UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

JUCELE GOMES DE SALES

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE NA UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde

Recife
2020

JUCELE GOMES DE SALES

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE NA UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas

Orientador: Prof. Dr. Arthur Leandro A. da Silva

Recife

2020

Catalogação na fonte
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

S163s Sales, Jucele Gomes de.
Saúde mental do estudante na UFPE : um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde / Jucele Gomes de Sales. – 2020.
186 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Arthur Leandro Alves da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Recife, 2020.
Inclui referências e apêndices.

1. Política pública. 2. Saúde mental. 3. Estudantes universitários. 4. Assistência estudantil. 5. Universidade Federal de Pernambuco. I. Silva, Arthur Leandro Alves da (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.) UFPE (BCFCH2020-259)

JUCELE GOMES DE SALES

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE NA UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em: 16/10/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Arthur Leandro Alves da Silva (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof.ª Dra. Mariana Batista da Silva (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof.ª Dra. Marcela Adriana da Silva Lucena (Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco

Aos amores que perdi durante esta caminhada, Edjane Gomes Sampaio e Isabel Jerônimo da Costa, por me constituírem de outra forma desde então.

Aos estudantes da UFPE que tive a oportunidade de acompanhar em sua existência-sofrimento durante os seis anos de atuação como psicóloga nesta instituição, pela confiança em mim depositada e pela possibilidade de crescimento ofertada.

AGRADECIMENTOS

À turma do MPPP, que encheu de cafés, sorrisos, aprendizados e parcerias as minhas sextas e, assim seguem, virtualmente. Em especial Cecília e Leandro, com quem mais compartilhei as atividades; e à Marcela, Jamine e Luisa pelos olhos atentos e carinhosos para este escrito;

Aos queridos do grupo de orientação, por compartilharem comigo o encanto de aprender, para além dos conteúdos acadêmicos. Em especial à Enes e Túlio do coração;

Ao MPPP e aos professores do curso, em especial à Andrea, Dalson, Mariana e Erinaldo pela dedicação e pelo empenho em fazer do curso uma possibilidade de pensar e de construir o novo na UFPE e, aos dois últimos, também, pelo aceite ao convite para compor a banca;

Ao Prof. Dr. Arthur Alves, que orientou meu imaginar e concretizar, respeitando meus (des)caminhos entre a rede e o mar;

À Marcela e Telma, por estarem sempre próximas na minha formação, pela inspiração e pelo aceite ao convite para compor a banca.

Às equipes dos dispositivos investigados, pela disponibilidade e respeito com este estudo;

À equipe do Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE) pela construção diária, nesse fazer desafiador, e pelo apoio em todas as instâncias.

À equipe do Serviço de Apoio à Mulher em situação de violência (SAM – Wilma Lessa), pelo comprometimento com o acolhimento e com os direitos daquelas que cuidamos.

Ao CAPS Espaço LivreMente, por ser meu berço profissional. Espaço de inquietações e transformações que me constituíram como trabalhadora de saúde mental.

Aos familiares, pelo apoio, cuidado, suporte e paciência. Foram tempos difíceis, de desafios e perdas, mas seguimos juntos e firmes;

Às amigas de todo canto, pelo acolhimento, colo, crescimento conjunto, leituras, discussões, puxões de orelha e incentivo. Por acreditarem sempre. Principalmente, as que me ouviram, me leram, me transcreveram, me analisaram, me orientaram nesta escrita;

À Bibiana, minha analista, pela escuta atenta, nesse caminhar (de)vida;

Ao meu irmão, Júnior, por me ensinar a cuidar e pela parceria eterna;

À Mayra Cavalcanti, pelo amor, incentivo, música e dança;

Aos meus pais, Jurinha e Jorginho pelo suor, pela aposta, pelo respeito e pelo amor;

A Deus e Jesus Misericordioso, pelas presenças constantes e pela força.

RESUMO

Este estudo analisou os dispositivos institucionais em saúde mental desenvolvidos na UFPE, no "*Campus* Recife", para os estudantes, articulando-os com as políticas públicas relacionadas – de Assistência Estudantil e de Saúde Mental. Para alcançar este objetivo, foi realizado, previamente, um mapeamento dos dispositivos e de seus elementos fundamentais. A eleição do tema se justifica pelo fato de a integração do indivíduo ao ensino universitário demandar um equilíbrio entre as condições pessoais, características institucionais, sociais e conjunturais. O sofrimento psíquico, nesta fase, pode prejudicar e até mesmo inviabilizar a realização das atividades próprias da vida acadêmica, contribuindo para o aumento da evasão. A atenção dada à saúde neste estudo está em consonância com as discussões recentes do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis, no qual a saúde mental e física do estudante universitário assumiu lugar entre as prioridades nos debates. Apesar dessa importância, o eixo saúde mental ainda não conta com normativas definidas o que pode provocar lacunas e indefinições na implementação das ações. Daí o interesse em analisar sua implementação na UFPE. Para a efetivação desta pesquisa, foi realizado um estudo de caso, de caráter descritivo-exploratório que, além do mapeamento já citado, envolveu entrevistas com os representantes dos dispositivos de saúde mental e análise documental das normativas que amparam o campo estudado. Foi utilizada abordagem qualitativa sobre as informações coletadas, através da análise de conteúdo temático, com suporte do programa ATLAS.ti, que também favorece a análise de alguns dados numéricos das unidades de significado que orientaram a discussão. No mapeamento, identificou-se vinte e sete dispositivos em diversos formatos, vinculações e funcionamentos. Conclui-se que a implementação das atividades e ações do conjunto de dispositivos e a compreensão do sofrimento psíquico na universidade por parte destes apresentam concordância com os conteúdos das políticas estudadas, apesar da ausência de uma normativa local específica, que foi percebida como o principal desafio enfrentado pelo campo. Considera-se que este trabalho pode contribuir para avaliação dos dispositivos investigados e favorecer a expansão do campo, uma vez que possibilitou a exploração do panorama do seu desenvolvimento e identificou algumas necessidades ainda não atendidas.

Palavras-chave: Saúde Mental. Assistência Estudantil. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research analyzed the institutional devices in mental health developed at Federal University of Pernambuco, on the "*Campus* Recife", for students, articulating them with related public policies - Student Assistance and Mental Health. To achieve this objective, a mapping of the devices and their fundamental elements was previously carried out. The choice of the theme is justified by the fact that the integration of human being in university education requires a balance between personal conditions, institutional, social and conjunctural characteristics. Psychic suffering in this phase can harm and even make it impossible to carry out activities typical of academic life, contributing to the increase in dropout rates. The attention given to health in this study is in line with the discussions of the recent National Forum of Pro-Rectors of Community and Student Affairs, in which the mental and physical health of the university student took place among the priorities in the debates. Despite this importance, the mental health axis does not yet have defined regulations, which can cause gaps and uncertainties in the implementation of actions. Therefore, the interest in analyzing its implementation at Federal University of Pernambuco. To accomplish this research, a descriptive-exploratory case study was carried out, which, in addition to the mapping already mentioned, developed interviews with representatives of mental health devices and documentary analysis of the norms that support the field under study. A qualitative approach was used on the information collected, through the analysis of thematic content, supported by the ATLAS.ti program, which also favors the analysis of some numerical data from the units of meaning that guided the discussion. In the mapping, twenty-seven devices were identified in different formats, links and operations. It is concluded that the implementation of the activities and actions of the set of devices, and their understanding of psychological suffering at the university, are in agreement with the contents of the studied policies, despite the absence of a specific local regulation, which was perceived as the main challenge faced by the field. It is considered that this work can contribute to the evaluation of the investigated devices and favor the expansion of the field, since it made it possible to explore the panorama of its development and identified some unmet needs.

Keywords: Mental Health. Student Assistance. Public Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Ciclo de Políticas Públicas	23
Figura 2 –	Esquema Explicação do Problema e Referências Básicas	27
Figura 3 –	Esquema Estruturação de Resultados	27
Figura 4 –	Distribuição das vagas reservadas de acordo com a Lei 12.711/2012	43
Figura 5 –	Distribuição dos Dispositivos por Localização	70
Figura 6 –	Organograma da UFPE	71
Figura 7 –	Distribuição dos dispositivos por área de composição das equipes	78
Figura 8 –	Distribuição dos dispositivos por categoria de composição das equipes	80
Figura 9 –	Linha do Tempo do Surgimento dos dispositivos	83
Figura 10 –	Nuvem de palavras das consequências do sofrimento psíquico	106
Figura 11 –	Magnitudes dos códigos de atuação	128
Figura 12 –	Magnitudes dos códigos de atuação com as causas	128

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Conceitos Básicos do Modelo Lógico	28
Quadro 2 –	Linha do Tempo da Primeira Fase da Assistência Estudantil	30
Quadro 3 –	Linha do Tempo da Segunda Fase da Assistência Estudantil	30
Quadro 4 –	Linha do Tempo da Terceira Fase da Assistência Estudantil	31
Quadro 5 –	Linha do Tempo da Quarta Fase da Assistência Estudantil	32
Quadro 6 –	Áreas Estratégicas do PNAES	33
Quadro 7 –	Respostas possíveis a questão da saúde mental na Universidade	45
Quadro 8 –	Conteúdo analítico das Políticas de Assistência Estudantil	53
Quadro 9 –	Conteúdo analítico das Políticas de Saúde Mental	55
Quadro 10 –	Adaptação do Modelo Lógico	65
Quadro 11 –	Destaques para o Eixo 1 na Adaptação do Modelo Lógico	66
Quadro 12 –	Eixos de Resultados e de Discussão	67
Quadro 13 –	Lista de identificação dos dispositivos em saúde mental	68
Quadro 14 –	Público-alvo dos dispositivos	74
Quadro 15 –	Distribuição dos Dispositivos por Vinculação	75
Quadro 16 –	Dimensões do Sofrimento	95
Quadro 17 –	Magnitudes dos códigos causas	96
Quadro 18 –	Destaque para o 5.2.4 na adaptação do Modelo Lógico	110
Quadro 19 –	Distribuição do quantitativo de ações e atividades (AA) e dispositivos envolvidos (D)	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Assistência Estudantil
AC	Análise de Conteúdo
ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
CEU	Casa do Estudantes Universitário
DA	Diretório Acadêmico
Dpto.	Departamento
et al.	e outro
FONAPRACE	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis
GT	Grupo de Trabalho
HC	Hospital das Clínicas
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, intersexuais, gênero *queer*, assexuais e demais possibilidades
ML	Modelo Lógico
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NASE	Núcleo de Atenção à Saúde do Estudantes
N/NE	Norte/Nordeste
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSF	Open Science Framework
PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil
PROACAD	Pró-reitoria para Assuntos Acadêmicos
PROAES	Pró-reitora para Assuntos Estudantis
PROEXC	Pró-reitora de Extensão e Cultura
PROPESQ	Pró-reitora de Pesquisa
PROGEPE	Pró-reitoria de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida
PROPLAN	Pró-reitoria de Planejamento, Orçamento e Finanças
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TAE	Técnico em Assuntos Educacionais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO.....**	15
2	**OBJETIVOS.....**	20
2.1	OBJETIVO GERAL.....	20
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3	**REFERENCIAL TEÓRICO.....**	21
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS: Ciclo de Políticas - Implementação e o Modelo Lógico como ferramenta.....	21
3.2	CONHECENDO AS SEMENTES: Políticas Públicas relacionadas ao campo da Saúde Mental do Estudante Universitário.....	29
3.2.1	**Programa de Assistência Estudantil – PNAES (história, contextos e eixos).....**	29
3.2.2	**Política Nacional de Saúde Mental – Conceitos, História e Paradigmas**	34
3.3	SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO (história, dados e pesquisas).....	38
3.4	GERMINAÇÕES: História da Saúde Mental do Estudante na UFPE e Dados Locais.....	45
3.5	CAMPO SEMEADO ENTRE AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE MENTAL.....	50
4	**PERCURSO METODOLÓGICO.....**	57
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	57
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	58
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	59
4.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	60
4.4.1	**Mapeamento dos dispositivos.....**	60
4.4.2	**Análise documental.....**	60
4.4.3	**Entrevistas com os responsáveis/representantes dos dispositivos.....**	60
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	63
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	63
5	**RESULTADOS E DISCUSSÃO.....**	67
5.1	EIXO 1 – MAPEAMENTO E CARACTERIZAÇÃO.....	67
5.1.1	**Dispositivos (Localização/Distribuição e Vinculação), Público-alvo e Recursos (Composição da equipe).....**	70
5.1.2	**Surgimento: Tempo e Motivação.....**	83

5.2 EIXO 2 – ARTICULAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL E DE SAÚDE MENTAL..... 86
5.2.1 Informações Iniciais..... 86
5.2.2 Compreensão do Problema..... 88
5.2.2.1 Conceitos de saúde mental e sofrimento psíquico do estudante universitário na UFPE..... 88
5.2.3 Causas e Consequências do Sofrimento Psíquico..... 94
5.2.4 Objetivos e Resultados Esperados..... 110
5.2.5 Ações e Atividades e Tipologia Prevenção, Promoção e Intervenção..... 116
5.2.5.1 Promoção em Saúde Mental e os dispositivos na UFPE..... 117
5.2.5.2 Prevenção em Saúde Mental e os dispositivos na UFPE..... 119
5.2.5.3 Intervenção/recuperação em Saúde Mental e os dispositivos na UFPE..... 123
5.2.6 Elementos Norteadores..... 130
5.2.6.1 Participação/Controle Social e Avaliação dos estudantes..... 130
5.2.6.2 Rede e Articulação..... 136
5.2.6.3 Desinstitucionalização e Inclusão..... 141
5.2.7 Outras Políticas..... 146
5.3 EIXO 3 – DESAFIOS E PROPOSIÇÕES GERAIS..... 147
5.3.1 Culturais..... 147
5.3.2 Institucionais..... 151
5.3.3 Estruturais..... 156
6 CONSIDERAÇÕES..... 158
7 PRODUTO..... 161
REFERÊNCIAS..... 162
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS/REPRESENTANTES DOS DISPOSITIVOS..... 170
APÊNDICE B - ARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS..... 172
APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA..... 173
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 174
APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE 176

APÊNDICE F - AMOSTRAS DOS QUADROS COM MODELO LÓGICO DOS DISPOSITIVOS MAPEADOS..... 177

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DA PESQUISA DO PROJETO PARA O BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL (PROBEM) DO CAC..... 179

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS DO TRABALHO APRESENTADO PELA EQUIPE DE PSICOLOGIA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE DA UFPE..... 180

ANEXO C - COMPROVANTE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFPE..... 181

ANEXO D - FOLDER DE DIVULGAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA..... 186

1 INTRODUÇÃO

O processo de democratização ocorrido nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) através de Políticas Públicas Educacionais, como o Programa REUNI (Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais), Decreto nº 6.096 (BRASIL, 2007), trouxe para o cenário importantes discussões sobre a ampliação do acesso, a garantia da permanência e a melhoria na qualidade da educação ofertada aos estudantes.

