviço social. Longe da defesa de atendimento clínico, mas dentro da perspectiva crítica do/da discente como sujeito de direitos, dentre eles a saúde.

2 SAÚDE MENTAL E EDUCAÇÃO SUPERIOR: CONHECENDO A SITUAÇÃO DOS/DAS DISCENTES

2.1 DETERMINANTES DE SAÚDE MENTAL

Abordar os determinantes sociais e econômicos da saúde mental se mostra um importante ponto de partida do nosso estudo para entender a relação entre saúde mental e educação de nível superior. Partimos de uma perspectiva de saúde mental (SM) como Saúde Pública, sendo assim, para pensar a situação de saúde dos/das discentes universitários(as), iniciamos com a definição de saúde e saúde mental, e a discussão sobre quais são suas condicionalidades.

Conceituar saúde de um modo geral e saúde mental não é um processo fácil e unânime. Comumente, saúde pode trazer a concepção de ausência de doença, e saúde mental como ausência de adoecimento mental. Essa perspectiva foi hegemônica durante muito tempo, resultando em políticas de saúde voltadas apenas para o cuidado médico e de tratamento, desconsiderando, por exemplo, medidas de prevenção e promoção de saúde.

Compreendemos saúde como “[...] o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais” (ALVES; RODRIGUES, 2010, p. 128).

Considerando as importantes conquistas históricas e sociais da Reforma Antimanicominal no Brasil¹, podemos identificar a contribuição para ampliação do conceito de saúde, adotando uma perspectiva abrangente, incluindo outras áreas científicas aliadas à medicina e ampliando o debate e a construção do saber. O serviço social, a enfermagem, a psicologia, farmacologia e outras tantas áreas profissionais, bem como a sociedade em geral, se somaram na elaboração de uma nova prática de saúde, uma mudança que permitiu “[...] o desenvolvimento de sistemas de saúde que incluem estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença e que integram a informação sobre os determinantes de saúde” (ALVES; RODRIGUES, 2010, p. 128).

Pensar que a SM é influenciada por elementos sociais e econômicos permite a elaboração de conhecimentos que embasem a formulação e execução de políticas públicas eficazes, eficientes e efetivas, contribuindo com a melhora da saúde da sociedade como um todo. Alves e Rodrigues (2010) listam fatores sociais e econômicos que se destacam com relação à influência sobre a SM, sendo eles: emprego, educação, pobreza, habitação,

¹ Sobre as conquistas históricas da Reforma Antimanicomial, ver: BARBOSA, G.; COSTA, T.G.; MORENO, V. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 45-50, jan. 2012.

urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura, acontecimentos de vida estressantes (ALVES; RODRIGUES, 2010).

A estabilidade laboral e a satisfação no trabalho aparecem bem relacionadas aos índices de saúde e bem-estar. Do mesmo modo, o inverso também se mostra: o desemprego e a insegurança relacionada ao trabalho se relacionam com maiores níveis de adoecimento e mortalidade precoce, a partir da situação de vulnerabilidade em que coloca os sujeitos envolvidos.

A tensão permanente em relação à permanência ou não no vínculo empregatício, situações de abusos de autoridade e diversos tipos de assédios, associam-se à sentimentos de humilhação, baixa autoestima e desespero, que podem ser adoecedores. A precarização dos direitos trabalhistas e a eminência de desemprego, que podem levar à situações de vulnerabilidade e a dificuldade em acessar bens essenciais, tem elevado as taxas de ansiedade, depressão e suicídio da classe trabalhadora (FRIED *et al.*, 2010; WHO, 2008).

Com altos custos sociais,

[...] o desemprego tem sido a maior questão político-econômica do mundo desde as últimas décadas do século XX. O desemprego estrutural, causado pelas novas formas de organização do trabalho e da produção - com a introdução de novas tecnologias como a robótica e a informática - afetou tanto os países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento. Nos países latino-americanos, o desemprego estrutural veio acompanhado de um desemprego conjuntural, consequência da crise econômica que acometeu o continente (URANI, 1995 *apud* LUDERMIR, 2008, p. 455).

Ludermir traz também que

Aliados à depressão, subsistem nas cidades a ansiedade e sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, definidos por Goldberg e Huxley (1992) como Transtornos Mentais Comuns (TMC)” (LIDERMIR, 2008, p. 452).

Utilizaremos a conceituação acima ao abordar os prejuízos à SM mais recorrentes. Ao refletirmos sobre educação como determinante de SM, podemos identificar que o nível educacional tem apresentado uma proporção inversa ao grau de ocorrência de TMC. Estudos têm demonstrado que quanto maior o nível educacional, menor a incidência de TMC (PATEL; KLEINMAN, 2003). Uma das possíveis explicações para esse fenômeno é de que o acesso à educação de nível superior proporciona a possibilidade de melhores condições de trabalho e sustento, melhores condições de habitação e maior inclusão social.

Um baixo nível educacional pode indicar nível socioeconômico (NSE) baixo. Alves e Rodrigues (2010) ressaltam a existência de estudos que indicam uma interpretação diversa à essa, pois há pesquisas que trazem como resultados a relação entre nível de rendimento e TMC mais relevante do que entre estas e o baixo nível educacional. No entanto, é bastante crível o baixo nível educacional se refletir em falta de conhecimento e acesso à políticas públicas e dificuldade em acessar os cuidados à SM (ARAYA *et al.*, 2003).

Ludermir associa o acesso escolar ao NSE quando diz que “O acesso à escola reflete as circunstâncias sociais e materiais do início da vida, que são reproduzidas de uma geração para outra, a classe de origem determina o comportamento dos pais e influencia a permanência dos/das filhos(as) na escola (RUTTER; MADGE, 1976 *apud* LUDERMIR, 2008, p. 454) e afirma que

O sistema educacional brasileiro aprofunda as desigualdades de renda no país e a evasão escolar está diretamente relacionada à atratividade do mercado de trabalho para crianças e adolescentes oriundas de famílias pobres. Estima-se que, entre 2005 e 2006, 400 mil menores do Semi-árido deixaram de freqüentar a escola pela necessidade precoce de trabalhar (ADITAL, 2008 *apud* LUDERMIR, p. 455, 2008).

Com relação aos determinantes de SM, a pobreza, palavra aqui utilizada que “[...] pode ser entendida como a falta de meios (sejam eles sociais, econômicos, educacionais).” (ALVES; RODRIGUES, 2010, p. 128), apresenta definições que divergem a depender do/da autor(a). Escolhemos para este estudo a ideia de que “[...] traduz-se por um baixo nível socioeconômico, privação, más condições de habitação, desemprego, baixa escolarização e baixa coesão familiar²” (ALVES; RODRIGUES, 2010, p. 129). Os elementos compreendidos nessa ideia também influenciam diretamente no nível de SM, ao constituírem-se como fatores de risco.

A relação entre SM e pobreza é complexa, polêmica e amplamente discutida. Nós a trataremos como multicausal e multidirecional. Quando nos referimos especialmente à TMC como ansiedade e depressão, entendemos que o baixo NSE é um fator de risco importante. A pobreza condiciona inclusive o acesso a serviços de saúde, especializados em SM ou mesmo os de saúde primária.

Quando analisamos as condições socioeconômicas da população brasileira, é preciso lembrar que a recente flexibilização das relações trabalhistas modificou a força de trabalho, na

² Para mais sobre baixa coesão familiar, ler: SARACENO, B.; BARBUI, C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry*, 1997.

medida em que, não se é possível estabelecer a divisão clássica entre empregados(as) e desempregados(as) (VIRTANEN *et al.*, 2003 *apud* LUDERMIR, 2008). Importante considerar que na América Latina, a força de trabalho que supera as de capacidade de produção são compostas de, majoritariamente, trabalhadores informais, cujo trabalho é realizado à margem das normativas (SINGER, 1983; URANI, 1995 *apud* LUDERMIR, 2008).

Deste modo, é possível afirmar que: “No Brasil, muitos trabalhadores formais que perderam seus empregos abandonaram o mercado de trabalho para se lançarem como autônomos no mercado de bens e serviços” (URANI, 1995 *apud* LUDERMIR, 2008, p.455). Desse modo, muitos trabalhadores “optaram” pelo trabalho informal visto que tinham o mínimo de garantia de uma remuneração. Ressalta-se que não se sabe, com exatidão, o impacto psicológico desse trabalho informal para o trabalhador (GUIMARÃES NETO; SOUZA, 1984; OLIVEIRA; ROBERTS, 1996).

O “abandono” do mercado formal de trabalho nem sempre é uma opção voluntária, muitas vezes se mostra na realidade concreta como uma das possíveis estratégias de sobrevivência, que embora possa trazer elementos mínimos para subsistência, também pode trazer instabilidade financeira e ausência de direitos trabalhistas que assegurem à classe trabalhadora o direito à férias remuneradas e afastamento em caso de adoecimento, por exemplo. Assim, é possível pensar que há um aumento no risco de dano à SM, como também maiores dificuldades de buscar acompanhamento médico.

[...] os desempregados têm pior saúde mental quando comparados aos que estão trabalhando A saúde mental preexistente é um fator importante na determinação dos que conseguem e mantêm os seus empregos - “*the healthy worker effect*” entretanto, estudos longitudinais de indivíduos saudáveis que vivenciaram o desemprego confirmam seus efeitos adversos, revertidos com a recuperação da saúde mental quando da volta ao emprego (LUDERMIR, 2008, p. 456).

Habitação e urbanização são itens que promovem um grande impacto sobre as condições de SM da classe trabalhadora do qual fazem parte uma considerável parcela dos/das discentes de ensino superior no Brasil³. Habitação digna e de qualidade oferta abrigo e proteção, física e psíquica. A qualidade de moradia é intrinsecamente relacionada com o nível econômico, pessoas sem abrigo ou em subcondições estão mais expostas a diversos tipos de adoecimento, entre eles o mental.

³ Para estatísticas nacionais de renda dos/das estudantes, ver: ANDIFES. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES – 2018**. Uberlândia: ANDIFES, 2019.

No Brasil, a industrialização, a urbanização acelerada e a expansão capitalista no campo desencadearam uma intensa migração interna, trazendo para as grandes cidades milhares de famílias à procura de emprego e melhores condições de vida. Quanto mais a sociedade apregoa a emancipação, sublinhando a igualdade de todos perante a lei, mais se acentuam as diferenças e, em muitos casos, o local do migrante na estrutura social urbana está predeterminado por sua prévia posição de classe (LUDEMIR, 2008, p. 453).

A urbanização que vem assumindo ritmo crescente no Brasil, aumenta o risco de TMC por reproduzir um ambiente de constante fatores de estresse como: poluição sonora, superpopulação, meios de transporte lotados, maiores índices de violência, insuficiência no atendimento das instituições públicas às grandes demandas populacionais de bens essenciais, além do estímulo a hábitos de vida menos saudáveis (como alimentação à base *fast foods* e baixo consumo de produtos orgânicos) (LUDERMIR, 2008).