Ao possibilitar a ampliação do acesso de estudantes mais vulneráveis socialmente, o plano de expansão traz inegáveis avanços. No entanto, apresenta limitações no tocante às contradições e desigualdades sociais que se reproduzem no campus universitário, como nos aponta Dias Sobrinho (2010). Esta realidade demanda a criação de políticas específicas voltadas para este público.

Assim, ainda em 2007, o governo instituiu o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES (Portaria Normativa n° 39, posteriormente transformada em Decreto n° 7.234 de 2010) cujos objetivos envolvem democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal, reduzindo as taxas de retenção e evasão, minimizando os efeitos das desigualdades sociais e regionais e contribuindo para a promoção da inclusão social pela educação (BRASIL, 2010).

Para atingir tais objetivos, conforme orientação do PNAES, cada IFES pode implementar ações de assistência estudantil em diversas áreas, entre elas: moradia estudantil, alimentação, transporte, inclusão digital, cultura, esporte, creche, apoio pedagógico, acessibilidade para estudantes com deficiência e a atenção à saúde. Esta última área receberá especial destaque para os interesses do estudo defendido nesta dissertação.

A atenção dada à saúde neste estudo encontra-se em consonância com as discussões ocorridas no Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis, o FONAPRACE, de 2012, no qual a saúde mental e física do estudante universitário assumiu lugar entre as prioridades nos debates, sendo, inclusive, tema de um evento específico intitulado I Seminário Nacional de Atenção à Saúde do Estudante (FONAPRACE, 2012).

Sabe-se que a atenção à saúde não é objetivo específico das ações do MEC, mas sim uma das formas de se conseguir chegar aos objetivos delas, especialmente, o de redução das taxas de evasão (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016). Ao abordar as políticas de assistência estudantil em saúde, as mesmas autoras referem que tal área é matéria contundente para a execução das ações relativas ao programa, na perspectiva de uma assistência estudantil que busca fugir do modelo assistencialista restrito a repasses financeiros aos estudantes.

A integração do indivíduo ao ensino universitário demanda um delicado equilíbrio entre as condições pessoais (questões vocacionais, apoio familiar, integração social, aspectos econômicos) e as características institucionais (projeto político-pedagógico, normas e estruturas), sendo assim, o adoecimento ou sofrimento psíquico podem vir a inviabilizar a realização das atividades próprias à vida acadêmica, contribuindo para o aumento da evasão (BARDAGI; HUTZ, 2005).

Somem-se a isto elementos sociais (discriminações raciais, de gênero e sexualidade, vulnerabilidades socioeconômicas) e conjunturais (cisões políticas, contingenciamentos de financiamento), que, embora se estruturem em nível macro, atravessam individualmente os estudantes, favorecendo a experiência de sofrimento psíquico, notadamente, para o grupo que tem acessado mais recentemente a universidade através de medidas afirmativas de inclusão.

Ao abordar o tema, Cavalcanti (2016) afirma que a ruptura na sensação de bem-estar psicológico do estudante afeta sua resiliência, compromete sua capacidade de lidar com a ocorrência de eventos da vida acadêmica considerados estressantes, tanto na esfera pessoal, como na social e na cultural, dando origem a uma nova demanda social para as políticas públicas educacionais. Destacam-se, neste sentido, as ações em saúde mental.

Os estudos a respeito da saúde mental de estudantes universitários brasileiros concentram-se, sobretudo, da segunda metade da década de 1980 até os dias atuais. Tais estudos direcionam-se, principalmente, na investigação da incidência de transtornos mentais em estudantes universitários cujo principal indicativo é a procura por serviços de atendimento psicológico e/ou psiquiátrico por parte dos estudantes (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016).

Ainda que a saúde seja uma das áreas que deve ser desenvolvida na política regida pelo PNAES, o tema saúde mental do estudante é pouco explorado pelas pesquisas em políticas públicas. Mais comumente, se encontram estudos na área de saúde, com o olhar restrito para alguns cursos e a atenção para a identificação de transtornos mentais menores na população universitária (CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005).

Entretanto, esse olhar mais amplo sobre o fenômeno e suas respostas possíveis, ainda que não presente nos estudos, tem sido alvo de discussões cada vez mais frequentes nos grupos de trabalho (GTs) dos encontros nacionais e regionais do FONAPRACE e nos encontros de técnicos administrativos em educação, devido ao crescente número de estudantes que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico durante o percurso acadêmico ou que já acessam a universidade adoecidos. Um mapeamento realizado pelo FONAPRACE sobre a assistência praticada nas IES públicas brasileiras entre 1999 e 2000 identificou que das 40 instituições

pesquisadas, 34 (85%) ofereciam algum tipo de atendimento à saúde mental do estudante universitário.

Neste contexto, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), através da Pró-Reitoria para Assuntos Estudantis (PROAES), inaugura, em junho de 2014, o Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante, adiante designado NASE, local de trabalho da pesquisadora. Neste serviço, o eixo de saúde mental (atendimentos em psicologia e psiquiatria), desde a inauguração, é o mais procurado, chegando a apresentar fila de espera.

No entanto, além do NASE e mesmo antes da inauguração dele, no âmbito da UFPE vêm sendo oferecidas respostas diversas às demandas de saúde mental dos estudantes, seja de modo contínuo ou pontual, em diversos formatos, vinculadas institucionalmente aos departamentos, aos centros, às diretorias e Pró-Reitorias ou mesmo por iniciativas pessoais de membros da comunidade acadêmica.

Ao longo deste estudo, desde a fase do projeto, optou-se pela utilização do termo *dispositivo* para nomear essas diversas respostas institucionais, que assumem formatos de ações, de serviços, de disciplinas, de programas, de projetos, de atividades, de pesquisas-intervenções etc. Esta escolha conceitual demarca uma forma de olhar e de compreender as linhas de força, as relações de poder e a dinamicidade do processo que envolvem as iniciativas.

A noção de *dispositivo* aqui utilizada se aproxima da proposta por Deleuze (1996), a partir da releitura do conceito foucaultiano, quando afirma que cada dispositivo pode ser pensado como um conjunto composto por linhas de naturezas diferentes que traçam processos que estão sempre em construção. Para o autor, essas linhas podem ser consideradas como uma multiplicidade de caminhos, nos quais operam processos de mudança que abrem possibilidades para fazer ver, fazer falar, alcançar os objetivos desejados, produzir subjetividade e suscitar agenciamentos de novas perspectivas de vida.

O termo também foi escolhido por ser, frequentemente, utilizado nos campos da saúde coletiva e da saúde mental, na perspectiva do preconizado pelo HumanizaSUS (Brasil, 2006), que toma o *dispositivo* como um arranjo de elementos que podem ser concretos e/ou imateriais mediante os quais se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. Pelo conceito Entende-se, ainda, por dispositivo a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Ao desenvolver este conceito, Benevides (1997) aponta seu caráter ativo, lembrando que no dicionário, dispositivo é aquilo que contém disposição.

Explicada tal escolha conceitual, segue-se apontando que na UFPE, estas respostas ou iniciativas, chamadas a partir de agora de dispositivos, dadas suas naturezas diversas e a ausência de uma coordenação ou política única que as congregue ou direcione, não se

encontram sistematizadas, caracterizadas e parecem pouco articuladas ou até pulverizadas.

Diante deste cenário, as seguintes perguntas estiveram conduzindo a realização desta pesquisa: quais são os dispositivos institucionais desenvolvidos na UFPE, no *campus* Recife[1], para responder às demandas de saúde mental dos estudantes? E, a partir daí, como o conjunto destes dispositivos institucionais se articula aos elementos das Políticas de Assistência Estudantil e de Saúde Mental? Complementarmente, quais os desafios para sua execução?

A relevância de mapear os dispositivos de saúde mental numa instituição de ensino se articula com a democratização do acesso e da permanência no ensino superior e ampara-se no papel central que a educação, enquanto direito social constitucional, exerce no preparo da pessoa para o exercício da cidadania, na formação do capital humano e na contribuição para a redução das disparidades sociais e econômicas.

Embora se saiba da existência de ações, de atividades e de programas de saúde mental na UFPE, a escassez de estudos sobre estes dispositivos dificulta a compreensão da dimensão e do alcance do proposto pela Política de Assistência Estudantil e da Política de Saúde Mental em geral. Este estudo pretendeu oferecer um diagnóstico da situação no sentido de responder de maneira mais ampla à realidade que se coloca. Acredita-se que os resultados deste estudo podem contribuir para a articulação e fortalecimento de uma rede e para o fomento da construção de uma política de saúde mental local na UFPE com diretrizes norteadoras definidas de modo a atender mais amplamente às necessidades e aos direitos da população.

Assim, o presente estudo teve como objetivos específicos mapear os dispositivos institucionais da UFPE voltados para a saúde mental do estudante no *campus* Recife e conhecer os desafios para sua execução, além de identificar os documentos legais e regimentais que amparam o funcionamento do campo da saúde mental do estudante universitário. A partir daí, no plano geral, o objetivo foi analisar o conjunto dos dispositivos identificados, articulando-o e verificando sua consonância com as políticas públicas relacionadas – a de Assistência Estudantil e a de Saúde Mental – através de documentos nacionais e locais sobre os campos.

A preferência da pesquisadora pelo tema nasce do interesse pela psicologia educacional e pela saúde mental desde os tempos de graduação nesta mesma universidade que se dedicou a investigar. Ainda enquanto estudante de psicologia entre 2004 e 2008, acompanhou os sinais de sofrimento e o adoecimento psíquico de vários colegas e sentiu-se impactada por alguns

[1] *Campus* Recife é a forma como mais comumente se identifica o C*ampus* Universitário Reitor Joaquim Amazonas. Ao longo desta dissertação, esta nomenclatura será utilizada para identificar o *campus* sede da UFPE localizado na Cidade Universitária e lócus da pesquisa, incluindo, segundo UFPE (2019c), o Centro de Ciências Jurídicas, que fica no centro da cidade.

casos de suicídio por precipitação ocorridos no prédio no qual estudava, o CFCH, que ficou conhecido por esta razão na comunidade acadêmica e fora dela.

Anos depois, em 2014, retorna à UFPE, já psicóloga especialista em saúde mental, para assumir a função de psicoterapeuta no Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE), serviço ambulatorial vinculado à Pró-Reitoria para Assuntos Estudantis (PROAES), que era inaugurado naquele momento a partir do Programa Nacional de Assistência Estudantil. Passa, então, a encarar o fenômeno da saúde mental do estudante de um outro lugar, como profissional técnica que acolhe e acompanha estudantes em intenso sofrimento psíquico.

Em 2018, ao decidir participar da seleção para o Programa do Mestrado Profissional em Políticas Públicas, se propõe a assumir um terceiro lugar diante do mesmo fenômeno, o de pesquisadora que se debruça sobre o tema saúde mental do estudante com a proposta de conhecer as respostas construídas institucionalmente pela UFPE para atender essa demanda crescente e urgente e para propor avanços nesta área a partir dos resultados encontrados.

Para enfrentar este desafio, a eleição metodológica foi a de realizar uma pesquisa caracterizada como qualitativa, mas com a utilização de elementos quantitativos, de caráter descritivo-exploratório, do tipo estudo de caso. A análise desenvolvida a partir do conteúdo das entrevistas feitas com os representantes dos dispositivos investigados e de documentos específicos amparou-se na proposta temática de Bardin (2011) e contou com o apoio do programa ATLAS.ti para a organização.

A dissertação encontra-se estruturada em sete seções, sendo esta inicial a introdução, seguida da segunda seção com objetivos geral e específicos da pesquisa. A seção 3 trata do referencial teórico, composto dos elementos a seguir elencados: a) Políticas Públicas com o ciclo de políticas, com destaque para a implementação e o Modelo Lógico como ferramenta; b) Políticas Públicas relacionadas ao campo da saúde mental do estudante, de Assistência Estudantil e de Saúde Mental; c) Saúde Mental do Estudante Universitário (história, dados e pesquisas); d) Saúde Mental do Estudante na UFPE (história e dados); e) Campo semeado entre as Políticas de Educação e de Saúde (documentos nacionais e regionais sobre o tema). A quarta seção trata do percurso metodológico e dos procedimentos desenvolvidos para a execução da pesquisa. Na quinta seção, estão a organização analítica e os achados da pesquisa associados à discussão, esta parte foi subdividida em três eixos: mapeamento e caracterização; articulação com as políticas; e os desafios e proposições gerais. A sexta seção trata das considerações finais, incluindo limitações para o estudo e proposta de agenda de pesquisa. A última seção aborda o produto construído a partir da pesquisa desenvolvida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os dispositivos institucionais em saúde mental desenvolvidos na UFPE para os estudantes, articulando-os com as políticas públicas relacionadas nas áreas da educação e da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

– Mapear os dispositivos institucionais em saúde mental desenvolvidos na UFPE para os estudantes no *campus* Recife e conhecer os desafios para sua execução;

– Conhecer os documentos legais e regimentais que amparam o funcionamento do campo da saúde mental do estudante universitário;

– Analisar o conjunto de dispositivos institucionais em saúde mental mapeado à luz dos elementos fundamentais da Política Nacional e local de Assistência Estudantil, dos GTs de saúde mental dos encontros do FONAPRACE e da Política Nacional de Saúde Mental com seus documentos norteadores.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS (CONCEITOS, CONTEXTOS): Ciclo de Políticas com destaque para Implementação e o Modelo Lógico como ferramenta

Lançar um olhar sobre a saúde mental do estudante universitário é, como foi antecipado no título desta dissertação, caminhar por um campo semeado entre políticas diversas, da educação e da saúde. No entanto, antes de avançar nestas políticas propriamente ditas, cabe um caminhar sobre elementos conceituais das Políticas Públicas e seus estudos.