Outro importante elemento social trazido por Alves e Rodrigues (2010, p. 2019) que acreditamos exercer influência sobre a SM é a discriminação sexual e violência de gênero, que coloca a população LGBTQI+ e especialmente as mulheres em risco de acometimento de TCM, pois

[...] o gênero tem influência sobre muitos dos determinantes da SM, nomeadamente a posição socioeconômica, o acesso a recursos, papéis sociais e status. Nos países menos desenvolvidos, estes aspectos são mais proeminentes, associando-se frequentemente a situações de abuso e violência conjugal, pouca autonomia, dificuldade no acesso à educação, o que por sua vez e repercute de forma negativa a nível da SM (maior risco de depressão, a ansiedade e suicídio) e também física (somatização, queixas ginecológicas) (ALVEZ; RODRIGUES, 2010, p. 2019).

As TMC atingem o dobro de mulheres, em comparação aos homens. Estudos mostram que há uma relação entre os impactos psicológicos à saúde mental de mulheres submetidas a informalidade laboral (SANTANA *et al.*, 1997; LUDERMIR; LEWIS, 2005). “A prevalência de TMC entre as trabalhadoras informais (54,4%) foi maior que a encontrada entre as desempregadas (45,2%)” (LUDERMIR; LEWIS, 2005 *apud* LUDERMIR, 2008, p. 457).

Os autores apresentam fatores biológicos, psicológicos e sociais que podem explicar essa prevalência aumentada. Fatores hormonais são levados em consideração, mas há uma relevância nos fatores psicológicos e sociais, devido a jornada tripla que as mulheres acabam por desempenhar devido às exigências do sistema patriarcal em que estamos inseridos, violência doméstica e sexual, dentre outras, trazendo com frequência prejuízos à SM.

As violências de gênero se manifestam de diversas formas, fazendo com que as mulheres sejam as que mais são acometidas por TMC e as que mais buscam serviços de atendimento, de um modo geral. Uma pesquisa realizada no Brasil

[...] com mulheres de 15 anos ou mais, mostrou que 43% declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida, sendo que um terço relatou alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica (VENTURI; RECAMAN; OLIVEIRA, 2004, p. 220).

A pesquisa acima ainda traz como resultado que os principais agressores são os companheiros atuais ou ex-companheiros, e que as agressões são variadas, dentre elas: 88% são tapas e empurrões e 79% tratam de relações sexuais forçadas (VENTURI; RECAMAN; OLIVEIRA, 2004). Segundo dados da WHO, no relatório *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women*, a violência física por parceiro íntimo, ao menos uma vez na vida, tem uma prevalência de 27,2% na cidade de São Paulo e de 33,7% para a Zona da Mata pernambucana.

Essas violências geram consequências psicológicas e físicas, podendo ser cumulativas e persistentes. Surgem como resultado de “[...] relações estabelecidas entre classes e gêneros, caracterizadas pela opressão e subordinação de um grupo por outro (LUDERMIR, 2008, p. 461)”.

Experiências precoces/ambiente familiar referem-se à circunstâncias que acometem os genitores e por consequência podem aumentar a ocorrência de TMC em seus/suas filhos(as), a partir de alterações no desenvolvimento neurobiológico, por exemplo. Uso de álcool e drogas pelos pais e depressão materna, podem impactar negativamente e a longo prazo na saúde dos/das filhos(as), podendo gerar um ciclo vicioso de adoecimento que demanda intervenção para seu rompimento. Um ambiente digno e seguro de habitação também inclui a existência de relações familiares afetivas e estáveis, para favorecer um desenvolvimento psicológico e intelectual normal e saudável (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Essa relação entre um ambiente permeado de situações de vulnerabilidades e violências e a SM atinge de modo especial determinados grupos sociais, entre eles a população LGBTQIA+ que “[...] sofreram, e ainda sofrem, um grave processo de exclusão social ao longo da história das sociedades contemporâneas. Uma das consequências desse fato é a piora do estado de saúde mental desses grupos” (BORDIANO *et al.*, 2021, p. 1).

A população LGBTQIA+, historicamente marginalizada, enfrenta preconceito (LGBTQIA+fobia) que se relaciona em falta de proteção familiar e institucional. Não podemos ignorar os altos índices de homicídios por LGTBQIA+fobia no Brasil (MENDES;

SILVA, 2020), “[...] sendo as pessoas transsexuais, transgêneros e travestis alvos preferenciais deste tipo de violência, seguidos das lésbicas e então dos homens gays” (PINTO *et al.*, 2020 *apud* BORDIANO *et al.*, 2021, p. 1)

Rejeição familiar, *bullying*, baixa escolaridade, poucas oportunidades de empregos formais que assegurem direitos trabalhistas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, são elementos que se somam e podem proporcionar uma fragilização na SM desses sujeitos. (BORDIANO *et al.*, 2021)

Exclusão social e estigma estão relacionados ao desemprego, à discriminação, à estigmatização social e racismo, circunstâncias intimamente ligadas e que geram diversas vulnerabilidades, aumentando risco de doenças mentais e morte prematura. O racismo e as consequências violentas geradas a partir dele comprometem o acesso da população negra, indígena, cigana, emigrante, pessoas institucionalizadas e pessoas em situação de rua, a bens essenciais como os já amplamente citados aqui. O impacto dessas privações de cidadania coloca essas populações em maior situação de vulnerabilidade para o comprometimento da SM (ALVES; RODRIGUES, 2010, p. 130).

A cultura tanto impacta na saúde mental, como na própria conceituação que será adotada. Afeta os hábitos dos sujeitos e em como eles lidarão com a iniciativa de buscar ajuda, visto que

[...] a cultura pode ainda predispor, precipitar ou perpetuar DM através da geração de tipos de personalidade vulneráveis, criando papéis *stressantes*, promovendo interações familiares patológicas, através dos processos de aculturação, reforçando determinados comportamentos desajustados através da sua aprovação ou sancionando comportamento mais adaptativos, ou ainda estabelecendo práticas não saudáveis e padrões rígidos de comportamento. (ALVES; RODRIGUES, 2010, p. 130).

Desse modo, a cultura tanto impacta na saúde mental do indivíduo, como também o molda, podendo determinar posturas que o farão influenciar a SM dos sujeitos com os quais ele se relaciona socialmente.

Acontecimentos de vida estressantes são expressos a partir de situações de catástrofes naturais e/ou conflitos. Situações de guerra, doenças crônicas ou lesões incapacitantes por exemplo se enquadram em vivências traumatizantes que impactam negativamente na SM, aumentando o risco de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e suicídio (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Conhecer esses determinantes nos ajuda a perceber que a questão de SM não é apenas biológica e individual. Os determinantes também são sociais e coletivos, justificando a

inserção de estratégias de SM em Políticas Públicas de Saúde, juntamente com outras políticas, como as de Educação, Renda, Habitação e Moradia, e também as voltadas para questões de gênero, raça e direitos humanos.

2.2 SAÚDE COMO DIREITO

A visão integradora sobre saúde trouxe uma nova análise sobre a saúde mental, como sendo não mais algo a ser tratado com práticas que retiram o indivíduo da convivência em sociedade. As pessoas em situação de adoecimento ou perturbação mental devem continuar a serem tratados como sujeitos de direitos. Portanto, falaremos inicialmente de saúde e saúde mental como direito assegurado legalmente.

Se faz necessário abordar essa perspectiva pois o direito à saúde garantido constitucionalmente é uma conquista recente. Resultado da ocorrência da Assembleia Nacional Constituinte, na atual versão da Constituição Federal (CF) Brasileira, datada de 1988, temos que “[...] a saúde é um direito fundamental social (art. 6º, CF/88) e que, para a sua implementação, devem ser promovidas políticas públicas” (CARVALHO, 2003, p. 16)

Com o fim da Segunda Guerra Mundial e a reflexão sobre as violências realizadas então contra à humanidade, houve uma movimentação significativa em prol da busca pela garantia de direitos humanos. Movimentação esta iniciada pela Organização das Nações Unidas (ONU), quando incentiva a criação de órgãos especiais para garantir direitos essenciais da humanidade, como a saúde.

A ONU estabelece que

Art. XXV. Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, p. 2).

Mundialmente, cresce a tendência a afirmar constitucionalmente saúde como direito humano básico. Vê-se que

A Constituição Italiana (1947) "protege a saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade e garante tratamento gratuito aos indigentes" (art. 32). A Constituição Portuguesa (1976, e posteriores revisões) garante que "todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover" (art. 64). Por fim, a Constituição Espanhola (com o referendo do povo em 1978) "reconhece o direito à proteção da saúde"⁴. As

⁴ Informações sobre as Constituições europeias extraídas de DALLARI, S.G. op. cit. p. 22.

quatro constituições evocadas relacionaram o direito à saúde à seguridade social⁵ (CARVALHO, 2003, p. 23).

No Brasil, a CF de 1824 não menciona expressamente o direito à saúde, ainda que tenhamos histórico de problemas de saúde públicos, tais como epidemias de diversas doenças infectocontagiosas e parasitoses. Registra-se a prevalência do modelo hegemônico de saúde da época, o sanitarismo campanhista⁶.

A visão de saúde como resultado de uma integralidade de elementos da vida social, que exige a articulação de promoção, prevenção e tratamento aliados à garantia de elementos como educação, renda, moradia, entre outros capazes de influenciar na qualidade da saúde, é posta pela primeira vez em CF no ano de 1988. Associa-se essa visão com o Estado, representando oficial e legalmente como responsabilidade da União zelar pelos seus/suas cidadãos(ãs), pois “O que se quer é o completo bem-estar físico, mental e social do povo⁷, derivado de políticas públicas e reconhecido como um direito universal e igualitário⁸.” (CARVALHO, 2003, p. 16)

Com a promulgação da CF/88, estabelece-se o Sistema Único de Saúde (SUS), definido pelo art. 49, da Lei n. 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), como o “[...] conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos, sem a exclusão da iniciativa privada.” (CARVALHO, 2003, p. 17). Importante conquista da sociedade organizada, se torna referência em universalidade do direito à saúde sem distinções e restrições.

A LOS de 1990, que “[...] dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, regula as ações e serviços de saúde no Brasil e demonstra em seu conteúdo a relação entre saúde e seus determinantes, alinhada à concepção de conceito amplo de saúde da OMS, onde para que haja saúde se faz necessário equilíbrio entre bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

O SUS, sistema integral, descentralizado e com participação social que

Incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, a saber: O conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação entre políticas econômicas e sociais. A saúde como direito social universal, derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito

⁵ SILVA, J.A. op. cit. p. 299.

⁶ WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. op. cit. p. 21-22.

⁷ Conceito amplo da saúde, como foi estabelecido pela Organização Mundial de Saúde no preâmbulo de sua Constituição (1946): “Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e outros agravos” e ratificado nacionalmente pela Lei Orgânica da Saúde.

⁸ DALLARI, S.G. **Os Estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 30

previdenciário. A caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública. Criação de um Sistema Único de Saúde (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendido integral e participação da comunidade). Integração da saúde na Seguridade Social (CARVALHO, 2003, p. 24-25).