As definições sobre políticas públicas são amplas e complexas. Não se pode eleger uma única e definitiva sem correr o risco de limitar sua compreensão. Considerando isto, Souza (2006) propõe uma circulação pelos pensamentos de diversos autores na seguinte passagem:

> Mead (1995) define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como "o que o governo escolhe fazer ou não fazer". A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p. 24).

Ainda se pode pensar nas políticas públicas como a tradução dos propósitos de um governo e como um campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação, analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso delas.

As ações e os programas decorrentes delas precisam ser estruturados de forma funcional e sequencial para viabilizar a produção e organização do projeto. Neste intento, modelos e recursos são propostos também para os seus estudos. Dentre eles, destaca-se o modelo processual, também conhecido como ciclo das políticas públicas.

O ciclo de políticas públicas configura-se como uma ferramenta útil para organizar as ideias sobre o tema. Podendo contribuir para tornar didática a discussão e para explicar a complexidade das políticas públicas e realizar comparações entre casos diferentes. No entanto, os teóricos alertam que é possível que as sequências se alternem e as fases se misturem. Daí a importância de compreender que como modelo não pretende esgotar a realidade.

Há diferentes formas de apresentar os estágios do ciclo. Raeder (2014) informa que o precursor desta abordagem, Harold Lasswell, em 1971, dividiu o processo da política pública em sete estágios: informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação.

Uma das propostas mais conhecidas é a apresentada por Secchi (2010) que contém as seguintes fases para compor o ciclo das políticas públicas: identificação do problema, formação de agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção.

Na primeira fase do ciclo, *identificação do problema*, o problema é considerado como a discrepância entre o status quo e uma situação ideal possível. Um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública. São consideradas três questões importantes para a identificação do problema: a percepção do problema, trata-se de uma verificação intersubjetiva; a delimitação do problema, que se assemelha ao processo de construção do conhecimento; e a avaliação de possibilidade de resolução, que seria a hipótese levantada (SECCHI, 2010).

A segunda fase é a *formação da agenda* que é conceituada pelo autor como o conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes. Secchi (2010) diferencia, nessa etapa, a agenda política (o que a comunidade política percebe como merecedor de intervenção pública) da agenda formal/institucional (o que o poder público já decidiu enfrentar) e da agenda da mídia (o que recebe especial atenção dos meios de comunicação). Estas agendas, na prática, interferem na formação umas das outras.

Passando-se ao terceiro momento, a *formulação de alternativas* na qual se estabelecem teoricamente os programas, as estratégias e as ações para resolver o problema. Geralmente se usa uma das três técnicas: conjecturas (juízos de valor), projeções (observação de tendências) e predições (uso de teorias ou analogias).

A quarta fase é a tomada de decisão, momento em que os interesses dos atores são equacionados e ações e métodos de enfrentamento de um problema público são explicitados. Nesse passo, Secchi (2010) difere três dinâmicas de escolha de alternativas: dos problemas para as soluções, das soluções para os problemas e uma contínua comparação de soluções e de problemas. Estas dinâmicas se desdobram em uma série de modelos que não serão explorados aqui para não extrapolar o objetivo do estudo.

A fase seguinte é a de *implementação*, na qual as políticas já formuladas são colocadas em prática, onde as regras, as rotinas e os processos sociais são convertidos de intenções em ações (SECCHI, 2010). É nessa fase também que se visualizam os obstáculos e as falhas que costumam afetar a política pública, abrindo espaço para as próximas discussões. Entre as discussões nesta etapa estão as formas de análise pelos modelos para a implementação, conforme teorização de Sabatier (1986): de cima para baixo/*top down* (decisões tomadas em cima são puramente implementadas) e de baixo para cima/*bottom up* (considera-se a discricionariedade de quem implementa podendo interferir na política entregue).

Retomando para finalizar o ciclo, tem-se a *avaliação* da política pública na qual, segundo Secchi (2010), o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou. Sendo, nesta fase, realizados os julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública. O ciclo se fecha com a fase da *extinção* das políticas públicas, que ocorre quando o problema se resolve, quando se torna ineficaz ou quando o problema perde importância.

A figura 1, bastante conhecida, elaborada por Secchi (2010), ilustra o ciclo tradicional apresentado:

Figura 1 – Ciclo de Políticas Públicas

Fonte: Secchi (2010)

O presente estudo foca seu olhar na fase de implementação, primordialmente a partir do modelo *bottom up* (de baixo pra cima), na medida em que propõe a compreensão da implementação de dispositivos de saúde mental dos estudantes na UFPE como um processo de interação entre os diferentes atores que a constroem, visto que não há uma política específica para ser obedecida.

Lotta (2010), a partir da leitura de autores como Sabatier, Hjern e Potter, aborda que, no modelo *bottom up*, a análise se inicia com a identificação da rede de atores envolvidos na prestação do serviço e segue no questionamento de seus objetivos, suas estratégias, suas atividades e seus contatos para, a partir destas informações, construir o que são conhecidas como “estruturas de implementação”, grupo de pessoas de diferentes organizações que interagem na implementação de um programa e que o consideram com interesse e prioridade.

Na análise a partir desta perspectiva, o foco não está na prescrição da política e na sua obediência, como propõe o modelo *top down*, mas no entendimento e na explicação em relação ao fenômeno atendido e as respostas a ele. A abordagem "de baixo pra cima" é eleita, frequentemente, quando não há uma política pronta, como um programa estruturado específico, mas a resposta se organiza em um formato de área temática ou área de intervenção. Nesta perspectiva, a intenção é identificar como a política, no seu sentido genérico, é construída no hábito, na articulação, nas discussões, na circulação de informação entre as pessoas que integram uma rede no dia a dia. Daí a importância, neste tipo de abordagem, do papel da burocracia[2] (agentes implementadores) entendida não apenas como mera executora das ações definidas pelos formuladores. (LOTTA, 2010)

Sobre este tema, Lipsky (1980) fornece significativas contribuições quando se propõe a identificar a complexidade do papel da Burocracia de Nível de Rua e como esta lida com o poder da discricionariedade[3] e autonomia, elementos importantes na condução da implementação da política pública, uma vez que permite ao agente público escolher entre as alternativas de ação ou não ação. Nos estudos sobre burocracia, tem prevalecido o olhar de que o ato discricionário é aquele que prevê algum grau de arbitrariedade do burocrata ainda dentro dos limites legais de sua atuação (LOTTA, 2015). Ou, como sintetiza Hupe (2013), citado por Lotta (2015), a discricionariedade é liberdade dentro de constrangimentos.

Lipsky (1980) aponta a importância do estudo desses burocratas e de sua discricionaridade, afirmando que são o foco da controvérsia política, na medida em que são pressionados pelas demandas de serviços, para aumentarem a efetividade e a responsividade; ao mesmo tempo, são pressionados pelos cidadãos para aumentarem a eficiência e a eficácia.

A expressão "burocrata de nível de rua" é utilizada para fazer referência aos agentes que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, policiais, professores, profissionais de saúde, entre outros, e que determinam o acesso aos direitos e benefícios governamentais, uma vez que interagem continuamente com a população e os dispositivos, dando concretude as políticas públicas (LOTTA, 2010). No entanto, é

[2] A conceituação da burocracia, em suas origens, remetia a funcionários de Estado, seus saberes e suas práticas. Somente no final do século XIX sobretudo a partir da obra de Max Weber, o termo começou a ser usado também para aqueles que trabalham em empresas, significando aqui, em uma definição resumida, as pessoas que ocupam seus postos por conta de sua especialização técnica, a fim de racionalizar a estrutura organizacional. (ABRUCIO; LOUREIRO, 2018).

[3] A discricionariedade é influenciada na medida em que os burocratas de nível de rua atuam em constante interação com sistemas políticos, organizacionais, profissionais e comunitários que influenciam seu comportamento e o processo de implementação. Assim, eles atuam não apenas executando ações predeterminadas, mas são influenciados por diversos fatores que impactam sua forma e capacidade de moldar os resultados as políticas a partir dos processos de interação que realizam (LOTTA, 2010).

importante destacar que na área de intervenção investigada na UFPE, outros atores, além dos funcionários, estão envolvidos na execução das ações e serão, também, considerados como agentes de implementação, como é o caso de estudantes e pessoas externas.

No presente estudo, a atenção para estes agentes e o olhar a partir do modelo "de baixo pra cima" são, portanto, condições necessárias, uma vez que não há uma política com prescrições definidas sobre a atenção à saúde mental do estudante universitário. No entanto, para conduzir a análise proposta neste estudo, também se utilizará a orientação de Lazin (1994 *apud* LOTTA, 2010) quando aponta a necessidade de combinar ambas as perspectivas para promover um olhar mais factual das experiências de implementação. Desta forma, será mantido o olhar para as políticas que conversam e direcionam a atenção ao fenômeno estudado, mas com foco nos processos e atores que os conduzem.

Para favorecer a execução desta tarefa, apresenta-se, neste tópico, a ferramenta Modelo Lógico (ML). Apesar de ser utilizada, mais frequentemente, em avaliações do modelo *top down*, pelo seu caráter racionalista e linear, a escolha pelo ML neste estudo foi motivada, principalmente, pelo favorecimento de uma estruturação das informações na intenção de apresentar um produto que facilitasse a visualização e consulta da comunidade acadêmica aos dispositivos existentes. A ferramenta permeou este trabalho em vários tempos, no entanto, a abordagem analítica considerando elementos característicos do modelo *bottom up*, como redes e estruturas de implementação, foi garantida.

Observa-se a utilização no ML neste estudo nos tópicos seguintes: a) na formulação do quadro conceitual inicial que guiou a estruturação do problema de pesquisa; b) na orientação da construção do roteiro de entrevista com os responsáveis/representantes dos dispositivos de saúde mental da UFPE, explorado no tópico 4.4.3 e presente no apêndice A; c) na distribuição dos eixos para análise e discussão dos resultados; d) na formulação dos quadros individuais de cada dispositivo com sua descrição e seus elementos fundamentais que compõe o produto deste estudo, disponíveis na plataforma OSF e com uma amostra no apêndice F.

O Modelo Lógico[4] aqui apresentado, que foi adaptado para as necessidades deste estudo, é o proposto pela Nota Técnica "Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação" (IPEA, 2007) e sua atualização de 2010 (IPEA, 2010) que o conceitua como uma ferramenta que busca configurar um desenho do funcionamento do

[4] Na atualização da Nota Técnica, em 2010, há uma explicação sobre a frequente confusão entre o Modelo Lógico e o Marco Lógico, pela semelhança evidente nos termos. Segundo a nota, as diferenças são mais de fundamento metodológico, por se constituírem em ferramentas cujas aplicações se remetem a dois campos complementares, mas originariamente distintos: planejamento de projetos (Marco Lógico) e avaliação de programas (Modelo Lógico).

programa, que seja factível em certas circunstâncias esperadas, para resolver os problemas identificados. Pode ser a base para um convincente relato do desempenho esperado, ressaltando onde está o problema objeto do programa e como este se qualifica para enfrentá-lo.

Segundo IPEA (2010), a proposta de modelo lógico é um recurso metodológico para explicitar a estrutura de programa orientado para resultados e foi desenvolvida por autores que se dedicam, especificamente, à avaliação de programas. Embora a avaliação dos dispositivos ultrapasse os objetivos deste estudo, a ferramenta foi utilizada por favorecer uma maneira sistemática e visual de apresentar e compartilhar a compreensão das relações entre os recursos disponíveis para as ações programadas e para as mudanças ou os resultados que se espera alcançar. Estes aspectos interessam aos objetivos desse estudo por colaborarem na composição analítica, como será visto no tópico específico.

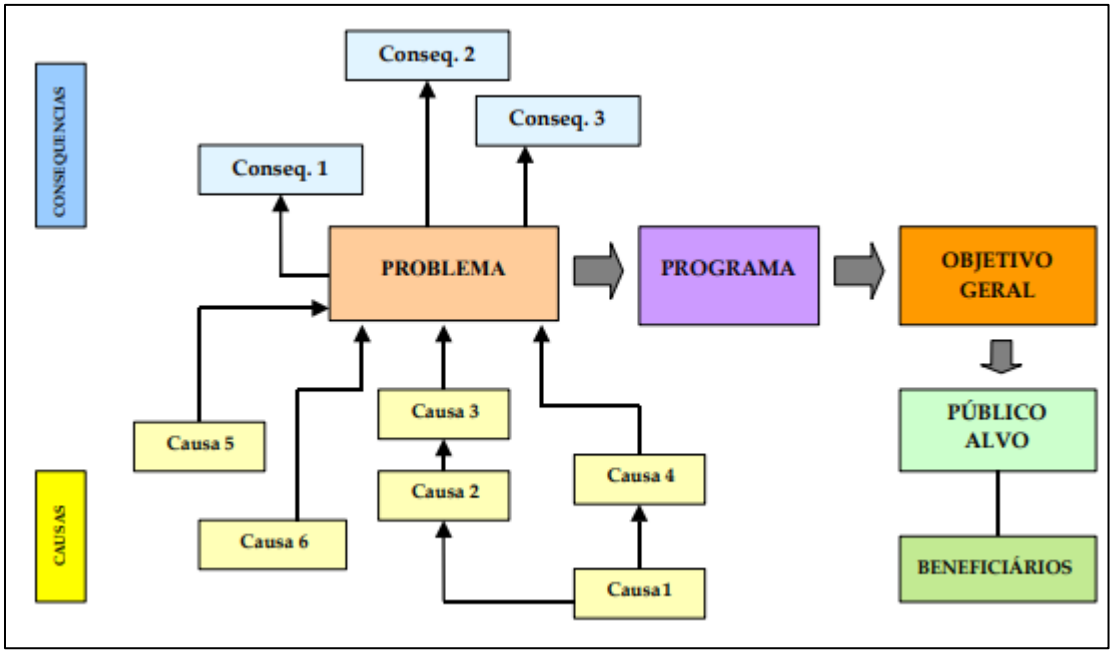
De todo modo, embora não se tenha pretensões de avaliação de serviço/programa, compreende-se que os quadros individuais elaborados do ML de cada dispositivo, a partir das entrevistas realizadas, podem servir aos seus gestores como referencial para a execução de uma avaliação se assim o desejarem ou mesmo ser objeto de estudo de outros pesquisadores que se interessarem em empreender esta tarefa.

Os elementos do modelo lógico são: recursos, operações/ações, produtos, resultados intermediários e finais, assim como as hipóteses que suportam essas relações e as influências das variáveis relevantes de contexto. Além deles, ainda se utilizará o esquema de pré-montagem do ML (IPEA, 2007) composto por "Explicação do problema e referências básicas". O destaque será para os elementos objetivo e público-alvo na construção dos quadros dos dispositivos e na abordagem descritiva (EIXO 1 dos resultados) e do problema e suas relações causa-consequência para a abordagem analítica (EIXO 2 dos resultados).

As adaptações, os ajustes e os desdobramentos da utilização desta ferramenta serão adequadamente explorados no tópico específico. Por ora, avalia-se que a abordagem ilustrativa cumpre a função para esta seção da dissertação.

As duas ilustrações e o quadro a seguir compõem o roteiro original e contribuíram, com as devidas adaptações, para a formatação e a compreensão do modelo utilizado nesta pesquisa, que consta na seção de percurso metodológico e análise.

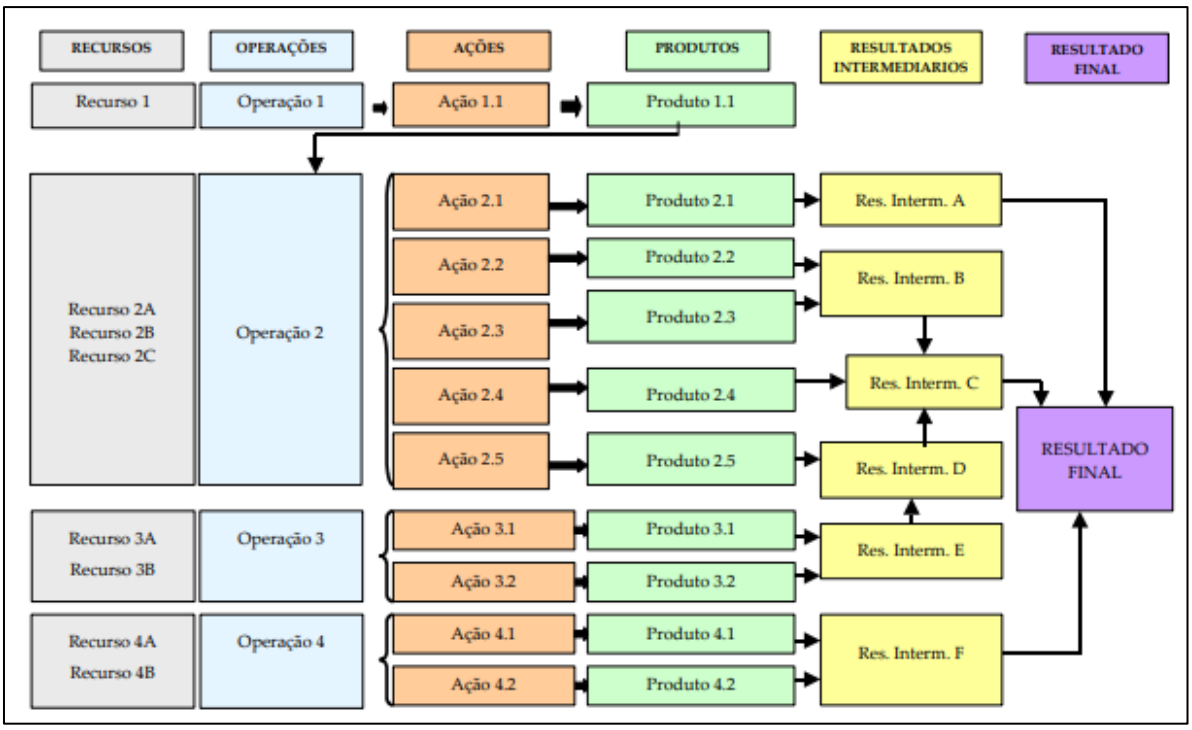
Figura 2 – Esquema Explicação do Problema e Referências Básicas



Fonte: IPEA (2007)

O problema considerado neste estudo é o sofrimento psíquico que afeta a saúde mental do estudante universitário. As causas e as consequências a ele associadas são respondidas pelo conjunto de dispositivos investigados, que demarcam o público-alvo específico ou geral, com vistas a atingir um objetivo relacionado ao problema identificado.

Figura 3 – Esquema Estruturação de Resultados



Fonte: IPEA (2007)

Os conceitos básicos associados aos elementos das ilustrações acima e que são assumidos, aglutinados e adaptados aos objetivos deste estudo constam no quadro a seguir:

Quadro 1 – Conceitos Básicos do Modelo Lógico

Problema	É uma situação indesejável declarada por uma autoridade. É condição necessária que o problema declarado possa ser enfrentado por um programa.
Indicadores da Situação Inicial (linha de base)	São as informações (dados) que evidenciam a existência do problema, o delimitam e o dimensionam. Os indicadores devem ser apurados para o ano que antecede a implementação do programa ou o mais próximo possível desse marco temporal, de forma a estabelecer uma linha de base, que permita uma comparação com os resultados futuros. Para efeito deste roteiro, a linha de base deve ser referente ao ano de 2007.
Objetivo do programa	Expressa o resultado que o programa se propõe a alcançar, que consiste na superação do problema em um lapso de tempo estabelecido. Caso a efetiva superação não esteja prevista durante a vigência do PPA, deve ser indicado o alcance pretendido ao término dos quatro anos do plano.
Público-alvo	É o conjunto de pessoas que o programa visa atender. Nesse item, deve ser informado tanto o critério que o define quanto a sua dimensão, se disponível.
Beneficiários Finais	Parcela do público-alvo que é alcançada pelo programa.
Recursos	Incluem os recursos humanos, financeiros, organizacionais e políticos necessários e suficientes para o programa alcançar os seus objetivos. O alcance e as metas devem ser compatíveis com os recursos disponíveis.
Operação	É o conjunto necessário e suficiente de ações, com o qual se pode atacar, eficazmente, uma ou mais causas de um problema (**rever manual de elaboração de programas)**
Ações	São os processos que, combinando apropriadamente os recursos adequados, produzem bens e serviços com os quais se procura atacar as causas do problema. (**rever manual de elaboração programas, Item 5.15**)
Produtos	Bem ou serviço resultante do processo de produção de uma ação. A cada ação deve corresponder apenas um produto. A programação interna do órgão responsável deve contemplar detalhadamente o processo de produção do bem ou serviço para que possa proceder a responsabilização e a sua efetiva gestão.
Resultados	Mudanças e benefícios associados à implementação das operações do programa. São mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades, status ou nível de desempenho do participante do programa, que podem incluir melhoria das condições de vida, aumento da capacidade e/ou mudanças na arena política. Há dois tipos de resultados: resultados intermediários e resultado final. Os resultados intermediários são aqueles referentes ao enfrentamento das causas do problema. O resultado final corresponde ao alcance do objetivo do programa.
Fatores de contexto	São variáveis-chave, fora do controle da gerência do Programa, que a depender do seu comportamento criam condições favoráveis ou desfavoráveis ao desempenho do programa.

Fonte: IPEA (2007)

Finalizado este tópico sobre os construtos conceituais de Políticas Públicas que colaboraram para estruturação deste estudo e sobre as ferramentas desta área eleitas para a execução da pesquisa, já é possível seguir para exploração das políticas diretamente envolvidas no campo da Saúde Mental do Estudante Universitário, foco desta dissertação.

3.2 CONHECENDO AS SEMENTES: Políticas Públicas relacionadas ao campo da Saúde Mental do Estudante Universitário

3.2.1 Programa de Assistência Estudantil – PNAES (história, contextos e eixos)

Embora o Programa de Assistência Estudantil tenha sido regulamentado e expandido a partir do Decreto n° 7.234 de 2010 (BRASIL 2010), ações que podem ser reconhecidas como fazendo parte do escopo da ampliação de acesso e da permanência do estudante no ensino superior já podiam ser identificadas desde a criação das universidades.

Kowalski (2012) aponta que o Estatuto das Universidades Brasileiras, instituído por meio do Decreto nº 19.851/1931 (BRASIL, 1931), já contemplava a assistência estudantil, assim como a Constituição Federal de 1946 (BRASIL, 1946) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961 (BRASIL, 1961).

No entanto, é reconhecido o papel de destaque da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), conhecida como Constituição Cidadã, para a inclusão da luta por igualdade de condições para acesso e permanência na educação numa agenda política nacional, transformando este período em um marco histórico na trajetória da assistência estudantil no Brasil.

Ao empreender uma investigação histórica sobre a institucionalização da Assistência Estudantil no Brasil, Kowalski (2012) organiza seus marcos e funcionamentos em três fases que se sucedem. A autora propõe que, da criação das universidades até este período de redemocratização política, a assistência estudantil viveu sua primeira fase e que, a partir deste marco, inicia-se a segunda em meio a um espaço favorável para o desenvolvimento de uma série de debates e projetos de leis que resultaram em uma nova configuração da política de AE nas universidades brasileiras. A terceira fase, por sua vez, abarca um período de expansão e reestruturação das IFES seguindo até os dias atuais. Tais fases foram resumidas e sistematizadas por Kowalski (2012) e por Dutra (2015) nos quadros apresentados logo abaixo.

Cabe introduzir que, como pode ser visto no quadro 2, a primeira fase da assistência estudantil no Brasil caracteriza-se por ações restritas, dirigidas, em caráter adicional, a uma elite que acessava o ensino superior. Sem expressiva ampliação de acesso de outras camadas da população e sem garantia de projeto nacional neste sentido. É apenas em 1967 que a assistência estudantil passa a ser direcionada para a garantia de igualdade de oportunidades, sendo sua efetivação ainda mais tardia, só no começo dos anos 2000 (DUTRA, 2015).

Quadro 2 – Linha do Tempo da Primeira Fase da Assistência Estudantil

ANO	AÇÕES/EVENTOS
1928	Inauguração da Casa do Estudante Brasileiro, em Paris, pelo presidente Washington Luis.
1930	Abertura da Casa do Estudante do Brasil no Rio de Janeiro, acoplado ao Restaurante Universitário.
1931	Tentativa de reconhecimento da Assistência Estudantil por meio da regulamentação da política de assistência estudantil brasileira, através do Decreto nº 19851/1931.
1934	Regulamentação da assistência estudantil, no artigo 157 da Constituição Federal de 1934, inciso §2º, prevendo fornecimento de material escolar, bolsa de estudo, assistência alimentar, dentária e médica.
1937	Criação da União Nacional dos Estudantes (UNE).
1946	Promulgação da Constituição Federal, que torna a Assistência Estudantil obrigatória para todos os níveis de ensino.
1961	Aprovação da LDB que estabelecia a assistência estudantil como um direito a ser garantido de forma igual a todos os estudantes.
1970	Criação do Departamento de Assistência ao Estudante (DAE), com o objetivo manter uma política de assistência ao estudante universitário em nível nacional.

Fonte: Adaptado de Kowalski (2012) por Dutra (2015)

A fase que se segue, com a demarcação da redemocratização, tem como elemento primordial a inclusão de novos atores sociais na discussão, tais como o FONAPRACE (Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis), criado em 1987, "encarregado de discutir, elaborar e propor ao MEC a política de Promoção e Apoio ao Estudante" (FONAPRACE, 2012, p. 15), e a ANDIFES (Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior) criada em 1989. Sobre isto, Dutra (2015) localiza que naquele período existiam clima e espaço favoráveis para a intensificação e sistematização do debate sobre o tema. É nesse terreno fértil que o FONAPRACE é criado a fim de intervir num cenário em que as ações de assistência aos estudantes ainda se constituíam de forma fragmentada e não obtinham legitimidade nem significativo apoio governamental.

A partir daquele momento, e ainda hoje, estas entidades ocupam importante lugar, tanto para o reconhecimento do cenário nacional – inclusive promovendo pesquisas destinadas ao levantamento dos perfis dos estudantes e à verificação de mudanças oriundas das expansões dos últimos anos – quanto nas discussões e recomendações para planejamento, execução e avaliação, a nível nacional e regional, das ações de todos os eixos de intervenção da Assistência Estudantil, inclusive o de saúde mental. O quadro 3 a seguir ilustra esta segunda fase:

Quadro 3 – Linha do Tempo da Segunda Fase da Assistência Estudantil

ANO	AÇÕES/EVENTOS
1987	Criação do Fonaprace.