O sistema é denominado único porque suas diretrizes e princípios devem ser seguidos pelas três esferas governamentais: municípios, estados e União. Tem como seus princípios norteadores a universalidade, equidade e integralidade. Em termos de sua organização, rege-se pelos princípios da regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização e participação dos cidadãos⁹.

Para alcançar as metas de promoção, proteção e recuperação, o SUS

[...] por meio de sua direção em cada esfera governamental (secretários de saúde, estaduais e municipais, e ministro da saúde), deverá promover as políticas públicas necessárias, com determinada autonomia, até para destinar recursos a programas de saúde específicos (CARVALHO, 2003, p. 25).

Sobre destinação de recursos para políticas públicas, Carvalho aborda que

O orçamento é construído de acordo com as vontades políticas do momento, que podem ou tender para o social ou para a satisfação de interesses econômicos. Esse, sim, que é o grande dilema. Os inúmeros fatores condicionadores dos direitos sociais (situação econômica do país, grau de realização da cidadania, elaboração de políticas públicas etc.), atrelados ao contexto histórico-social, devem ser orquestrados para que, positivamente, possa-se realizar as mudanças necessárias no cenário da efetivação dos direitos (CARVALHO, 2003, p. 21).

O direito à saúde é direito social fundamental, junto à educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados¹⁰, sendo, portanto, dever indeclinável do Estado ofertar condições de saúde a todos(as) os/as brasileiros(as), pois “[...] a Constituição não é um simples ideário; é a conversão de anseios e aspirações em regras impositivas, em comandos” (CARVALHO, 2003, p. 19).

Ainda que assegurado legalmente, o acesso à esse direito fundamental por vezes é dificultado ou impossibilitado e esbarra em diversos desafios para sua efetivação. A omissão do Estado em prestar os serviços ligados ao direito à saúde é constatada em diversos estudos e ações judiciais (CARVALHO, 2003). A implementação dos direitos sociais na realidade concreta passa por questões orçamentárias e de interesse político e econômico.

⁹ WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E.S. (Orgs.), op. cit. p. 35-38.

¹⁰ Capítulo II – Dos Direitos Sociais. Art. 6º da CF/88

Desse modo, faz-se necessário uma aproximação sobre elaboração, execução de políticas públicas que se relacionem com a temática. Acreditamos assim nos apropriar sobre a discussão dos desafios à concretização do direito à saúde.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL

As políticas públicas de saúde e SM se iniciam nos anos 80 no Brasil, como resultado de uma abertura de uma construção social organizada e democrática.

Reformas foram sendo iniciadas pontualmente como respostas às violações dos direitos humanos que podiam ser encontradas dentro dos hospitais psiquiátricos da época, objetivando melhora nas condições de vida dos/das internos(as) e promoção de um processo de desinstitucionalização. Serviram de ponto de partida para a construção de uma política nacional de saúde mental, inspirada em demais movimentos de mudança realizados em outros países, principalmente Itália e outros países europeus (ALMEIDA, 2019).

No Brasil, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) ganha destaque no movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, apresentando críticas ao hospitalocentrismo, demandando melhores condições de trabalho da equipe profissional e tratamento digno e de qualidade aos/às usuários(as) dos serviços, além de se posicionar contrário à privatização da assistência psiquiátrica (BORGES; BAPTISTA, 2008).

O MTSM segue construindo uma trajetória política e científica, defendendo a necessidade de “[...] desconstrução da instituição manicômio, entendida como todo aparato disciplinar, institucional, ideológico, técnico, jurídico etc., que lhe confere sustentação [...]” (BORGES; BAPTISTA, 2008, p. 456). A defesa por uma sociedade sem manicômios é apresentada na I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) e alcança novos espaços de diálogo em busca de uma nova responsabilização do Estado perante à SM.

Em 1991 a Coordenação Nacional de Saúde Mental e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) organizaram um encontro com intuito de elaborar um documento referência para a política que deveria ser adotada no Brasil¹¹, voltando-se para a descentralização como eixo norteador e buscando estratégias para superar a baixa qualidade de atendimento e altos custos financeiros e sociais que o modelo centrado em hospitais psiquiátricos traziam (BORGES; BAPTISTA, 2008).

¹¹ KALIL, M.E.X. **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

O encontro deu apoio ao projeto de lei nº 3.657/89 do Dep. Paulo Delgado, que trazia como indicativo a necessidade de separação entre internação e interdição civil, abrindo também a possibilidade dos/das pacientes terem participação atuante na condução de seu tratamento e busca por uma vida ativa (BORGES; BAPTISTA, 2008).

[...] foi marcado pela articulação das propostas Basaglianas com os princípios da *Declaração de Caracas*, que pede a retirada do hospital de seu papel hegemônico, a reestruturação da assistência ligada ao atendimento em nível primário, o respeito aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, a formação de recursos humanos voltada para o atendimento comunitário e a revisão da legislação dos países (BORGES; BAPTISTA, 2009, p. 458).

Esse processo de elaboração de políticas públicas e sua execução enfrentou e enfrenta diversos obstáculos. A Lei de Saúde Mental, por exemplo, levou cerca de 12 anos desde sua proposição até aprovação. Ainda assim, iniciamos destacando sua importância por ser um marco legal que propôs a substituição do modelo de tratamento voltado exclusivamente para o hospital psiquiátrico. Traz um novo sistema de serviços, com participação da comunidade e defesa aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais (ALMEIDA, 2019).

Sua importância se intensifica e se amplia com o tempo. A partir dela, novas possibilidades são postas como objetivos concretos, pois

[...] à medida que foi se fortalecendo, foi também se estendendo a outros objetivos – por exemplo, a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas (ALMEIDA, 2019, p. 1).

A Política de Saúde Mental (PSM) no Brasil foi sendo desenvolvida junto à criação do SUS, juntamente à descentralização da administração da saúde e à mobilização profissional e social. Sobre a mobilização ocorrida, destacamos que

A participação de todos os setores da sociedade foi outra característica importante da reforma brasileira. Houve conferências nacionais de saúde mental com milhares de participantes, incluindo profissionais, usuários e famílias, que tiveram um papel fundamental no desenvolvimento da política de saúde mental. Também devem ser citados os ativistas sociais e culturais, que foram frequentemente aliados decisivos, além da participação dos usuários, que foi incentivada (ALMEIDA, 2019, p. 2).

Apesar da inovadora participação social nessa discussão, a PSM também provocou posicionamentos contrários, ligados à setores tradicionais e conservadores (ALMEIDA, 2019). Entretanto, muitos de seus princípios viriam a ser reconhecidos mundialmente como referência aos direitos das pessoas com transtornos mentais (BRITO; VENTURA, 2012).

Desde sua aprovação em 2001 até 2014, a PSM foi responsável por uma redução de 53.962 leitos em hospitais psiquiátricos para 25.988¹². Essa redução de leitos já vinha acontecendo ao longo da década anterior, com o fechamento de diversos hospitais denunciados por violações dos direitos humanos. Foi um processo planejado e progressivo, à medida que os leitos eram encerrados, iniciava-se o processo de implementação de serviços para atender essas demandas, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A diminuição de leitos não é sinônimo da diminuição de atendimentos. O CAPS surge como um espaço institucional voltado para atendimento psicossocial com capacidade de realizar atendimento individual, grupal, visitas domiciliares, atendimento às famílias dos/das pacientes e atividades que tenham como propósito integrar os/as usuários(as) do serviço à comunidade e buscar sua inserção familiar e social.

A portaria nº 336/2002 regulamenta os CAPS, a equipe de recursos humanos que a compõem e as responsabilidades que têm a cumprir. São classificados em CAPS I, II, III, a depender da quantidade de habitantes da região, o CAPS ad II, que atende pacientes com transtornos mentais relacionados ao uso abuso de álcool e substâncias psicoativas, e um serviço de atenção psicossocial voltado para crianças e adolescentes, o CAPS i II.

Possuem capacidade operacional variando a depender da região e número de habitantes, bem como se destinando a públicos diferentes. O CAPS I e o CAPS i II funcionam nos dias úteis, das 08 às 18 horas. Os CAPS II e o ad II, podem funcionar nesse mesmo horário, com a possibilidade de atender em um terceiro turno, até às 21 horas. O CAPS III, previsto para territórios com mais de 200.000 habitantes, é um serviço de atenção contínua, aberto 24 horas, todos os dias da semana. A assistência oferecida inclui alimentação, medicação e acolhimento de até 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Contemplam atendimentos intensivos, semi-intensivos e não-intensivos, assim descritos:

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da

¹² Fundação Oswaldo Cruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental**: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º (BRASIL, 2002, p. 1).

A equipe profissional varia a depender da classificação do serviço, podendo contar com psicólogos(as), assistentes sociais, enfermeiros(as), terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos(as), pedagogos(as) e/ou outros(as) profissionais necessários(as) ao projeto terapêutico.

Além do atendimento direto ao/à usuário(a) e sua família, as ações abrangem, dentre outros aspectos, a supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental que estejam em seu território, numa perspectiva de integralidade. Desenvolvem ações intersetoriais também com as áreas de assistência social, educação e justiça.

Recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) contribuíram para expansão da rede de atendimento através de custeio da implantação de novas unidades e custeio de programas de formação/capacitação dos/das profissionais de atendimento (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Serviços residenciais terapêuticos também surgiram como um recurso para substituir os serviços de longa permanência, ao lado de programas como o Volta para Casa, criado por lei nacional em 2003. Almeida (2019) traz que

Dentro desse programa, um apoio financeiro poderia ser oferecido a pacientes desinstitucionalizados, que tivessem estado internados ininterruptamente durante pelo menos um ano. Além desse apoio, a esses pacientes foi também assegurado o acesso a um programa de gerenciamento de casos fornecido pelos CAPS de sua área residencial, incluindo cuidados e apoio na resolução de problemas de documentação civil. Em 2003, 206 pacientes haviam sido incluídos no programa. Em 2014, o número havia aumentado para 4.349 pacientes (ALMEIDA, 2019, p. 3).

É possível constatar os serviços prestados como política pública, com expansão de território atendido e público alcançado, incluindo a regulamentação voltada para deficiência mental e autismo, formando-se uma rede de cuidado em saúde mental com um modelo assistencial não centrado apenas na cura, mas em cuidado. Um cuidado que não é mais apenas médico, mas também social.

Todo esse processo de planejamento e transição passa por uma questão orçamentária. Recursos financeiros realocados da rede hospitalar para serviços comunitários permitiram que a desinstitucionalização fosse acontecendo para a população usuária.

[...] no período em questão, o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%, possibilitando assim o financiamento dos serviços substitutivos na comunidade, que se tornou quinze vezes maior do que no período anterior. Avanços substanciais também foram feitos em relação ao atendimento de crianças e adolescentes, na assistência a dependentes de álcool e substâncias, bem como na aprovação de uma agenda relacionada aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais (ALMEIDA, 2019, p. 3).

O autor traz alguns dos desafios que a implementação da política tem enfrentado, diante de um recurso orçamentário insuficiente. Ainda que estudos avaliadores apontem para o correto direcionamento do financiamento para os serviços comunitários, o valor ainda está aquém do necessário para uma implementação plena de diversos elementos propostos pela reforma (ALMEIDA, 2019). A insuficiência de financiamento público influi na

[...] ampliação do acesso e integração da saúde mental com a atenção primária, o desenvolvimento de respostas de internação de agudos no hospital geral e a articulação entre os vários componentes do sistema (ALMEIDA, 2019, p. 4).

As autoras Borges e Baptista (2009) analisam as construções de políticas públicas de SM e as organizam em quatro momentos: *germinativo*, *de latência*, *de retomada* e *de expansão*. Em seu artigo, destacam um elemento tão importante quanto a questão orçamentária, que a influencia e é influenciado por ela: o perfil técnico e político dos Coordenadores de Saúde Mental e do Ministro da Saúde.

Até 2008, contava-se com sujeitos aliados à reforma psiquiátrica, alguns inclusive militantes de movimentos sociais e ligados à partidos que atendiam, até determinado ponto, demandas sociais. Desse modo, ainda que não tenha sido processo linear, manteve-se uma legitimidade dos princípios da Reforma.

No entanto, na contramão dos paulatinos ganhos sociais referentes à SM no Brasil, temos a emissão de notas técnicas recentes que indicam retrocessos em alguns aspectos.

A criação de Unidades Psiquiátricas Especializadas em hospitais gerais e Unidades Ambulatoriais Especializadas também prescinde de reflexões, frente aos princípios norteadores que vão de conflito aos construídos com a Reforma Psiquiátrica. Ainda que seja um serviço que possa desempenhar um atendimento importante dentro de sistema de SM, não possui uma ligação com território nem se vincula com a rede que interliga dispositivos como os CAPS e outros, caracterizando uma desfragmentação do sistema e um atendimento descontínuo junto ao/à usuário(a) (ALMEIDA, 2019).

Para Almeida (2019), essas estratégias

[...] revelam, no fundo, uma ênfase nas abordagens institucionais e uma subalternização sistemática das abordagens integradas com base na comunidade. Esses pontos são totalmente discordantes do propósito, repetidamente manifesto na Nota Técnica, de passar a basear em evidências científicas todas as ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento (ALMEIDA, 2019, p. 5).

A nota é um reflexo do desinteresse governamental em políticas públicas e serviços de SM que tenham suporte em evidências científicas e voltadas para a promoção, prevenção e tratamento de transtornos mentais, se aproximando de posturas já ultrapassadas, como a construção de política pública de saúde estritamente clínica (ALMEIDA, 2019).

Ressaltamos a importância do processo de desinstitucionalização iniciado mundialmente e a necessidade de consolidação da rede integrada e territorial dos serviços comunitários, com um orçamento que não esteja sujeito às mudanças governamentais, e sim às necessidades da sociedade. Destacamos a importância da defesa de políticas públicas centradas nas demandas prioritárias dos/das usuários(as) dos serviços, aliada à conhecimento científico atualizado e alinhado com os direitos humanos.

2.4 RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E ENSINO SUPERIOR

Ao pensar na qualidade do processo de ensino-aprendizagem, é possível indicar a saúde mental como elemento de importância. Os estudos sobre a SM do/da estudante universitário(a) têm crescido e apontado alguns caminhos para prevenção e remediação dos fatores causadores de adoecimento, relacionando sua importância à permanência do/da discente no ensino superior.

O ingresso em universidades públicas brasileiras traz em si o início de um processo adaptativo, onde os/as estudantes têm que lidar com mudanças significativas e complexas, almejando aproveitar a oportunidade de se desenvolver intelectualmente e pessoalmente, com fim de garantir formação e qualificação profissional, bem como a oportunidade de trabalho em sua área.

Encontramos na história recente do Brasil uma considerável expansão do ensino superior público, a partir da ampliação das importantes políticas de cotas¹³ e de programas como o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). Essas políticas e programas, somados a outros como Programa de

¹³ Para mais sobre essa expansão: SILVA, A.; MARTINS, T. O Reuni no contexto de expansão das universidades federais de 2003 a 2012. A Gestão do Conhecimento e os Novos Modelos de Universidade. *Anais...* XIV Colóquio Internacional de Gestão Universitária – CIGU. Florianópolis, 2014.

Financiamento Estudantil (FIES) e Programa Universidade para Todos (PROUNI), voltados para facilitar ingresso de estudantes em universidades privadas, contribuíram para o aumento da competitividade em busca de vagas em Instituições de Ensino Superior (IES).

Ainda que estes programas e políticas tenham objetivos sociais, políticos e econômicos distintos, com impactos sociais diversos, um item que pode ser apontado como resultado comum delas é, de fato, a ampliação de número de estudantes no ensino superior. No período 2003-2017 registrou-se um crescimento de 260% (FONAPRACE, 2019). A qualidade desse acesso e as condições de permanência e conclusão são elementos de ampla discussão, porém tomando como referência o crescimento do número de discentes universitários(as), podemos refletir que a universidade se tornou elemento presente no cotidiano de muitas famílias.

Vinícius Rennó Castro (2017) vê nessa inserção no ensino superior um momento de desafios pois “Trata-se de um marco na vida desse indivíduo, que acessa um universo acadêmico repleto de normas, metodologias, grupos e pessoas desconhecidas. Essa nova realidade educacional cria a necessidade do estudante de desenvolver um perfil universitário” (CASTRO, 2017, p. 381). Esse processo de ambientação pode ser permeado de idealizações, ansiedade, conflitos e angústias. O autor traz como referência um estudo realizado por Mercuri e Polydoro (2004) onde “Constatou-se que a adaptação dos alunos é caracterizada por um desejo de mudanças e crença nas capacidades pessoais, e a dedicação aos estudos é associada a características como persistência, organização e independência” (POLYDORO; MERCURI, 2004 *apud* CASTRO, 2017).

Para muitas famílias advindas da classe trabalhadora, esse contexto possibilitou pela primeira vez o ingresso de seus/suas filhos(a) à universidade. Altas expectativas e competitividade atreladas à processos seletivos, presentes antes e depois da entrada no ensino superior, revelam que “[...] essa expansão do ensino superior se deu mais pela democratização do acesso do que pela democratização do sucesso” (CASTRO, 2017, p. 382).

O/a estudante é colocado como sujeito ativo no processo de aprendizagem, sendo responsabilizado(a) quase que unicamente por seu desempenho, embora existam determinantes externos a eles/elas que podem interferir nos níveis de autonomia, habilidades, motivações, desempenho acadêmico que lhes serão exigidos.

Castro (2017) aponta que

[...]a experiência acadêmica pode se constituir como um desafio que se apresenta para o estudante, podendo influenciar no seu relacionamento interpessoal com outros alunos, professores, e demais pessoas que

participam da instituição; na sua autonomia e criação de padrões de autoavaliação durante a sua formação; na capacidade de lidar e participar do meio universitário, criando ou escolhendo ambientes adequados às suas características psíquicas; no propósito de vida, estabelecendo seus objetivos vocacionais e profissionais e por último, no crescimento pessoal, aprimorando seus conhecimentos, abrindo-se para novas experiências e enfrentando desafios (CASTRO, 2017, p. 381).

Em um estudo português, os autores Costa e Leal (2008) destacam que a mudança é um fator recorrente na humanidade, “[...] mas se associada com experiências perturbadoras, resultam em efeitos adversos sobre a saúde física e psicológica. Um evento que pode ser avaliado como ameaçador é a transição e adaptação à universidade” (COSTA; LEAL, 2008, p. 213).

Existem fatores que podem causar impactos nessa relação entre a universidade e o/a discente universitário(a) ingressante, bem como em sua SM. O modo como esses fatores afetam o público discente difere, podendo

[...] variar consoante a história de desenvolvimento, as capacidades e as características pessoais dos alunos. Se percebido como muito elevado, pode provocar respostas de inibição ou de desadaptação, gerando problemas a nível das actividades académicas, pessoais e sociais, e a nível do desenvolvimento vocacional do estudante. Se percebido como relativamente pequeno, pode suscitar, por exemplo, sentimentos de segurança, de continuidade, de estabilidade, pouco favoráveis ao próprio desenvolvimento em face do nível mínimo de confronto e de exigência adaptativa que colocam ao estudante (COSTA; LEAL, 2008, p. 213).

Esses fatores passam por questões de percepção de identidade com o curso escolhido, pressões acadêmicas e de rendimento, experiências discriminatórias, entre outras (CASTRO, 2017).

É preciso considerar que alguns/algumas passam a morar longe da família, há também aquelas(as) que não tiveram possibilidade de cursar um ensino médio com qualidade, sendo a própria transição ensino médio-superior um processo de ruptura e desafio.

Há, para uma parte dos/das discentes, a necessidade de conciliar a vivência universitária com o trabalho em busca de renda para sua subsistência e de sua família, impactando na quantidade e qualidade de tempo disponível para estudos e atividades extracurriculares.

Sobre o perfil dos/das discentes universitários(as), Castro (2017) constatou que

De acordo com uma pesquisa realizada pelo Fórum de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis sobre o perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais brasileiras de ensino superior, dentre 939.604 estudantes, 31,14% (292.576) citaram que a carga

excessiva de trabalhos estudantis interfere significativamente na vida de discente ou no contexto acadêmico e 21,85% (205.275) citaram a dificuldade com a adaptação a novas situações como dificuldade que também interfere. (FONAPRACE, 2014 *apud* CASTRO, 2017, p. 382).

O FONAPRACE realiza levantamentos, desde 1996, juntamente à Associação Nacional de Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), com o intuito de construir um perfil socioeconômico e cultural dos/das discentes de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES).

É um importante diagnóstico que pode e deve contribuir para um conhecimento mais detalhado sobre a realidade social dos/das universitários(as), pré-requisito para elaboração, acompanhamento, gestão e avaliação de políticas públicas, principalmente as estudantis. Têm revelado mudanças no perfil socioeconômico e cultural dos/das graduandos(as) e “Evidenciou um cenário particular, com inúmeros indicadores comprobatórios de que o ensino superior federal havia se tornado mais acessível, popular e inclusivo”, ainda que distante de um ideal de oportunidades sociais justas (FONAPRACE, 2019, p. 19).

Desse modo, têm-se que a universidade ganha uma centralidade na vida do/da estudante, mediando muitas relações humanas em que ele(a) estará inserido(a) e sendo capaz de criar uma dinâmica que contempla distintos significados e valores (CASTRO, 2017).

A instituição “[...] torna-se um instrumento de regulação e equilíbrio da personalidade do indivíduo, entretanto, ocorrem limitações da instituição em oferecer segurança, gratificação, desenvolvimento eficiente da personalidade e possibilidade de reparação.” (BLEGER, 2003 *apud* CASTRO, 2017). Essa centralidade na vida do/da estudante demanda que ela promova uma vivência acadêmica atrelada a um desenvolvimento social, afetivo e pessoal, além do intelectual e profissional.