1988	Promulgação da Constituição Federal de 1988, possibilitando o amadurecimento das discussões acerca da Assistência Estudantil a partir da ideia de "Igualdade de condições para o acesso e permanência na escola" (Art. 206).
1996	Aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB.
1997	Realização da I Pesquisa de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das IFES Brasileiras, desenvolvida pelo Fonaprace.
2000	Carta de Apoio do FONAPRACE: *Assistência Estudantil – Uma questão de investimento*.
2001	Aprovação do Plano Nacional de Educação – PNE 2001-2010 (Lei nº 10.172, de 2001), contemplando a Assistência Estudantil entre os seus objetivos e metas para a Educação Superior.
2001	Elaboração do Plano Nacional de Assistência aos Estudantes de Graduação das Instituições Públicas de Ensino Superior pelo Fonaprace.
2004	Realização da II Pesquisa de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das IFES Brasileiras, desenvolvida pelo Fonaprace.
2007	Atualização do Plano Nacional de Assistência aos Estudantes de Graduação das Instituições Públicas de Ensino Superior pelo Fonaprace.

Fonte: Dutra (2015)

A terceira fase da histórica de Assistência Estudantil, ainda segundo Kowalski (2012), é iniciada no contexto da expansão e reestruturação da Educação Superior Pública que se estrutura no bojo da reforma universitária inaugurada no governo do Partido dos Trabalhadores (PT), marcada pela ênfase no discurso da democratização, tendo o REUNI, nas universidades públicas federais, como elemento mais expressivo, como pode ser visto no quadro a seguir:

Quadro 4 – Linha do Tempo da Terceira Fase da Assistência Estudantil

ANO	AÇÕES/EVENTOS
2007	Instituição do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, prevendo a ampliação de políticas de inclusão e de assistência estudantil.
2007	Atualização do Plano Nacional de Assistência Estudantil elaborada pelo Fonaprace.
2007	Instituição do Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, através da Portaria Normativa n° 39, de 12 de dezembro de 2007.
2010	Decreto nº 7234, de 19 de julho de 2010, que dispõe sobre o PNAES, concebendo a assistência estudantil como política pública de direito.
2011	Criação do Sistema de Seleção Unificada (SISU) para selecionar os candidatos às vagas das instituições públicas de ensino superior que utilizarão a nota do Enem como única fase de seu processo seletivo com aumento do repasse pelo PNAES em caso de adesão.
2011	Realização da III Pesquisa de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras, desenvolvida pelo Fonaprace.
2012	Sancionada a Lei n° 12.711, de 29 de agosto de 2012, a chamada Lei de Cotas, promovendo mudanças no perfil socioeconômico dos universitários, aumentando a pressão por assistência estudantil.
2013	Criação do Programa de Bolsa Permanência do MEC, através da Portaria n° 389, de 09 de maio de 2013.
2014	Aprovação do Plano Nacional de Educação (PNE) para o decênio de 2014-2024, estabelecendo a assistência estudantil como estratégia para a ampliação das taxas de acesso e de permanência na educação superior de estudantes egressos da escola pública, afrodescendentes e indígenas e de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.
2014	Realização da IV Pesquisa de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras, desenvolvida pelo Fonaprace.
2016	Sancionada a Lei nº 13.409 de dezembro de 2016, altera a Lei de Cotas, novo público, as pessoas com deficiência.

Fonte: Complementação própria a partir de Dutra (2015)

Kowalski (2012) e Dutra (2015) não acompanharam a forte onda de retração que se sucedeu nos anos seguintes à proposição das três fases. Os cortes, congelamentos e bloqueios iniciados desde 2016 apontam para a estruturação de uma quarta fase, nesta dissertação, proposta e sistematizada no quadro abaixo:

Quadro 5 – Linha do Tempo da Quarta Fase da Assistência Estudantil

ANO	AÇÕES/EVENTOS
2016	Proposta de Emenda Constitucional nº241/2016 (nº 55 no Senado), conhecida como a PEC do Teto dos Gastos Públicos, que tornou-se a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, a qual instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, e congela os investimentos do governo federal na educação por 20 anos, incluindo os do PNAES.
2017	Nota da Andifes alerta a sociedade sobre problemas orçamentários enfrentados por IFES: Perdas orçamentárias e Limite Orçamentário em 2017, orçamento de custeio com redução do Reuni em 11%.
2017	Apresentação do Projeto de Lei nº 8.739, pela deputada Jandira Feghali, que visa transformar o Decreto do PNAES em Lei na tentativa de evitar a asfixia financeira do programa, que em 2016 recebeu 1 bilhão, em 2017, 990 milhões com previsão de estagnação.
2018	Realização da V Pesquisa de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das IFES Brasileiras, desenvolvida pelo Fonaprace com maiores destaques para conteúdos sobre saúde mental.
2019	Bloqueio de 1,7 bilhões das verbas (contingenciamento) de custeio (contas de luz, de água, as bolsas acadêmicas, insumos de pesquisa, compra de equipamentos básicos para laboratórios e pagamento de funcionários terceirizados) e de despesas de investimento (obras e compra de equipamentos).

Fonte: Elaboração própria.

Ao lançar um olhar atento, observa-se que a saúde já figurava como elemento para a assistência estudantil desde a primeira fase, sendo a área que recebeu especial atenção nesta pesquisa.

Como apontado na introdução, a atenção aqui dada à saúde encontra-se em consonância com as discussões ocorridas no Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis, o FONAPRACE, de 2012, no qual a saúde mental e física do estudante universitário assumiu lugar entre as prioridades nos debates, sendo, inclusive, tema de um evento específico intitulado I Seminário Nacional de Atenção à Saúde do Estudante (FONAPRACE, 2012).

Sobre isso, Bleicher e Oliveira (2016, p. 545) apontam que "como é óbvio, a atenção à saúde não é objetivo das ações do MEC, mas sim, uma das formas de se conseguir chegar aos objetivos, especialmente, o de redução das taxas de evasão". Ao abordar as políticas de assistência estudantil em saúde, as mesmas autoras referem que

> Segundo o relatório do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE, 2011), quase a metade dos estudantes (41,7%) utiliza serviços públicos de saúde, especialmente os estudantes das classes C, D e E. Sendo esses os estudantes público-alvo das ações do PNAES, pode-se observar que a atenção à saúde é matéria contundente para a execução das ações relativas ao programa, na

> perspectiva de uma assistência estudantil que busca fugir do modelo assistencialista restrito a repasses financeiros aos estudantes.

Ainda segundo o PNAES, as ações de assistência estudantil devem considerar a necessidade de viabilizar a igualdade de oportunidades, contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico e agir preventivamente nas situações de retenção e evasão decorrentes da insuficiência de condições financeiras (BRASIL, 2010).

No Quadro 5, a seguir, estão representadas as áreas consideradas pelo FONAPRACE como sendo estratégicas para o desenvolvimento de uma política efetiva de assistência estudantil, organizadas por linhas temáticas e com a sugestão de órgãos que devem estar envolvidos na execução (ANDIFES, 2008).

Quadro 6 – Áreas Estratégicas do PNAES

Áreas	Linhas Temáticas	Órgãos envolvidos
Permanência	- Moradia - Alimentação - Saúde (física e mental) - Transporte - Creche - Condições básicas para atender os portadores de necessidades especiais	- Assuntos estudantis - Ensino - Pesquisa - Extensão
Desempenho Acadêmico	- Bolsas - Estágios remunerados - Ensino de Línguas - Inclusão Digital - Fomento à participação político-acadêmica - Acompanhamento psicopedagógico	- Assuntos estudantis - Órgãos das IFES ligados ao ensino, à pesquisa e à extensão - Parcerias com órgãos públicos e entidades com fins sociais
Cultura, Lazer e Esporte	- Acesso à informação e difusão das manifestações artísticas, culturais - Acesso a ações de educação esportiva, recreativa e de lazer	- Assuntos estudantis - Órgãos das IFES ligados ao ensino, à pesquisa, à extensão e à cultura - Parcerias com órgãos públicos federais, estaduais e municipais e entidades com fins sociais
Assuntos da Juventude	- Orientação profissional, sobre mercado de trabalho - Prevenção a fatores de risco - Meio ambiente - Política, Ética e Cidadania - Saúde, Sexualidade e Dependência Química	- Assuntos estudantis - Parcerias com órgãos públicos e entidades com fins sociais

Fonte: ANDIFES (2008)

É importante destacar que, embora a saúde esteja demarcada, no quadro 5, nas áreas de "permanência" e "assuntos da juventude", quando se pensa em saúde mental num paradigma

psicossocial que embasa a Política Nacional de Saúde Mental, este atravessamento se expande, pois passa a configurar elementos de promoção, prevenção e intervenção em saúde mental, com ações que estariam contidas em todas essas linhas temáticas.

Como não há metas a serem cumpridas e nem mecanismos de avaliação da política, cabe a gestão de cada IFES constituir e direcionar suas ações e estratégias. Nessa ausência de disposição e compreensão gerencial nacional, o FONAPRACE tem sido ator político fundamental na tentativa de construção de uma política de saúde para o estudante do ensino federal.

Neste sentido, o FONAPRACE passa a construir, em seus encontros nacionais e regionais, Grupos de Trabalho (GTs) para fomentar as discussões e traçar recomendações para as ações da área. Em 2012, cria-se o GT de saúde e, em 2014, o GT de saúde mental com o objetivo de discutir os princípios e as diretrizes da assistência nesta área. No entanto, até o atual momento, não há uma política nacional específica para o campo. A despeito disso, ao final dos encontros do FONAPRACE, por vezes, as recomendações dos grupos de trabalho temáticos, incluindo os de saúde mental, são compartilhadas em forma de atas e cartas-abertas para os gestores e à comunidade acadêmica numa tentativa de direcionar as ações, geralmente a partir de experiências exitosas em IFES de todo o país e considerando as orientações nacionais da Política de Saúde Mental.

Dito isto, parece importante contextualizar a Política que trata de saúde mental no âmbito nacional e que deve ser considerada, em instância máxima, por todos os serviços e dispositivos que se propuserem a trabalhar com a área, inclusive as IFES.

3.2.2 Política Nacional de Saúde Mental – Conceitos, História e Paradigmas

Segundo aponta Ramos (2012), a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma não existir uma definição oficial de Saúde Mental. Isto porque diferenças culturais e julgamentos subjetivos afetam o modo como a Saúde Mental é definida. Nesse caso, a expressão tem sido usada para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, ainda podendo ser incluído neste conceito a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar o equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Portanto, se pode afirmar que o conceito de Saúde Mental ultrapassa a ideia de ausência de transtornos mentais. Assim como o de sofrimento psíquico não se reduz a presença de um diagnóstico.

Ademais, o conceito de “sofrimento psíquico”, de uso recorrente no campo da saúde mental de caráter psicossocial, como visto em Paulo Amarante (2006), é eleito neste trabalho

numa tentativa de utilização de novas formas linguísticas para expressar a compreensão do fenômeno como complexo e não meramente como um quadro psicopatológico, como tradicionalmente era abordado no paradigma mais tradicional, relacionado ao modelo manicomial. É possível ainda encontrar na literatura psicossocial a recorrência de expressões como “transtornos mentais”, “transtornos psíquicos” e ainda “sofrimento emocional” sem que haja afastamento do objetivo inicial.

Os conceitos que fundamentam a área de conhecimento da Saúde Mental guardam suas raízes nos processos históricos de redemocratização das políticas públicas de saúde no Brasil. Ao analisar este campo, Amarante (2006) avalia tratar-se de uma das mais ousadas e inovadoras frentes do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que não se reduz ao aperfeiçoamento do modelo assistencial anterior, e sim representa um processo de ruptura com o modelo hegemônico da época, sabidamente: biomédico, hospitalocêntrico, especialístico, hierarquizado e curativista.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início contemporâneo ao período da eclosão do movimento sanitário, nos anos de 1970, que se estabelece em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

A sanção, em 2001, da Lei 10.216 (BRASIL, 2001) redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. A partir dela, a política nacional passa, então, a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país.

Essa mudança de paradigma sustentada pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001) amplia o olhar da pura assistência/tratamento para as noções de *promoção*, *prevenção* e *intervenção* em saúde mental. O modelo sugerido por Weisz *et al.* (2005) é caracterizado por ser uma proposta integrativa, na qual é possível traçar ações de promoção em saúde mental e prevenção aos transtornos mentais como atividades de um mesmo contínuo. Isto é, que têm uma intersecção parcial ainda que mantenha metas distintas. Dessa forma a contribuição desse modelo de Weisz et al. (2005) é o destaque de uma conexão dinâmica e de caráter complementar (mas que podem se sobrepor em suas ações) entre promoção, prevenção e tratamento.

Apesar dessas sobreposições possíveis, uma diferenciação didática favorece o trabalho analítico. Desta forma, ainda baseado em Weisz *et al*. (2005), a *promoção*, encontra-se associada diretamente à qualidade de vida, que considera autonomia, percepção de rede de apoio, estilo de vida e relações da saúde mental e integralidade e, no ambiente universitário, pode operacionalizar-se através do desenvolvimento de atividades culturais, atividades esportivas e corporais, recepção de calouros, ações de integração à vida acadêmica.

Na *prevenção,* destacam-se o cuidado em saúde mental e a redução de danos, dimensões sociais e institucionais na educação, saúde e comunidade. Engloba-se mudanças de hábito (informações e recomendações), orientações e considerações sobre fatores históricos, sociais, culturais, familiares, biológico, psicológico e genético que afetam à saúde mental do indivíduo. No âmbito acadêmico, são reconhecidas como de prevenção as campanhas e oficinas educativas e informativas temáticas, desenvolvimento de habilidades sociais, espaços de circulação de fala sobre funcionamento acadêmico e os efeitos subjetivos.