É estabelecida uma questão de identidade entre a universidade e o/a universitário(a), o/a qual se torna uma parte interessada e integrante (CASTRO, 2017). Qualquer lacuna que possa vir a surgir, afetando essa identidade, pode se tornar um determinante de SM.

Castro (2017) também ressalta que esse determinante, bem como outros citados ao longo desse trabalho, pode vir a influenciar especialmente discentes em fase final de graduação, pois é neste período que se intensificam as demandas de mercado de trabalho, com expectativas que podem não ser atendidas de imediato, intensificando o potencial de consequências sociais e psicológicas. Em pesquisa realizada por Silveira *et al.* (2016), observou-se que “Dentre uma amostra de 188 estudantes, 62,2% e 20,2% apontaram a expectativa para o mercado de trabalho quando formar como razoável e ruim, respectivamente” (SILVEIRA *et al.*, 2016 *apud* CASTRO, 2017, p. 383).

É detectado um distanciamento entre as aspirações profissionais projetadas desde antes da entrada no ensino superior, e a realidade posta, com oportunidades e obstáculos encontrados. O impacto pode afetar a identidade individual, bem como sua subsistência e de sua família. As IES possuem, portanto, reponsabilidade em conhecer o perfil de seus/suas discentes e prestar acompanhamento e assistência, uma vez que são ações contribuintes para qualidade de vida e desempenho acadêmico e social.

Considerando que o acesso à universidade pode causar esse impacto, sendo esta um espaço que reúne um conjunto de determinantes de SM, cabe a reflexão sobre como a temática está sendo discutida dentro do espaço institucional e que ações estão sendo realizadas para atender essa demanda.

3 A DISCUSSÃO DE SAÚDE MENTAL NA UFRN

3.1 AS ESTRATÉGIAS DA UNIVERSIDADE PARA ATENDER ÀS DEMANDAS

A UFRN acolhe a questão da saúde mental de seus/suas discentes como um aspecto inerente ao processo de ensino-aprendizagem. Desse modo, trata a demanda como fator de permanência estudantil.

O Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), executado pelo Ministério da Educação, tem como finalidade ampliar as condições de permanência dos/das estudantes dentro da educação superior pública federal, devendo ser implementado de forma articulada entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão.

São objetivos do PNAES:

I – democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal; II - minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência e conclusão da educação superior; III - reduzir as taxas de retenção e evasão; e IV - contribuir para a promoção da inclusão social pela educação (BRASIL, 2017, p. 2).

As ações devem ser desenvolvidas em diversas áreas, entre elas: moradia estudantil, alimentação, transporte, inclusão digital, cultura, esporte, apoio pedagógico e saúde. São tidas como ações de assistência estudantil aquelas que tenham como objetivo contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico, igualar oportunidades e prevenir situações de retenção e evasão.

A partir do decreto nº 7.234/10 têm-se então a saúde como elemento de promoção de educação de qualidade. É o PNAES responsável por financiar o atendimento e cuidado à SM aos/às discentes de universidades federais como a UFRN. Através dos recursos encaminhados por ele é que são executadas as práticas de atendimento e cuidado à SM do corpo estudantil.

Em 2019, foi instituída a Comissão de Saúde Mental (CSM) na Universidade, com objetivo de elaborar e apresentar diretrizes para proposta de implementação da Política de Saúde Mental de discentes, docentes e servidores da Instituição. A necessidade de implantar uma comissão veio do aumento de afastamento de trabalho de servidores e estudantes, em função de questões de saúde mental (CSM, 2020).

Em um ano de atividades, a comissão abriu espaço para o diálogo com a comunidade acadêmica, a fim de elaborar em conjunto as diretrizes e ações e caracterizar a realidade institucional e relacioná-la com a SM dos/das servidores e discentes. Realizou dois fóruns de

SM e atividades itinerantes, além de criarem um canal de comunicação direta com o público almejado através de e-mail institucional.

Entre julho de 2019 a março de 2020, 40 e-mails foram recebidos, 35% deles emitidos por estudantes de graduação e pós-graduação da UFRN, em sua maior parte contendo relatos de pedidos de ajuda e informações sobre os serviços de SM dentro da universidade.

Em relatório divulgado ao final da ação da comissão, constam relatos encaminhados até ela, tornados públicos zelando pelo sigilo e pela ética. É possível constatar que muitos apontam a universidade como impactante em sua SM.

Segundo relatório, discentes reportam que

- b) “Tive 2 episódios depressivos ao longo do ano. E também várias tentativas suicidas... Dentre tantos motivos que me levaram à depressão estão problemas pessoais, mas com certeza o meio acadêmico foi o grande vilão. A carga horária excessiva sem nenhum suporte de descanso, as cobranças excessivas e a falta de empatia dos professores, para mim, é o que vem adoecendo os estudantes” (aluna de graduação)
- c) “Acredito que por falta de atenção e cuidado com a vida universitária a equipe da Universidade deveria me dá suporte não me deu e fui jubilado” (aluno graduação) (CSM, 2020, p. 8).

Em uma ação realizada durante o mês de setembro, a CSM criou espaços de comunicação em locais estratégicos da Universidade, considerando o potencial de atingir maior número de pessoas. Murais foram criados e traziam o seguinte questionamento: “O que a UFRN pode fazer pela sua saúde mental?”. O espaço para resposta era público, anônimo e espontâneo.

As respostas obtidas continham, de um modo geral, opiniões e sugestões sobre a relação discente-docente, relatos de alta quantidade de atividades avaliativas em um pequeno período de tempo, solicitação de flexibilização de exigências acadêmicas e proposição de espaço físico destinado ao descanso dos discentes.

Importante notar que

Os estudantes foram os que mais participaram e enfatizaram a necessidade de “humanização dos professores”, alegaram sofrer “terrorismo psicológico feito pelos docentes”, solicitaram que “não aplicassem provas que prejudiquem propositalmente os alunos” e que não os pressionassem tanto com “as atividades acadêmicas com demandas irreais”. Acrescentaram a importância em “melhorar a metodologia”, a “realização de orientação pela assistente social” e “ampliação dos projetos de ajuda do SEPA, maior divulgação dos mesmos e atenção às minorias que tem sua rotina marcada pela opressão” (CSM, 2020, p. 15).

Em ação realizada durante Semana de Avaliação e Planejamento do Centro de Ensino Superior do Seridó (CERES), Campus Currais Novos e Caicó, a CSM dialogou com docentes e ouviu algumas de suas preocupações. Relatos sobre a ausência de psicólogo no quadro técnico do CERES, a percepção de dificuldades socioeconômicas dos/das discentes e a sensação de impotência diante delas se fizeram presentes, além de terem de lidar com um recente caso de suicídio de um discente e o impacto causado nos demais.

A CSM destaca

[...] a fala de uma professora a qual pontuou que após o sistema de cotas sobressaiu o racismo nas UFs e que a universidade precisa promover discussões sobre racismo e homofobia. A professora também já identificou, entre seus discentes, situações de abuso sexual sofrido na infância ou adolescência. Outra fala preocupante foi a de um professor que afirmou que o problema do suicídio era naturalizado na região do Seridó, pois era visto pela população como um problema do indivíduo (CSM, 2020, p. 18).

Durante a Semana de Avaliação e Planejamento do Centro de Ciências Exatas e da Terra (CCET), docentes demandaram perante a Comissão que a temática de SM fosse discutida junto aos/às discentes desde sua inserção na IES, pelos cursos ou por seus Centros.

Em ocasião da realização do Fórum de Saúde Mental, participaram 42 técnicos-administrativos, 8 docentes e 13 discentes. Tiveram a oportunidade de discutir e apresentar propostas de diretrizes para elaboração da política de SM da universidade.

Discentes abordaram a

[...] necessidade de mais apoio aos estudantes; sabe-se que há serviços de apoio, mas não são suficientes; mediante a consulta de existir recursos, sugestão de criação de núcleos de atendimentos em cada centro; criação de políticas pensando no conjunto “UFRN”; criação de políticas juntos aos docentes; existência de formação continuada para os professores; alegraram que existe uma “soberania docente” e que nada é feito quando os estudantes se sentem incompreendidos e injustiçados; apontaram a opção de fazer um levantamento para saber quanto à possibilidade de prestação de serviços pelos psicólogos formados todos os anos pela UFRN, com custos mais acessíveis para a comunidade discente (CSM, 2020, p. 26).

Diante disso, buscamos conhecer melhor os serviços que se propõem a atender às demandas de atendimento/acompanhamento psicológico, a fim de se aproximar da prática cotidiana frente às solicitações, conhecendo os desafios enfrentados e as estratégias de ação.

3.2 CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DOS SERVIÇOS DA UFRN

Pensando na saúde mental dos/das discentes como elemento importante dentro do processo de acesso-permanência estudantil, a UFRN tem implementado alguns setores voltados diretamente para atendimento dessa demanda.

O mapeamento dessas ações nos revela alguns setores que apresentaremos brevemente, sendo eles: a Divisão de Atenção à Saúde do Estudante (DASE), a Divisão de Assistência Social e Ações de Permanência (DASAP), o Núcleo de Apoio ao Discente (NADIS) e o Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA).

A DASE e a DASAP têm desenvolvido trabalho em conjunto. Seus serviços presenciais costumavam ser realizados na Central de Atendimento ao Discente (CADIS), sendo este um local físico criado pela Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PROAE). Com a ocorrência pandemia, seus atendimentos foram adaptados para o formato remoto.

A DASE tem como competências

- I – coordenar as ações de assistência à saúde da Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis;
- II – propor ações dentro da política de assistência estudantil, para a prevenção e promoção da saúde e do bem-estar do estudante prioritário;
- III – mapear e propor a formação de redes de atendimento com instituições de saúde e atenção psicossocial;
- IV – elaborar relatório anual das atividades realizadas a ser encaminhado à Pró-Reitoria, assim como contribuir com a consolidação de dados e informações a respeito da atenção à saúde dos estudantes;
- V – elaborar, propor e realizar de acordo com a política de assistência estudantil, ações integradas com outras Pró-Reitorias e/ou espaços institucionais para a promoção de saúde e bem-estar do estudante;
- VI - ofertar atendimentos médicos, odontológicos, psicológicos e de orientações de estudo, abertos à comunidade acadêmica interna prioritária;
- VII – orientar e/ou realizar os encaminhamentos necessários à rede de saúde pública, para os casos que não forem contemplados pela assistência disponível por esta coordenadoria;
- VIII - acolher e orientar docentes e familiares a respeito de como lidar com os estudantes que vivenciam alguma forma de sofrimento psíquico e/ou distúrbios emocionais, bem como dificuldades acadêmicas que possam surgir no Ensino Superior;
- IX - diagnosticar e planejar programas no âmbito da saúde, promovendo ações, como palestras, oficinas e intervenções voltadas para a atenção à saúde do estudante;
- X - realizar estudos, pesquisas e avaliar os processos psicossociais de indivíduos, grupos e instituições com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação;
- XI - contribuir para a integração dos novos estudantes, inserção e adaptação dos mesmos à universidade e trabalhar questões pertinentes à experiência nas residências universitárias;
- XII – realizar, em situações específicas, escuta e intervenção interdisciplinar em conjunto com o Serviço Social;
- XIII - mediar conflitos entre os estudantes e os agentes educativos, buscando alternativas à resolução dos problemas;

XIV – participar, quando necessário, de visitas realizadas pela equipe técnica da PROAE aos residentes universitários e aos estudantes em suas residências;

XV - desenvolver e realizar projetos com ações preventivas de apoio aos estudantes, buscando favorecer a aquisição de estratégias e hábitos de estudo adequados às exigências atuais acadêmicas e de preparação profissional.¹⁴

É proposto um atendimento de acolhimento psicológico em formato de plantão, ou seja, emergencial, pontual. Vemos também que, além do atendimento de plantões psicológicos, ofertam orientação vocacional e de estudo, com a realização de encaminhamentos a depender de cada caso, articulando com a rede externa à Universidade.

Para o alcance dos objetivos postos, são ofertadas “[...] bolsas e auxílios como a vaga na residência universitária, auxílio moradia, auxílio alimentação, auxílio creche, auxílio transporte, auxílio atleta, auxílio óculos, auxílio instrumental acadêmico, bolsa de apoio técnico e administrativo, bolsa acessibilidade” (CSM, 2020, p. 39).

A Diretoria de Assistência Estudantil (DAE) é órgão supervisor ao qual então subordinados a DASE, a DASAP e Divisão de Gestão das Residências Universitárias (DGRU). Dentre suas atribuições:

I – Propor ao Pró-Reitor mecanismos para a promoção de ações afirmativas e de permanência para os alunos de condições socioeconômicas desfavoráveis; II – observar os critérios de seleção de alunos considerados prioritários, de acordo com a legislação vigente; III – acompanhar o desempenho acadêmico dos alunos beneficiados com a assistência estudantil; IV – supervisionar as demais ações de assistência e atividade estudantil desenvolvidas pela Pró-Reitoria.¹⁵

O NADIS é um programa desenvolvido pelo Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) que desenvolve ações voltadas para os/as discentes de graduação e pós-graduação dos cursos integrantes desse Centro, sendo eles: Administração, Biblioteconomia, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Direito, Serviço Social e Turismo. Surgiu a partir de identificação de um alto índice de trancamento e desistência, e tem como norteador o planejamento e execução de atividades para diminuir esses índices. Realiza ações de planejamentos dos estudos, acompanhamento do rendimento acadêmico, reorientação profissional e mentoria, capacitações dos/das docentes.

¹⁴ Informações obtidas através de contato direto com a PROAE.

¹⁵ Informações obtidas através de contato direto com a PROAE.

Recebeu como demanda espontânea trazidas pelos(as) discentes a necessidade de aconselhamento psicológico, reforçada também por pautas levantadas pelos Centros Acadêmicos. A saúde mental surgiu como um elemento que influencia na permanência no ensino superior, e desde então o Núcleo vem traçando estratégias para atender a essa demanda. Hoje essa é uma das principais ações realizadas.

O SEPA é um Serviço-Escola ligado ao Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes (CCHLA) e tem como público-alvo os/as discentes da UFRN e a comunidade externa também. Apresenta dois principais objetivos:

- (1) Servir de campo de formação profissional em Psicologia, por meio de atividades de ensino, projetos de pesquisa e ações de extensão.
- (2) Prestar atendimentos nas áreas de atuação psicológica, à comunidade em geral, às unidades da administração pública e às organizações sem fins lucrativos, priorizando a população de baixa renda e/ou em vulnerabilidade social (UFRN, 2021, s/p).

Realiza diversas atividades que aliam Ensino, Pesquisa e Extensão, tanto propostas pelo próprio SEPA como em parceria, com público-alvo que abrange discentes, docentes, técnicos da UFRN, bem como a comunidade em geral, com ampla faixa etária.

Os principais serviços ofertados são: acolhimento/triagem, psicoterapia, plantão psicológico e grupos terapêuticos. No período de janeiro a abril de 2021, referente ao semestre 2020.2, recebeu 3.593 inscrições para triagem da psicoterapia, número maior do que a possibilidade de atendimento contínuo que a equipe apresenta. Existe uma lista de espera formada pós-triagem, que recebe encaminhamentos para busca de atendimento em outros serviços, ou a informação de aguardar a possibilidade de atendimento no semestre seguinte.

Entre janeiro e junho de 2021, passaram pela triagem 176 usuários(as), 52,84% são discentes da UFRN, tanto de graduação quanto de pós-graduação. Demais usuários(as) são da comunidade externa à universidade e servidores da instituição. Não foram registrados atendimentos à equipe de profissionais terceirizada que atendem à UFRN nesse período.

O plantão psicológico atendeu 52 universitários(as) no mesmo período, com possibilidades de um a quatro encontros. A psicoterapia foi ofertada para 58 estudantes da universidade, com acompanhamentos prestados por estagiários(as) do curso de psicologia da própria instituição, de modo semanal e remoto.

A CMS realizou investigação sobre as principais demandas e necessidades encontradas em setores da UFRN. Sobre o SEPA, detectou que as queixas principais trazidas pelos(as) usuários(as) são indicativos de ansiedade, depressão, dificuldades acadêmicas e de relacionamento.

Sinaliza-se a importância de conhecer os setores existentes, as demandas que recebem e as estratégias de atendimento para que a comunidade usuária tenha acesso às informações sobre o fluxo de serviços internos à universidade. Entendemos que os setores encontram diversos limites, muitos dos quais são derivados da alta demanda diante da insuficiente quantidade de espaços de atendimento à SM.

3.3 IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E AÇÕES TRAÇADAS

No contexto da pandemia de COVID-19 que vivemos mundialmente desde começo de 2020, diversos aspectos da vida cotidiana se alteraram. O foco desde então tem sido conhecer o vírus, como se dá o contágio e como lidar com as consequências severas que ele ocasiona. Os profissionais de saúde, cientistas e líderes mundiais predominantemente voltaram seus esforços para entender os mecanismos envolvidos e propor medidas para prevenir, conter e tratar a doença.

A prioridade em saúde tende a ser o combate ao novo coronavírus, responsável por um alto potencial de contágio e incidência exponencial (ORNELL *et al.*, 2020), causando um número de mortes alarmante. No Brasil, segundo painel desenvolvido para ser o veículo oficial de comunicação sobre a situação epidemiológica da COVID-19 no Brasil, há registro de 20.457.897 casos confirmados, com 571.662 óbitos em decorrência do coronavírus, dados atualizados pelo Ministério da Saúde. Famílias que perderem seus entes queridos, sua fonte de renda, insuficiência de leitos disponíveis e vacinação tardia compuseram um quadro de insegurança em diversos aspectos da vida.

Sobre o cenário de insegurança vivido na pandemia, Ornell *et al.* (2020) abordam que

Informações dúbias ou mesmo falsas sobre fatores relacionados à transmissão do vírus, o período de incubação, seu alcance geográfico, o número de infectados e a taxa de mortalidade real levaram à insegurança e ao medo na população (ORNELL *et al.*, 2020, p. 2).

Destaca-se que a situação acima pode ter sido exacerbada em decorrência da lacuna nas medidas de controle e a ausência de terapêutica medicamentosa eficaz; tais fatos apresentam um potencial alto de repercussões psíquicas (MALTA; RIMOIN; STRATHDEE, 2020; PEERI *et al.*, 2020).

Nessas situações, as implicações psicológicas e psiquiátricas secundárias ao fenômeno, tanto no nível individual quanto no coletivo, tendem a ser subestimadas e negligenciadas, gerando lacunas nas estratégias de

enfrentamento e aumentando a carga de doenças associadas (ORNEL *et al.*, 2020, p. 2).

Ressalta-se que situações como de epidemias e pandemias afetam a SM em maior número do que as próprias infecções, trazendo implicações para a SM que costumam durar por mais tempo (REARDON, 2015). Além disso, importa salientar que costumam “[...] ter maior prevalência que a própria epidemia e que os impactos psicossociais e econômicos podem ser incalculáveis se considerarmos sua ressonância em diferentes contextos” (SHIGEMURA *et al.*, 2015 *apud* ORNEL *et al.*, 2020, p. 2).

Diante disso, identificamos a importância em serviços que atendam à essa demanda, com o desenvolvimento de estratégias específicas para esse momento atípico. Ornell *et al.* (2020) pontuam que

Além de um medo concreto da morte, a pandemia do COVID-19 tem implicações para outras esferas: organização familiar, fechamento de escolas, empresas e locais públicos, mudanças nas rotinas de trabalho, isolamento, levando a sentimentos de desamparo e abandono. Além disso, pode aumentar a insegurança devido às repercussões econômicas e sociais dessa tragédia em larga escala (ORNEL *et al.*, 2020, p. 3).

O cuidado com a SM se faz necessário durante e após o período pandêmico, através de

Profissionais de saúde mental, como psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais, [que] devem estar na linha de frente e desempenhar um papel de liderança nas equipes de planejamento e gerenciamento de emergências. Protocolos de assistência, como os utilizados em situações de desastre, devem cobrir áreas relevantes para a saúde mental individual e coletiva da população (TUCCI *et al.*, 2017 *apud* ORNEL *et al.*, 2020, p. 4).

Buscamos diálogo com os setores da UFRN já citados, com o intuito de conhecer os atendimentos prestados, a rede de articulação com outros serviços, tanto internos quanto externos à Universidade, bem como identificar possíveis ações traçadas especialmente para o período de pandemia e as especificidades que ele apresenta. Tínhamos interesse em acessar o perfil sociodemográfico dos/das usuários de cada setor, para um mapeamento do público atendido.

Justamente em decorrência da pandemia e suspensão das atividades presenciais da instituição com o intuito de realização do distanciamento social e diminuição do contágio do coronavírus, todo o contato se dá temporariamente de forma remota, via e-mail ou telefone. Deste modo, por vezes é possível enfrentar dificuldades em estabelecer uma comunicação. Não foi possível estabelecer diálogo com DASE, DEAE e PROAE.

Em entrevista remota com a direção do SEPA, dialogamos sobre a temática da saúde mental no contexto da pandemia. O SEPA nos afirmou que não identificou alteração em suas demandas de atendimento como uma consequência direta da pandemia. Desse modo, não houve um planejamento de ações que se adequassem ao contexto pandêmico, com exceção dos atendimentos terem passado do modo presencial para o modo remoto.

Diante da dificuldade de comunicação contínua com os demais setores contatados, não foi possível elaborar um panorama geral de atendimentos específicos do período pandêmico, apesar de identificarmos a necessidade de atendimento voltado para o contexto atual e as consequências à SM que ele pode causar.

Dessa forma, compreendemos ser importante ações integradas contínuas e/ou pontuais, preventivas e curativas entre os diversos serviços ofertados pela Universidade, que priorize e zele pela SM de seus/suas discentes.