Na dimensão *assistência-tratamento-intervenção,* centram-se o acompanhamento do sujeito em condição de sofrimento psíquico e/ou com transtornos mentais. Geralmente, estas atividades demandam uma intervenção multiprofissional e um projeto terapêutico singular, intervenções individuais, grupais, sociais ou multivariadas. No ambiente educacional, é comum identificar dispositivos como o plantão psicológico/acolhimento psicológico, a psicoterapia e as grupoterapias.

Olhar a atenção em saúde mental deste modo amplo e descolar a resposta do papel absoluto do hospital com a mudança de paradigma que a Reforma inaugura, demanda a estruturação de atenção em rede e convoca a noção de desinstitucionalização.

A desinstitucionalização, neste contexto, ultrapassa a ideia mais comum de desospitalização das pessoas internadas por longo prazo, comum ao modelo asilar. Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) consideram a desinstitucionalização como fenômeno amplo que visa a transformação da assistência em saúde mental através da desconstrução das práticas institucionais psiquiátricas e da reconstrução de novas realidades que atravessam a concepção da loucura e do, dito, louco quando propõe colocar a doença entre parênteses, sem negar a presença do sofrimento, mas dirigir o olhar para o sujeito e sua existência, suspendendo assim todo o aparato de sustentação da doença.

Os mesmos autores ainda apontam como aspectos fundamentais para a desinstitucionalização a elaboração de uma nova política de saúde mental com base na mobilização e participação dos atores envolvidos; foco do trabalho terapêutico no enriquecimento da atividade e da existência global, complexa e concreta dos sujeitos em

sofrimento; e construção de estruturas substitutivas à internação nos hospitais psiquiátricos, ao isolamento. Nesta perspectiva, a desinstitucionalização

> vai a imprimir mais fortemente a liberdade como condição fundamental para qualquer pessoa, a continuidade do trabalho terapêutico como diferencial para a sustentabilidade das pessoas na sociedade, o trabalho no território para além da configuração geográfica e a interdisciplinaridade e intersetorialidade para a constituição de um novo sujeito (LUCENA, 2011, p. 18).

Esta compreensão ampla de território permite uma leitura sobre este conceito e a noção de desinstitucionalização neste estudo. Neste contexto, existem fundamentos para que a própria universidade seja compreendida como território do qual compartilham seus atores, dentre eles os estudantes em sofrimento psíquico. A partir do olhar sobre o vínculo do estudante com a universidade e com o curso, a frequência ou possibilidade da continuidade da vinculação através de adaptações como elementos que ancoram a relação territorial dos estudantes com a universidade. A desinstitucionalização aqui será, também, analisada como questão para sustentabilidade do estudante na universidade, construindo um sentimento de pertencimento, de reconhecimento e de apropriação dentro dela.

Os pontos levantados acima por Lucena (2011) resgatam um segundo conceito, anteriormente citado, em associação à Reforma Psiquiátrica, a saber: a rede. A ideia de Rede de Atenção à Saúde Mental/Psicossocial é amparada na noção de Rede de Saúde prevista pelo SUS desde a sua constituição na década de 1990 com a proposta de uma nova forma de atenção e gestão da saúde em sistema. Conforme apontado em Brasil (2009), a construção de redes torna-se, então, uma estratégia indispensável do SUS, pois permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença.

A Lei Orgânica específica prevê destaque à organização do sistema em redes regionalizadas e descentralizadas pautadas nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e controle social[5] das ações.

[5] O princípio de Controle Social conta com uma normativa específica, a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), de 28 de dezembro de 1990, com a descrição e a regulamentação das Conferências e os Conselhos de Saúde nos âmbitos das três esferas governamentais como equipamentos para a organização do Sistema Único de Saúde. Estas instâncias preveem a participação da comunidade como atores sociais, no sentido de favorecer seu protagonismo no controle das ações públicas em saúde.

Compartilhando destes princípios, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS é definida a partir da Portaria nº 3088/2011 (BRASIL, 2011) como um conjunto de ações e de serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Esta rede deve ser articulada, integrada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais. A ênfase deve ser dada aos serviços com base comunitária, caracterizados pela plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares e não o movimento contrário.

Entretanto, apenas a existência de pontos na rede não garante ampliação do cuidado. Uma estratégia torna-se fundamental: a articulação. Trata-se de mecanismos de comunicação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente e a totalidade do conjunto, podendo expandir-se ou manter-se em equilíbrio sustentável.

Mance (2001) contribui com a ideia de que na rede cada nódulo representa uma unidade e cada fio um canal por onde estas unidades se articulam através de diversos fluxos. Nesse sentido, cada estrutura molecular de atendimento teria canais de comunicação tanto dentro da própria unidade quanto fora dela, possibilitando a realização de ações integradas de caráter intra e interinstitucional. O princípio básico dessa rede é que ela funciona como um sistema aberto que se auto reproduz. Desta forma, por essência, nenhuma rede seria igual à outra, uma vez que os recursos e o funcionamento dinâmico são singulares em cada área.

A possibilidade de traçar um panorama dos dispositivos de atenção à saúde mental do estudante na UFPE e verificar se, entre outros aspectos, eles funcionam em rede, se atentam para as recomendações do PNAES, ou seja, se conversam com as políticas (e seus desdobramentos) acima exploradas fazem desse estudo um desafio de caminhar entre campos diversos e complementares que perpassam pela educação e pela saúde. Neste cenário, o trabalhador da área e o pesquisador que se lança nesta arena estão sempre sendo convocados a construir sua práxis num “entre” que não deve se afastar da essência nem desconsiderar a amplitude do fenômeno saúde mental do estudante universitário, como será visto a seguir.

3.3 SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO (história, dados e pesquisas)

O tema tratado nesta dissertação vem sendo alvo da atenção de estudiosos e pesquisadores internacionais e no Brasil há muitos anos (LORETO, 1985; FORTES, 1972; ALBUQUERQUE, 1993). Ao desenvolver uma profunda revisão histórica sobre as respostas à

saúde mental do estudante ao redor do mundo, Loreto (1985) data em 1919 as primeiras publicações nos Estados Unidos, mas só a partir da década de 1960 as pesquisas nessa área passam a utilizar metodologia avaliada como correta. Na época, o interesse era estimar a incidência e prevalência de doenças psiquiátricas entre universitários.

Este mesmo autor identifica que, no Brasil, o primeiro Serviço de Higiene Mental e Psicologia Clínica para estudantes universitários foi criado em 1957, junto à cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, para atender às necessidades dos estudantes do curso, seguido pelas federais do Rio Grande do Sul, de Minas Gerais e do Rio de Janeiro (LORETO, 1985).

Desde então, diversos serviços foram inaugurados. Um mapeamento realizado pelo FONAPRACE sobre a assistência praticada nas IES públicas brasileiras entre 1999 e 2000 identificou que das 40 instituições pesquisadas, 34 (85%) ofereciam algum tipo de atendimento à saúde mental do estudante universitário.

É a partir da década de 1980 que os estudos passam a ser mais desenvolvidos no Brasil, entretanto, concentram-se primordialmente na área da saúde, sendo poucas as referências em outras áreas, como a de políticas públicas, por exemplo. Mesmo mais voltados para a área da saúde, diferentes enfoques e interesses de análise podem ser apontados ao se levantar a história dos estudos sobre a Saúde Mental do Estudante Universitário no país, desde a caracterização do perfil sociodemográfico e de saúde mental de estudantes de uma determinada universidade (CERCHIARI, 2005; OLIVEIRA, 2007; NEVES; DALGALARRONDO, 2007), passando pela estruturação e perfil de utilização de serviços de atenção à saúde mental para estudantes universitários (CAMPOS, 2016; CERCHIARI; CAETANO; FACCENDA, 2005), pela identificação de fatores associados ao sofrimento psíquico na universidade (SOUSA; JOSÉ; BARBOSA, 2013; GRANER; CERQUEIRA, 2019), até reflexões mais teóricas sobre o impacto subjetivo das transformações sociais contemporâneas na comunidade acadêmica (LEÃO; IANNI; GOTO, 2019a, 2019b).

A vulnerabilidade da população universitária ao sofrimento psíquico guarda fatores de diversas naturezas, desde a prevalência de abertura de quadros psicopatológicos na faixa etária mais frequente neste nível de ensino, passando pelos impactos característicos do desenvolvimento humano, resultante das transformações físicas, sociais e psíquicas da fase da adolescência para a vida adulta e ainda reforçadas pelas tensões associadas à transição para a universidade, tais como: saída de casa pela primeira vez, muitas vezes com migração territorial; lidar com novo grupo social, administrar finanças, adaptar-se a novos regimes de aprendizagem e criar uma identidade como estudante universitário, entre vários outros elementos.

No intento de conhecer o perfil dos estudantes de graduação das IFES do país, alguns levantamentos foram realizados pela FONAPRACE/ANDIFES ao longo dos anos, desde 1996, conforme dados anteriormente apresentados. Nestes levantamentos, chamam atenção elementos associados à saúde mental, foco principal do estudo em tela, que passaram a ser considerados a partir da segunda pesquisa publicada.

No que diz respeito ao sofrimento psíquico dos estudantes, no levantamento realizado em 2011, quase metade dos respondentes (47,7%) informou ter vivenciado crise emocional no ano anterior. Comparativamente aos resultados de anos anteriores da mesma pesquisa em 2003/2004, houve um aumento significativo tanto na vivência de crise emocional quanto na procura de atenção em saúde mental (tratamento psicológico e psiquiátrico).

Os fatores associados pelos estudantes ao baixo desempenho acadêmico foram ansiedade (70%), insônia ou alteração do sono (44%), a sensação de desamparo / desesperança / desespero (36%), a sensação de desatenção / desorientação / confusão mental (31%), timidez excessiva (25%), depressão (22%), medo / pânico (14%), problemas alimentares (12%), uso abusivo de álcool (4%) e de drogas não lícitas (2%). Além de ter o desempenho acadêmico afetado, conforme 48% dos estudantes, outras consequências desses sofrimentos foram levantadas na pesquisa, tais como: "falta de motivação para estudar ou dificuldades de concentração (61%), reprovações (31%), trancamentos de disciplinas (16%), mudança de curso (6%), risco de ser jubilado (6%) e trancamento geral (5%)" (FONAPRACE, 2011).

A pesquisa ainda buscou mapear eventos estressores característicos da vida acadêmica e identificou que 43% dos estudantes apresentaram dificuldades de adaptação a novas situações. Com relação à interferência dos relacionamentos na vida acadêmica, foram listadas: as relações interpessoais ou sociais responsáveis por 46% de interferência, as relações amorosas ou conjugais por 41%, as situações de violência por 24% e 25% dos estudantes relataram o assédio moral como um problema que influencia na vida acadêmica. Dificuldades econômicas foram manifestadas por 52% dos estudantes. Também foram encontrados, com alguma relevância, relatos de dificuldades de aprendizagem e de hábitos de estudos (FONAPRACE, 2011).

Em maio de 2019, foi divulgado o resultado da quinta pesquisa realizada no fim do ano anterior. Neste último levantamento, foi observado que as IFES incrementaram suas ações em torno do problema da saúde mental, como, por exemplo, a adesão às campanhas denominadas

"Janeiro Branco"[6] e "Setembro Amarelo"[7] que visam conscientizar a comunidade acadêmica sobre adoecimento mental, sofrimento psíquico e suicídio e aprimoraram o instrumento/metodologia para coleta de dados sobre atendimento específico na área (FONAPRACE, 2019a).

Os dados atuais revelam ainda que 32,4% dos estudantes estiveram ou seguem em atendimento psicológico, sendo que 13,7% procuraram atendimento psicológico há mais de um ano, 9,0% no último ano. Desses que procuraram psicólogo, 39% fazem ou já fizeram uso de medicação psiquiátrica. No dado geral, 9,8% fizeram uso de medicação psiquiátrica em algum momento e 6,5% estavam tomando no momento da realização da pesquisa.

O relatório da pesquisa ainda revela a preocupação com estudantes que nunca procuraram acompanhamento psicológico e estão em uso de medicação psiquiátrica e os que já fizeram uso, mas não o fazem atualmente, podendo apontar para interrupção do tratamento ou tratamento incompleto. Outro dado de alerta foi o aumento da ideação de morte entre 2014 e 2018 de 6,1% para 10,8% e do pensamento suicida de 4% para 8,5% em um intervalo de poucos anos. Soma-se a este crescimento preocupante, o fato de que o suicídio já é considerado a segunda causa de morte entre o público universitário (FONAPRACE, 2019a).

Estes dados recentes da pesquisa se aproximam do trabalho de Lambert *et al*. (2018) no qual se explora o estado da arte sobre adoecimento do estudante universitário brasileiro. Percorrendo a produção técnica de vários dos autores citados neste tópico, Lambert *et al*. (2018) destacam o que Loreto (1958) constatou em seu estudo, que as dificuldades de adaptação e as exigências do espaço universitário podem ser um agravante para a saúde mental do estudante. Giglio (1976) identificou que o sofrimento psíquico está relacionado a quatro fatores: futuro profissional, não correspondência do curso às expectativas, relacionamento insatisfatório entre os pais e questões socioeconômicas [...]. Souza (1978) identificou que o cansaço físico e mental por não dormirem o suficiente, a má postura, a imaturidade e a dificuldade de falar dos problemas estariam associados a uma instabilidade emocional.

Lambert *et al*. (2018) seguem levantando o que Hahn (1994) afirma, que estudantes com transtornos neuróticos de personalidade estariam associados às condições de moradia e ao aumento da vulnerabilidade pelo início da vida universitária, se sobrepondo à transição da

[6] O Janeiro Branco, uma campanha criada pelos profissionais da área da saúde mental de Uberlândia em 2014, pretende conscientizar as pessoas sobre o que significa a saúde mental, desconstruir conceitos estigmatizantes sobre o cuidado em saúde mental e divulgar práticas de promoção e de autocuidado. Janeiro foi escolhido por ser o mês da "virada de ano", quando se costuma fazer reavaliações de vida.

[7] O Setembro Amarelo é uma campanha nacional de prevenção ao suicídio, iniciada em Brasília em 2015, integrada às atividades do dia 10 de setembro, reconhecido como Dia Mundial de Prevenção do Suicídio.

adolescência para a vida adulta. Cerchiari (2004) identificou que os estudantes buscam ajuda psicológica por vivenciarem situações de estresse, de falta de confiança e relacionadas a dificuldades socioeconômicas. Bohry (2007) constatou que as solicitações de Trancamento Geral de Matrícula por motivo de saúde estavam associadas às demandas acadêmicas, pessoais e relacionais, ocasionando dificuldades emocionais como transtorno mental.

Saraiva e Quixadá (2010) destacaram que os mecanismos de adaptação, de afastamento da família e de aquisição de domínio da linguagem acadêmica geram dificuldades psicossociais resultando em um desgaste emocional extremamente prejudicial que podem se [...] manifestar através do absenteísmo, drogadição, depressão e suicídio, ansiedade e estresse. Ainda foram identificados, neste estado da arte, outros estudos relacionados à saúde física e seus atravessamentos com a saúde emocional, que ultrapassam o interesse do presente estudo.

É importante destacar que Lambert *et al.* (2018) revelam que não foi confirmada a hipótese inicial de que o aumento de estudos sobre o adoecimento do estudante estaria relacionado a expansão das universidades federais e a ampliação de vagas e diversificação das formas de acesso, pois não foi identificada em nenhum dos estudos a menção sobre essa relação. Entretanto, não se pode desconsiderar o peso deste fator.

Ao abordar a universidade diante deste processo de expansão, Osse e Costa (2011) apontam que alguns estudantes dependem de uma estrutura de apoio e recursos de permanência durante o curso e que a conquista de uma vaga na universidade pública pode ser invalidada pela dificuldade em se manter nela. Daí a ajuda institucional, por meio de programas específicos, representarem, por vezes, a única viabilidade de tais estruturas quando o aluno não as tem. Esta afirmação toma ainda maior força diante do atual cenário no qual boa parte de população das IFES é oriunda de grupos em vulnerabilidade socioeconômica.

A Lei nº 12.711 (BRASIL, 2012), conhecida como Lei das Cotas, assumiu um papel decisivo nessa mudança de cenário ao definir que ao menos metade das vagas ofertadas nas IFES seria destinada a pessoas oriundas do Ensino Médio em público. Além disso, estabeleceu que parte destas vagas teriam recorte de renda (até 1,5 salário mínimo per capita) e racial, conforme demonstrado na figura a seguir:

Figura 4 – Distribuição das vagas reservadas de acordo com a Lei 12.711/2012

Fonte: Portal do Ministério da Educação (2020).

Em 2016, um novo grupo passou a ter reserva mínima de vagas, as pessoas com deficiência, através da Lei nº 13.409 (BRASIL, 2016). O último boletim do Grupo de Estudos Multidisciplinares da Ação Afirmativa (GEMAA) de 2020 apresenta os dados de que, como efeito, nos cinco anos subsequentes à assinatura da lei de cotas, de 2013 a 2018, mais de 645 mil vagas foram reservadas para o ingresso de estudantes de escolas públicas, pessoas pretas, pardas e indígenas e pessoas com deficiência nas 63 universidades federais brasileiras (PORTELA *et al*, 2020).

Goes *et al*. (2019) ao explorar a realidade da UFPE diante deste cenário revela que já no início de 2013, no primeiro mês de vigência da Lei de Cotas, a UFPE adequou-se parcialmente oferecendo 12,5% das vagas para cotista já de início, chegando em 2016 ao previstos 50% de disponibilidade de vagas exclusivas pra cotistas oriundos de ensino público. Segundo os autores, em 2018, existiam na UFPE quatro tipos de cotas, além da origem do ensino, que contemplavam a autodeclaração racial e a renda e suas sobreposições ou não. Em 2019, a UFPE atualizou as vagas com a cota para pessoas com deficiência.

Os dados apresentados pelos autores mostram que, em 2017, houve 3399 ingressantes na ampla concorrência e 3404 ingressantes com utilização de cotas, sendo 598 com critério de renda, 1123 com critério racial e de renda, 574 com qualquer renda e 1109 com critério racial independente da renda. Este estudo ainda aponta a adesão da UFPE ao Sistema de Seleção Unificada (SISU) como forma de ingresso (parcial em 2012 e total a partir de 2015) que vem

sendo artifício favorecedor ao ingresso de estudantes de outros estados, que vem para Recife, muitas vezes, sem suporte familiar ou rede de suporte.

Todas estas transformações no panorama universitário demandam um olhar ampliado sobre o sofrimento experimentado neste espaço. Alguns autores indicam que este sofrimento pode ser lido a partir de dimensões diversas. Sobre estas dimensões do sofrimento psíquico na universidade, Leão *et al*. (2019a) propõem a ampliação do olhar, ultrapassando o paradigma do que eles chamam de individualização do sofrimento, direcionado historicamente apenas à oferta de respostas terapêuticas clínicas ou de autogerenciamento (administração do tempo, dos estudos, das rotinas) do estudante em sofrimento.

Os autores seguem esclarecendo que não se pretende negar a existência de fatores individuais ou de situações ligadas ao ambiente, ao funcionamento e às práticas da academia, mas que se torna equivocada e reducionista a ideia de assumi-las como causas únicas e necessárias ou abordá-las de um ponto de vista estritamente individual.

Desta forma, Leão *et al*. (2019b) propõem somar às questões eminentemente individuais e singulares do sofrimento no ambiente universitário as dimensões coletivas, socioestruturais (conjunturais) e institucionais. Isto porque os autores propõem que mesmo o sofrimento individual pode estar relacionado a:

> (i) questões coletivas, opressões ou violências específicas de determinados grupos (renda e escolaridade, gênero, raça e sexualidade, pessoas com deficiência etc.), a (ii) questões socio-estruturais e econômicas (contrarreformas, mudanças das condições objetivas de vida e de consciência, modo de produção capitalista, ciclos e crises político-ideológicas etc.) e a (iii) relações ligadas diretamente ao contexto da universidade (produtivismo acadêmico, jornada de trabalho e estudo, assédio moral e sexual, precarização das condições de trabalho e estudo etc.). (LEÃO *et al.*, 2019b, p. 53).

Os autores afirmam que não se pode desconsiderar que estas quatro dimensões (individual, coletiva, institucional e socioconjuntural) são indissociáveis, multideterminantes e multideterminadas. Para além do quadro específico do sofrimento psíquico, se relacionam e se determinam mutuamente, assim como intensificam ou aliviam o impacto sobre os estudantes.

Dada a complexidade do fenômeno e seus efeitos sobre o percurso acadêmico do estudante e sobre o clima institucional na universidade, várias pesquisas apontam a importância do desenvolvimento de programas voltados para a atenção à saúde mental do estudante no ensino superior (OSSE; COSTA, 2011; RAMOS, 2012; CUNHA; CARRILHO, 2005; SANTOS; PEREIRA; SIQUEIRA, 2013).

Destaca-se a importância de que as ações sejam tão amplas quanto o fenômeno ao qual pretendem responder. A partir da leitura de Leão *et al*. (2019b), o seguinte quadro foi

estruturado, considerando a divisão por eles proposta sobre dimensão do sofrimento na universidade e os caminhos de reposta possíveis para cada delas, como pode ser visto:

Quadro 7 – Respostas possíveis a questão da saúde mental na Universidade

INDIVIDUAL	**Clínicas** (psicológica, psiquiátrica, nutricional, terapia ocupacional, educação física etc.), complementares/integrativas (holísticas); **Terapêuticas** (grupais, desenvolvimento de habilidades – ferramentas emocionais, agentes identificadores e multiplicadores, identificação precoce de sinais); **Pedagógicas** (organização de estudo, disciplinas).
COLETIVAS	**Ações específicas** para determinada minoria; Demais **eixos do PNAES**; **Coletivos** específicos.
INSTITUCIONAIS	**Ambientais/estruturais** e clima organizacional; **Projeto** político/pedagógico; Espaço de construção coletiva (**Política local**); Universidade Saudável/ Cultura de paz/ Conciliação/Ouvidoria.
CONJUNTURAIS	Pressões/mobilizações sociais, Políticas Públicas, Formação de profissionais, produção de pesquisa na área.

Fonte: Elaboração própria a partir da leitura de Leão *et al*. (2019b)

Após circular por esta variedade de olhares sobre o campo da saúde mental do estudante universitário e o fenômeno do sofrimento psíquico neste público, de conhecer a experiência internacional e brasileira sobre o tema, cabe agora focar na realidade local para seguir a discussão teórica que embasa esta pesquisa.

3.4 GERMINAÇÕES: História da Saúde Mental do Estudante na UFPE e Dados Locais

A Universidade Federal de Pernambuco vem demonstrando atenção ao tema da saúde mental do estudante mesmo antes da promulgação do Programa de Assistência estudantil ou da definição da Política Nacional de Saúde Mental. Na verdade, conforme abordado no tópico 6.3, a instituição foi pioneira neste campo, uma vez que o primeiro dispositivo criado para atender às necessidades dos estudantes universitários em 1957 foi o Serviço de Higiene Mental e Psicologia Clínica vinculado à cadeira de Clínica Psiquiátrica lecionada por Galdino Loreto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (LORETO, 1985). O professor dedicou 30 anos de trabalho ao atendimento dos estudantes e realizou as primeiras pesquisas sobre saúde mental do universitário, conforme referenciado em tópicos anteriores. Na época, o serviço atendia especificamente os estudantes do curso de medicina e funcionou por muitos anos no antigo Hospital Pedro II.

Um outro marco na atenção à saúde mental do estudante na UFPE foi a criação do Centro de Ensino, Pesquisa e Atenção à Saúde Mental, o CEPASM. Inserido nas instalações da

Clínica de Psicologia, no sétimo andar do Centro de Filosofia e Ciências Humanas já no *campus* na Cidade Universitária, e vinculado administrativamente ao setor de assistência estudantil (na época, ao Departamento de Assistência Estudantil/DAE da Pró-Reitoria para Assuntos Acadêmicos/PROACAD), o CEPASM funcionou de 1996 a 2006 com uma equipe multidisciplinar, composta, entre outros, pelo psiquiatra José Francisco de Albuquerque, pela psicóloga Ana Cristina Marques de Almeida e pelo terapeuta ocupacional Ivo de Andrade Lima Filho.

O dispositivo atendeu a comunidade discente em geral com especial atenção aos residentes das casas do estudante universitário (CEU) que pela própria natureza, conforme apontado no tópico anterior, apresentam elementos de vulnerabilidade pela distância da família, exigências de adaptação, conciliação e convivência com diversidades e conflitos.

Com o fim do CEPASM em 2006, o Núcleo de Apoio à Saúde do Servidor (NASS), órgão vinculado à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas (PROGEPE), através de acordo, passou a realizar atendimento exclusivamente aos estudantes das CEUs da UFPE, podendo haver, em alguns casos, encaminhamento para o Hospital das Clínicas da UFPE. Em 2009, um serviço específico para o estudante de medicina voltou a ser inaugurado, o Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina (NAEM).

Ainda existia a possibilidade de inserção dos demais estudantes com demandas de cuidados em saúde mental e necessidade de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e orientação profissional no chamado auxílio psicológico, depois nomeado de Programa de Bem-Estar Mental (PROBEM[8]), que consistia no custeio, através de uma bolsa, do tratamento especializado com profissionais parceiros nos seus espaços privados. A identificação e o acompanhamento psicossocial e pedagógico dos alunos envolvidos neste programa eram de responsabilidade de técnicos do Diretoria de Assistência Estudantil, posteriormente transformada em Pró-reitora para Assuntos Estudantis (PROAES). O PROBEM funcionou até 2018 no *campus* Recife, apenas com os estudantes já em acompanhamento. As novas demandas passaram a ser acolhidas pelo NASE desde a sua criação em 2014.

Em junho de 2014, a UFPE inaugurou o Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante (NASE), na área externa ao *campus* Recife, próximo ao CAC e ao CTG, com o objetivo de oferecer assistência à saúde baseada nos preceitos da atenção integral, inclusive nos atendimentos de saúde mental. O NASE é uma unidade ambulatorial para prestação de

[8] Este PROBEM da PROAES, apesar de ter o mesmo nome, não guarda nenhuma vinculação com, nem tem os mesmos objetivos que, o PROBEM do CAC, que surgiu como projeto de extensão no ano que o da PROAES findou.

atendimento eletivo e assistência aos usuários, estudantes de graduação, com prioridade para aquele com perfil PNAES, de modo programado e continuado. Portanto, o acesso ao núcleo é amplo para o acolhimento dos estudantes da UFPE com demandas em saúde, entretanto, o acompanhamento é restrito aos alunos socialmente vulneráveis (NASE, 2014).

O eixo de saúde mental no NASE sempre teve intensa procura da comunidade discente, apontando para a importância e o reconhecimento de suas ações. O espaço físico e algumas atividades são compartilhadas com a equipe do Núcleo de Assistência Estudantil. Estima-se que o NASE já tenha atendido em todas as especialidades cerca de 6000 estudantes ao longo dos quase cinco anos de funcionamento.

No âmbito da saúde mental, o NASE oferta algumas modalidades de atendimentos psicológico e médico, individual e grupal, além de oficinas. Estes elementos serão mais bem explorados quando da análise de suas atividades, pois este dispositivo fez parte da amostra desta pesquisa. Por ora interessa aqui destacar dois conjuntos de informações colhidos a partir do NASE, a saber: o resultado de uma pesquisa de satisfação sobre a utilização dos dispositivos de saúde mental com os estudantes beneficiários da PROAES (material de domínio público) e material apresentado pela equipe de psicologia do NASE em formato de relato de experiência no Simpósio de Técnicos Administrativos em Ensino Superior da UFRPE, unidade de Garanhuns (UAG), com análise breve do perfil dos estudantes com demandas de saúde mental atendidos no acolhimento psicológico (dados da apresentação liberados pelos autores do trabalho no anexo B).