3.4 PERFIL DOS/DAS DISCENTES UNIVERSITÁRIOS(AS) USUÁRIOS(AS) DE SERVIÇOS E POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Temos então, com base no exposto, um conjunto de elementos subjetivos e objetivos que se colocam como fatores de risco para o bem-estar e SM do/da estudante universitário(a). A pesquisa desenvolvida por Castro (2017) teve como um dos seus métodos a aplicação de questionários como instrumentos investigativos, tendo como resultado dados sobre estresse, depressão, ansiedade e *burnout*, trazendo uma contribuição interessante para o estudo da temática, que possa revelar elementos da realidade concreta dos/das discentes.

O autor afirma que

É evidente a vulnerabilidade que a população universitária se encontra desde o ingresso na universidade, sua trajetória acadêmica e formação do futuro profissional. Todas as fases da graduação e suas relações podem se configurar como processos criadores ou patogênicos para o estudante, afetando o mesmo em nível educativo, social e psicológico (CASTRO, 2017, p. 394).

Somando-se à essa análise, têm-se autores como Nogueira e Sequeira (2017) que corroboram essa perspectiva. Em pesquisa realizada em Portugal, com 560 jovens universitários(as) entre 18 e 24 anos, constatou-se diferenças significativas de níveis de SM entre participantes dos gêneros masculinos e femininos, com resultado apontando que os participantes do gênero masculino tendem a apresentar melhor SM (NOGUEIRA; SEQUEIRA, 2017).

Os resultados obtidos mostraram que os/as participantes do estudo possuíam majoritariamente NSE baixo, apontando que aqueles(as) que tinham alto NSE apresentavam melhor SM. (NOGUEIRA; SEQUEIRA, 2017)

Um elemento de destaque foi a relação negativa e significativa entre sono e SM. Observou-se que “Os valores médios de saúde mental aumentam com o aumento do número de horas dormidas, sendo que o valor mais robusto se verifica com a subescala da ansiedade [...]” (NOGUEIRA; SEQUEIRA, 2017, p. 53). Também se encontrou uma relação inversamente proporcional entre quem apresenta a prática constante de exercício físico e a qualidade de SM (NOGUEIRA; SEQUEIRA, 2017).

Importante refletir sobre os/as discentes que tem baixo NSE e precisam gerir trabalho, estudo, responsabilidades domésticas e familiares. Privação de sono, falta de tempo/condições financeiras para prática de exercícios regulares, estão entre algumas das consequências que comprovadamente impactam sobre a qualidade de SM dos sujeitos.

Silveira *et al.* (2011) listam fatores de estresse em estudantes de Ensino Superior, com base em pesquisa realizada sobre atendimentos do setor de Psiquiatria dos Estudantes Universitários do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, em Portugal. Revelam que, “[...] as perturbações mentais têm maior hipótese de surgir pela primeira vez no início da vida adulta, principalmente no período universitário” (CASTRO *et al.*, 2011, p. 248). O estudo identificou que 47,8% dos/das estudantes já apresentavam patologia prévia à entrada no ensino superior.

Mesmo sendo uma faixa etária que tem potencial de necessidade de acompanhamento psicológico, a porcentagem que procura ajuda se mostrou pequena. Dentre os motivos que inibem a busca por auxílio psicológico e/ou psiquiátrico, estão

[...] nomeadamente a falta de tempo, a preocupação com a privacidade, o estigma associado e o medo da discriminação, a ausência da percepção da necessidade de tratamento e negação da gravidade do problema, bem como o desconhecimento em relação aos serviços de saúde mental disponíveis (COOK, 2007 *apud* SILVEIRA *et al.*, 2011, p. 248).

Dentre os fatores de *stress* pesquisados e listados, os/as discentes reportaram a existência de

[...] problemas familiares (conflitos, doença, morte, problemas financeiros); dificuldades de relacionamento com os pares; problemas financeiros; ansiedade relacionada com exames; insatisfação com o curso /desejo de mudança de curso; rotura afectiva recente; isolamento social /viver sozinho/afastamento da família; mau rendimento académico; dificuldade de

adaptação ao volume de trabalho da faculdade (SILVEIRA *et al.*, 2011, p. 251).

Percebeu-se uma ligação entre cursos ligados à área de saúde e maiores níveis de estresse, Silveira *et al.* (2011) associam esse quadro à fatores como pressão e competitividade, demanda por manutenção de bons resultados e sobrecarga de conteúdos acadêmicos.

Também se percebeu que, os/as estudantes que buscavam o serviço de atendimento eram, em maior parte, provenientes do primeiro e último período de seus cursos, períodos que podem ser tidos como de transição, de saída ou de entrada do ensino superior.

Com relação à faixa de renda dos/das discentes, em 2014/2015 66,2% viviam com renda *per capita* de até 1,5 salário-mínimo, sendo que 32% viviam com até meio salário (FONAPRACE, 2019).

Em se tratando da UFRN, a CSM constatou que “[...] os Centros de Ciências Exatas e da Terra (CCET), Ciências da Saúde (CCS) e Ciências Sociais (CS) lideraram o quantitativo de discentes que buscaram atendimento no setor ao longo de 2018” (CSM, 2020, p. 40). O Curso de Ciência e Tecnologia representou, neste ano, 12,36% do total de usuários(as) que buscaram atendimento junto à PROAE, seguidos pelos(as) discentes dos cursos de Tecnologia da Informação, Farmácia, Psicologia e Nutrição (CSM, 2020).

Entendemos que há uma necessidade de conhecer o perfil de estudantes que buscam esse tipo de serviço para embasar estratégias que se adequem. Analisar a faixa etária, raça, crença, renda, gênero e sexualidade é parte do processo de planejamento, execução e avaliação de proposição de projetos, programas e políticas.

Buscamos acessar essas informações junto aos setores caracterizados nessa pesquisa e também com a CSM, sem sucesso. Quando há a coleta desses dados, são registrados no prontuário individual de atendimento, documento que é sigiloso. Não encontramos a elaboração de relatórios que sistematizem essas informações quantitativas, apesar de acreditarmos na importância desse tipo de coleta, percebendo que a ausência dela dificulta que a UFRN conheça seu público e atenda suas demandas.

Desse modo, encontramos um conjunto de elementos que se colocam na realidade concreta e podem influenciar no modo como esses serviços são acessados pelos(as) discentes. Nos propomos a analisar as possibilidades e estratégias já realizadas e ainda necessárias, para maior garantia do direito à saúde.

3.5 LIMITES E POSSIBILIDADES

A partir da análise da universidade enquanto espaço institucional que ocupa uma centralidade na vida dos/das discentes, encontramos elementos com potencial de influenciar na SM, tanto no seu agravo, como na sua reparação. Tomando mais uma vez a SM como item essencial ao processo ensino-aprendizagem, se faz necessário que esse debate esteja cada vez mais presente dentro e fora do espaço institucional.

Identificamos que a UFRN possui setores específicos para atender a demanda de SM, com serviços voltados para plantões psicológicos, grupos terapêuticos, eventos, oficinas, e, em menor quantidade, acompanhamento psicológico. São ações importantes, mas focalizadas, voltadas principalmente para situações críticas, que por vezes desconsideram a prevenção, priorizando o tratamento.

Castro (2017) reforça que “As instituições devem reavaliar suas políticas de saúde mental para garantir medidas de intervenção e prevenção específicas que tratem mentalmente os alunos antes de se formarem” (CASTRO, 2017, p. 386).

O autor ainda mostra a importância dessa pauta, pois

[...] sabe-se que os estudantes assumem posição importante frente aos investimentos sociais do país, reforçando a necessidade de novos estudos e pesquisas em saúde mental e prevalência de sintomas psicopatológicos entre estudantes de ensino superior (CASTRO, 2017, p. 386).

Entendemos a relevância da saúde mental para os/as discentes adquirirem uma experiência completa no ensino superior e reconhecemos a importância dos serviços de atendimento psicológico, seja na forma de plantões, oficinas ou acompanhamento terapêutico. Contudo, observamos uma capacidade de atendimento aquém da necessidade real. Os serviços ainda se apresentam em quantidade insuficiente, além de serem em boa parte pontuais e voltados para tratamento, sendo escassas as estratégias de prevenção e diagnóstico precoce.

Observamos uma precária articulação entre os setores. Nos plantões psicológicos, por exemplo, que permitem uma média de 1 a 4 atendimentos por usuário(a), quando há a identificação de necessidade de acompanhamento que não seja ofertado pelo setor, o padrão é encaminhar o/a discente para rede externa à universidade ou para serviços psicológicos particulares que cobram “valor social”, sendo este um serviço com preço que tende a ser mais baixo do que o padrão de mercado, porém ainda sendo um serviço privado que dificulta o acesso.

Um questionamento que é recorrente nas falas colocadas perante a CSM é referente ao horário e vagas de atendimento dos serviços. Nenhum dos setores está disponível à noite, deixando todo um turno sem possibilidade de acessar os serviços enquanto está no espaço da

universidade. Os atendimentos diurnos e vespertinos predominantemente acontecem no horário em que as aulas estão acontecendo, fechando para horário de almoço, fazendo com que os/as estudantes tenham que se ausentar da aula e se sujeitem a prejuízos acadêmicos por isso. As vagas, que são poucas, por vezes não são ofertadas para discentes de pós-graduação.

Tendo o conceito ampliado de saúde como elemento norteador, e sabendo da importância da saúde mental dentro do processo de ensino-aprendizagem, fica evidente que políticas e programas voltados para a SM devem estar articuladas com renda, trabalho, moradia, questões raciais, de gênero e sexualidade. Também devem ser serviços de fácil acesso, que se aproximem do corpo estudantil, fomentando sua participação na elaboração e avaliação dos projetos.

Além disso, devem ser articulados com serviços de SM amplos e qualificados já existentes no SUS, realizando encaminhamentos e acompanhamento dos casos.

Há uma necessidade de pensar em estratégias que se voltem para os relatos de carga horária excessiva e a relação discente-docente. Alta exigência acadêmica aliada a situações de abuso pode impactar diretamente na qualidade de SM, a oferta de atendimento psicológico quando os TMC são identificados é importante, mas a prevenção também é, e inclui a demanda por um ambiente estável, acolhedor e construtivo.

Defendemos a criação de uma cultura institucional que priorize a SM de todos, docentes, discentes e profissionais técnicos. Que essa cultura se faça presente nas relações, no planejamento do calendário acadêmico e na vivência cotidiana.

O levantamento das demandas existentes e o atendimento delas exige a participação de diversos agentes, internos e externos à UFRN, se articulando com a questão orçamentária. Em contexto de recrudescimento de investimento público em políticas sociais, através por exemplo da emenda constitucional 95/2016, que limita os gastos públicos por 20 anos, além de outros cortes nas políticas de educação e saúde, vemos o impacto da insuficiência de verba na precarização dos serviços, na insuficiência e suspensão de bolsas de apoio e na qualidade de saúde dos/das discentes.

É preciso buscar a defesa da universidade pública, laica, gratuita e de qualidade, que permita a plena formação de sujeitos e a garantia de seus direitos, com consequências positivas para estes, bem como para suas famílias e a sociedade em geral.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração da pesquisa se mostrou desafiadora. Analisar a questão de saúde mental em um contexto de pandemia mundial que se estende a mais de um ano, momento em que a instabilidade de saúde mental tem sido uma constante na vida de muitos, exigiu a articulação de muitas variáveis.

Luto, isolamento social, precarização das condições práticas de vida, diminuição na renda familiar ao mesmo tempo em que há aumento do custo de vida atingiram e continuam a atingir inúmeras famílias brasileiras. Os/as discentes da UFRN tiveram uma considerável alteração na rotina acadêmica, inicialmente com a suspensão do calendário acadêmico e a necessidade de afastarem-se do espaço institucional, seguida da exigência de adaptar seu ambiente familiar para tentar dar continuidade à sua formação enquanto lidavam com um novo calendário acadêmico encurtado pode ter acarretado consequências para sua SM.

A UFRN tem desenvolvido ações para dar assistência àqueles(as) que precisarem, porém em quantidade aquém do necessário diante da demanda, além de ter focado em atividades emergenciais, pontuais e de tratamento, desconsiderando por vezes a questão da integralidade como princípio de saúde, que zela por uma atenção às diversas esferas da vida dos sujeitos e para além da prática curativa.

Não são todos os Centros que possuem setores voltados para essa demanda. Desse modo, os que existem, se encontram sobrecarregados. Enfrentam dificuldades orçamentárias e lidam com equipe técnica insuficiente.

Destacamos a responsabilidade que as IES têm em tratar a saúde mental de seus/suas discentes como prioridade, mantendo as ações de acolhimento psicológico e as ampliando, ligando-as às ações intersetoriais, articulando assistência, renda, trabalho, condições práticas de estudo, relacionamento interpessoal, entre outras.

Esse é um debate rico para o serviço social. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental evidenciou a importância do debate teórico-prático sobre a articulação de políticas que, conjuntamente, consigam efetivar a Política de SM (BREDOW; DRAVANZ, 2010). Reconhecendo que o conceito de saúde é amplo, não apenas a ausência de doença, apenas o agir médico não tem condições de assegurar saúde, pois “O contexto social, político, econômico e cultural de um país, localidade ou estado é refletido diretamente nos níveis de saúde da população, e, conseqüentemente, no agravamento da questão social” (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 232).

A defesa do direito à saúde deve ser firme e constante, cobrando do Estado a criação de mecanismos que embasem o combate e a erradicação dos fatores que contribuem para o adoecimento. A intersetorialidade entre as políticas sociais é um princípio que deve ser efetivado e fortalecido coletivamente, a fim de construir “[...] com a população, considerando as peculiaridades e potencialidades de cada realidade, ou seja, de cada local, de cada sujeito, visando atender as necessidades encontradas, e ainda valorizar e incentivar a participação da população neste processo” (BREDOW; DRAVANZ, 2010, p. 233).

A pesquisa teve como pretensão ampliar a compreensão sobre a saúde mental dos/das discentes, refletindo sobre a necessidade de políticas e serviços embasados no conceito ampliado de saúde, dialogando sobre políticas além das de atendimento psicológico.

Percebemos que a questão da saúde mental é vista pela universidade como uma problemática, impactando na reprovação e desistência de estudantes e justificando a criação de serviços de atendimento em determinados espaços, mas têm-se visto que os serviços se mostram insuficientes, priorizam acolhimento emergencial e tem capacidade de atendimento limitado.

Para pensar em serviços e políticas que atendam essa demanda, é imprescindível conhecer o público-alvo, envolvê-lo no processo, desde o planejamento até à avaliação. Dado isso, pretendíamos traçar o perfil dos/das discentes usuários(as) dos serviços de saúde mental da instituição, porém esse objetivo foi dificultado, diante da impossibilidade de estabelecer diálogo com os setores e acessar os dados referentes à sua realidade socioeconômica e cultural.

Consideramos importante ressaltar que os dados referentes ao perfil socioeconômico e cultural dos/das usuários(as) dos serviços constam em seus prontuários, que por sua vez é sigiloso. Porém acreditamos que há a necessidade da sistematização desses dados, com a devida socialização das informações, através de relatórios elaborados periodicamente.

Para além da prestação de acolhimento psicológico, é preciso que haja iniciativas para estabelecer dentro do espaço institucional uma cultura que seja transversal, envolvendo servidores técnicos, docentes e discentes, com prevalência do respeito, onde o cuidado com a saúde mental seja estrutural, não pontual e emergencial.

Na busca da garantia do direito à saúde, devemos considerar os sujeitos em sua totalidade, identificar suas necessidades individuais e coletivas, estabelecer articulações com setores como os de trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança alimentar, entre outros que se mostrarem necessários. O Serviço Social desempenha então um papel diferenciado, quando inserido na equipe técnica deve promover na rede uma articulação de direitos sociais.

É fundamental avançarmos em pesquisas que contribuam para que o projeto ético político do Serviço Social se materialize na prática cotidiana, desenvolvendo enfrentamento das violações de direitos. Importante conhecer o perfil socioeconômico dos/das discentes usuários(as) dos serviços de atendimento psicológico, bem como criar e divulgar a Política de Saúde Mental da UFRN para que aqueles que precisem, tenham acesso.

Consideramos fundamental a construção de um fluxo de serviços internos, buscando parcerias entre os que já existem e defendemos a necessidade de criação de outros, visto a demanda constantemente alta.

O cenário de precarização do trabalho e das políticas públicas traz uma série de desafios para a concretização dos direitos sociais dos/das discentes. Aos/às assistentes sociais permanece a necessidade de atuar na defesa da classe trabalhadora.

Através do presente trabalho, esperamos ter contribuído ao debate, buscando aperfeiçoamento teórico para fortalecer o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J.M.C. Políticas de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 327-345, nov. 2019.
- ALVES, A.A.M.; RODRIGUES, N.F.R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, jul. 2010.
- ANDIFES. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES – 2018**. Uberlândia: ANDIFES, 2019.
- ARAYA, R.; *et al.* Education and income: which is more important for mental health? **Journal Epidemiology Community Health**, England, v. 57, n. 7, p. 501-505, 2003.
- BORDIANO, G.; *et al.* COVID-19, vulnerabilidade social e saúde mental das populações LGBTQIA+. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 01-04, abr. 2021.
- BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de lei n.º 8.739, de 2017**. Institui a Política Nacional de Assistência Estudantil - PNAES, vinculada ao Plano Nacional de Educação, estabelece normas para seu funcionamento, e dá outras providências. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, 2017.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. Brasília (DF): Ministério da Educação, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 17 ago. 2021.
- BREDOW, S.G.; DRAVANZ, G.M. Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229-243, dez. 2010.
- CARVALHO, M.S. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 15, jul. 2003.
- CASTRO, V.R. Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. **Revista Gestão em Foco**, v. 1, n. 9, p. 380-401, 2017.
- COOK, L.J. Striving to help college students with mental health issues. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 45, n. 4, p. 40-44, 2007.

- COSTA, E.S.; LEAL, I. Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior: avaliar para intervir. **Anais...** Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Universidade do Porto, 2008. p. 213-216.
- EISENBERG, D.; GOLBERSTEIN, E.; GOLLUST, S. Help-Seeking and Access to Mental Health Care in a University Student Population. **Medical Care**, v. 45, n. 7, p. 594-601, 2007.
- FRIED, L.P.; *et al.* Global health is public health. **Lancet**, v. 375, p. 535-7, 2010.
- GUIMARÃES NETO, L.; SOUZA, A.V. A dinâmica de trabalho urbano no Nordeste. In: CARVALHO, I.M.; HAGUETE, T.M. **Trabalho e condição de vida no Nordeste**. São Paulo: HUCITEC, 1984. p. 14-41.
- LEMOS, P.; ALMEIDA-FILHO, N.; FIRMO, J. COVID-19, desastre do sistema de saúde no presente e tragédia da economia em um futuro bem próximo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 2, n. 4, p. 39-50, 2020.
- LUDERMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451-467, set. 2008.
- LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, Germany**, v. 40, n.8, p.622-627, 2005.
- MALTA, M.; RIMOIN, A.W.; STRATHDEE, S.A. The coronavirus 2019-nCoV epidemic: is hindsight. **EClinical Medicine**, v. 20, 2020.
- NOGUEIRA, M.J.; SEQUEIRA, C. A saúde mental em estudantes do ensino superior: relação com o gênero, nível socioeconômico e os comportamentos de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 1, n. 5, p. 51-56, ago. 2017.
- OLIVEIRA, O.; ROBERTS, B. Urban Development and Social Inequality in Latin America. In: GUGLER, J. **The urban transformation of the developing world**. Great Britain: Oxford University Press, 1996. p. 253-314.
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Women's mental health: an evidence based review**. Geneva: WHO, 2000.
- ORNELL, F.; *et al.* Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 1-7, abr. 2020.
- PATEL, V.; *et al.* Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. **Soc Sci Med**, England, v. 49, n. 11, p.1461-1471, 1999.
- PATEL, V.; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bull World Health Organ**, v. 81, p. 609-15, 2003.
- PEERI, N.C.; *et al.* The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? **Int J Epidemiol**, v. 1, 2020.

- REARDON, S. Ebola's mental-health wounds linger in Africa. **Nature**, v. 519, p. 13-14, 2015.
- SANTANA, V.S.; *et al.* Informal jobs: another occupational hazard for woman's mental health. **Int J Epidemiol**, England, v. 26, n. 6, p. 1236-1242, 1997.
- SHIGEMURA, J.; *et al.* Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. **Psychiatry Clin Neurosci**, v. 8, 2020.
- SILVEIRA, C.; *et al.* Saúde mental em estudantes do ensino superior: experiência da consulta de psiquiatria do centro hospitalar São João. **Acta Médica Portuguesa**, Porto, v. 24, n. 2, p. 247-256, dez. 2011.
- TUCCI, V.; *et al.* The forgotten plague: psychiatric manifestations of ebola, zika, and emerging infectious diseases. **J Glob Infect Dis**, v. 9, p. 151-156, 2017.
- UFRN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Relatório da Comissão de Saúde Mental da UFRN**. Natal (RN): UFRN, 2020.
- UFRN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. **Serviço de Psicologia aplicada**. 2021. Disponível em: <https://cchla.ufrn.br/sepa/>. Acesso em: 28 ago. 2021.
- VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
- WHO. Commission on Social Determinants of Health. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executive summary**. Geneva: World Health Organization, 2008.

APÊNDICE

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Qual são os serviços realizados pelo setor?
- Qual o número total de atendimentos feitos entre janeiro/2019 a dezembro/2020?
- Destes, quantos foram discentes?
- Quantas vagas são ofertadas? Há fila de espera para atendimento?
- Qual o perfil socioeconômico dos/das usuários(as) do setor?
- Há parcerias com outros setores, internos e externos à universidade?
- Quais os encaminhamentos realizados?
- A pandemia causou impactos na quantidade ou forma dos atendimentos? Se sim, quais? Que estratégias foram realizadas para atender essa demanda?