Pretende-se que a apresentação destes materiais sirva como um termômetro para ilustrar a situação de saúde mental da UFPE no momento atual e para apontar o olhar do estudante para este fenômeno.

Sobre a pesquisa de satisfação realizada pela PROAES entre os dias 11/07 e 05/08 de 2019 e que teve como objetivo saber dos estudantes como os programas de intervenção da assistência estudantil refletiram nas suas vidas acadêmicas, com preenchimento de escala, três tópicos principais foram abordados:

1. O nível de satisfação dos estudantes com os programas de assistência;
2. Em quais aspectos os programas são falhos;
3. Recolhimento de sugestões de melhoria e de aperfeiçoamento dos programas.

O link para a pesquisa online foi enviado para os 6.125 endereços de e-mails registrados no sig@ como bolsistas. Somaram-se ao final da pesquisa 2.063 respostas, ou seja, 33% dos estudantes que receberam o e-mail responderam à pesquisa.

Dos respondentes 355 (42,3%) faziam uso do atendimento de psicologia, 43 (5,1%) faziam uso do atendimento em psiquiatria. Dos que relataram usufruir dos serviços de saúde do NASE, 263 (85%) referiram ser entre 4 e 5 (numa escala de 0 – 5) o nível de colaboração deste serviço para a manutenção da sua vida acadêmica.

No espaço para a participação discursiva[9], algumas colaborações se destacam para o objetivo da presente pesquisa:

> "Sem o programa de assistência não seria possível minha permanência no curso e o apoio psicológico disponível no nase tem me ajudado de forma significativa a enfrentar problemas de ordem maior que estão afetando meu desempenho acadêmico".
>
> "Eu possuí assistência psicológica no NASE e isso me ajudou bastante com a pressão na universidade e na minha vida pessoal que prejudicava meu desempenho acadêmico. O auxílio da bolsa nível é a única ajuda financeira que tenho atualmente, dependo inteiramente dessa bolsa pra me manter na graduação".
>
> "[...] Depois que entrei na UFPE desenvolvi problemas como gastrite, ansiedade e depressão em virtude do mau desempenho, mesmo com todo esforço que coloco nas atividades acadêmicas. A assistência dada pelo NASE me ajudou e ajuda muito no sentido de retomar minha saúde mental e física".
>
> "Eu acredito que o NASE deveria ter mais psicólogos, visto que somos um público que requer essa demanda e o acolhimento não resolve o real problema".
>
> "Saúde mental: o difícil acesso aos serviços de psicologia no NASE, já que os alunos com vulnerabilidade socioeconômica também precisam muito de apoio à saúde mental durante a graduação, mas não há disponibilidade para tanta demanda".
>
> "O auxílio psicológico no nase poderia melhorar para atender a um número maior de estudante que assim como eu já necessitaram do serviço e por vezes não puderam se atendido por excesso de procura. Ações q visem a saúde mental dos estudantes com ênfase na promoção de saúde e prevenção dos agravos seria excelente".

Observa-se o reconhecimento dos estudantes sobre sua demanda de saúde mental e o impacto positivo do atendimento nesta área. É visível também a avaliação da insuficiência quantitativa das ações e o estímulo para o desenvolvimento de outras ações que ultrapassem o caráter curativo / de tratamento da intervenção, convocando para outras dimensões do cuidado em saúde mental.

Os segundos dados a serem apresentados são os do trabalho intitulado *Saúde Mental do Estudante: relato de experiência de técnicos do Serviço de referência da UFPE* baseado em estudo de caso descritivo realizado pela equipe de psicologia do NASE a partir de análise documental com consulta a dados secundários. As fontes foram as fichas de primeiro atendimento da triagem do NASE e os registros de atendimentos do acolhimento psicológico.

[9] Foram mantidas as escritas originais dos estudantes conforme publicação da pesquisa de satisfação.

O acolhimento psicológico no NASE funciona no formato de plantão, sem agendamento prévio, com entrada por ordem de chegada no turno, com até 5 pessoas. As pessoas atendidas podem retornar por até 6 vezes, consecutivas ou não.

Os resultados divulgados se configuram como uma análise preliminar dos dados, uma vez que não se trata de uma pesquisa propriamente dita, mas de um exercício de compartilhamento e de reflexão sobre o fazer e os dados advindos deles. Foi possível observar que, no período de julho de 2017 a setembro de 2019, foram realizados cerca de 1300 atendimentos, nos quais 632 pessoas foram atendidas, sendo a seguinte distribuição: 391 (62%) mulheres e 241 (38%) homens, destes 15 se identificaram como pessoa trans ou não-binária. A idade média foi de 22 anos, estando o estudante mais jovem a procurar com 17 anos e a de mais idade com 57. Os cursos cujos estudantes buscaram o acolhimento com maior frequência foram farmácia, pedagogia, ciências biológicas, educação física, letras, geografia, história, biomedicina, engenharia iniciais, engenharia civil, serviço social, design, música e terapia ocupacional.

Os retornos se concentraram em até quatro vezes, sendo que grande parte da demanda se dissipa em apenas um encontro, seja pela natureza da demanda ou por dar seguimento ao encaminhamento externo. As demandas têm naturezas diversas e serão apresentadas pela frequência que apareceram nos atendimentos realizados: *leves e indefinidas* (demandas de autoconhecimento, acompanhamento preventivo, insatisfação com hábitos, curiosidade pelo atendimento ou para acompanhar um amigo); *questões acadêmicas* (dificuldades de concentração, no desempenho acadêmico, sobrecarga acadêmica, incerteza com futuro profissional, dificuldade de finalizar o curso, assédio moral na universidade); *questões de escolha profissional* (dúvida com o curso, deseja outro curso, mudou e segue em dúvida); *questões relacionais/afetivo-amorosas* (ciúmes, fim de relação, conflitos); *conflitos familiares* (distância da família, questões de divergências religiosas ou políticas, questões da orientação de gênero, sobrecarga familiar, adoecimento na família, violência intrafamiliar com membros – pai e irmã, mãe e pai); *diagnóstico doenças clínicas* (graves e/ou crônicas ou infecções sexualmente transmissíveis); *quadro de transtorno mental diagnosticado* (antes ou atual / no NASE ou fora; mais comuns são ansiedade, depressão, transtorno bipolar, transtorno de personalidade borderline, transtorno obsessivo-compulsivo, quadro psicótico, esquizofrenia, transtorno alimentar); *violência* (abuso na infância, abuso atual, relacionamento abusivo); *conflito pessoal* (gravidez indesejada, decisões importantes); *questões financeiras* (dificuldade de manter o curso, necessidade de outras fontes de renda e trabalho); *discriminações raciais*;

questões de acessibilidade; *questões de sexualidade* (auto aceitação, aceitação familiar/social, processo de transexualização); *uso problemático de substâncias* (álcool, tabaco, drogas ilícitas).

Como é possível observar, as demandas identificadas são de natureza *pessoais/individuais*, mas também ambientais, de aspectos da *coletividade*, que atravessam mais diretamente um grupo vulnerável ou minoritário; são também de natureza *institucionais* que dizem respeito ao funcionamento da universidade, à relação professor-aluno, ao projeto pedagógico do curso e até *conjunturais*, que envolvem o momento político, as cisões e movimentos sociais, às reduções das verbas para políticas públicas e bolsas, como apontado por Leão *et al*. (2019a), abordado no tópico anterior. Todos estes elementos podem ser, e são, na realidade atual da UFPE, fonte de sofrimento psíquico para os estudantes.

O objetivo de conhecer resultados de outras pesquisas sobre sofrimento psíquico na UFPE é permitir que consiga traçar paralelos e cruzamentos com os dados do presente estudo, explorados no tópico específico. Além de que esta análise preliminar sobre a demanda na UFPE ajuda a perceber mais claramente o afirmado anteriormente: que, diante de um fenômeno tão complexo quanto à saúde mental do estudante, as respostas necessitam da mesma complexidade e do alcance em todas estas dimensões acima tocadas. Acredita-se que conhecer e traçar o panorama daquilo que se apresenta em termos de respostas ofertadas para o fenômeno estudado fornecerá, em última instância, subsídios para a análise das políticas públicas de permanência dos estudantes.

3.5 CAMPO SEMEADO ENTRE AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE MENTAL

Este tópico, embora localizado nesta seção teórica, antecipa parte do processo analítico do presente estudo, uma vez que envolve a construção dos quadros conceituais com as diretrizes, os objetivos e os elementos fundamentais das políticas de saúde e de educação abordadas nos tópicos teóricos anteriores e eleitas para articulação na discussão da implementação do conjunto dos dispositivos investigados. O conteúdo dos quadros dispostos ao final deste tópico 3.5 foram frequentemente evocados nos eixos da análise e da discussão.

No âmbito da Assistência Estudantil foram eleitos: 1) o *Decreto n° 7.234/2010* (BRASIL, 2010), que dispõe sobre Programa Nacional de Assistência Estudantil/PNAES; 2) a *Carta de Campina Grande* (FONAPRACE, 2018) produzida pelos Pró-Reitores, Diretores, Coordenadores e/ou responsáveis pelos assuntos estudantis das IFES das Regiões Nordeste/Norte, reunidos na Universidade Federal do Campina Grande – PB, de 25 a 27 de abril de 2018, por ocasião da 15ª Reunião das Regionais Nordeste e Norte do FONAPRACE;

3) a *Carta de Cruz das Almas* (FONAPRACE, 2019b) produzida pelos mesmos atores acima citados, reunidos na Universidade Federal do Recôncavo Baiano em Cruz das Almas – BA, de 15 a 17 de abril de 2019, por ocasião da 17ª Reunião das Regionais Nordeste e Norte do FONAPRACE; e, por fim, 4) a *Resolução nº 15/2019* (UFPE, 2019b), que regulamenta a Política de Assistência Estudantil da Universidade Federal de Pernambuco.

Os documentos 1 e 4 são normativas nacional e local, as quais a UFPE está submetida. Os documentos 2 e 3, embora não sejam normativas, guardam teor de recomendação por serem produzidos a partir de Grupos de Trabalho Temáticos que abordam desafios comuns das regiões, compartilham experiências exitosas e sugerem caminhos de ação nas regionais e propostas para serem levados aos encontros nacionais. Daí a escolha por cartas que continham indicações dos GTs de saúde mental e que consideravam realidades semelhantes a da UFPE.

No âmbito da Saúde Mental foram eleitos[10]: 1) *a Lei n° 10216/2001* (BRASIL, 2001), que dispõe dos direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e direciona o novo modelo assistencial; 2) a *Portaria nº 3088/11* (BRASIL, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 3) O *relatório final* da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial – CNSM – I (SUS, 2010) realizada em Brasília em 2010; 4) a *Lei 13.819/19* (BRASIL, 2019) que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio; e, por fim, 5) o documento *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil,* apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (BRASIL, 2005) ocorrida em Brasília em 2005.

Os documentos 1, 2 e 4 são normativas nacionais que abarcam os direitos dos usuários e direcionam a assistência no campo da saúde mental. Os documentos 3 e 5, embora não sejam normativas, também guardam força de recomendação por terem sido produzidos coletivamente no âmbito de instituições participativas, as conferências instituídas e legitimadas pela Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), além do reconhecimento entre os autores da área.

[10] A Nota Técnica nº 11/2019 intitulada "Nova Saúde Mental", publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde em 04/02/2019, foi, intencionalmente, deixada de fora deste quadro analítico por apresentar uma série de descumprimento das demais políticas que ao longo das últimas duas décadas reorientaram a saúde mental no Brasil. Esta nota e documentos anteriores de 2017, nos quais ela se inspira (Resolução nº 32, Portaria nº 3588 e Portaria Interministerial nº 2), têm sido alvo de incisivas críticas de associações, conselhos, entidades de classe e outros órgãos comprometidos historicamente com a Reforma Psiquiátrica pelo seu teor de retrocesso e ameaça aos avanços alcançados no campo da saúde mental. Destaca-se a Nota Técnica nº 5 de 2019 da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, vinculada ao Ministério Público Federal, que aponta para a afronta constitucional e a diversas leis (incluindo todas as outras eleitas para o quadro conceitual citadas acima) e solicita as revogações aos ministérios envolvidos em 28/03/2019.

A eleição desses documentos sustenta-se na revisão teórica desenvolvida ao longo deste estudo. O relevo atribuído a alguns recortes destes documentos presentes nos quadros abaixo atendem aos objetivos desta pesquisa. Não havendo desconsideração do conteúdo restante, mas sim uma escolha metodológica para afunilar o olhar e conduzir melhor a operacionalização da discussão feita a partir da análise de conteúdo temático das entrevistas, conforme explorado na seção com os métodos.

A seguir, encontram-se dispostos os quadros separados pelas áreas Assistência Estudantil e Saúde Mental com indicação do documento de origem e os recortes de conteúdo, considerando princípios, diretrizes, objetivos, conceitos norteadores e recomendações, conforme conteúdo em destaque. Antecipa-se que, com a apresentação dos quadros referidos, se dá por concluída esta seção que contempla o referencial teórico da dissertação que embasa o desenvolvimento da pesquisa. Na próxima seção, apresenta-se o percurso metodológico trilhado para a sua execução.

Quadro 8 – Conteúdo analítico das Políticas de Assistência Estudantil

POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL			
Decreto n° 7.234/ 2010 **Programa Nacional de Assistência Estudantil/PNAES**	**Carta de Campina Grande** **15ª Reunião FONAPRACE Regionais N/NE 2018**	**Carta de Cruz das Almas** **17ª Reunião FONAPRACE Regionais N/NE 2019**	**Resolução nº 15/2019** **Política de Assistência Estudantil da UFPE**
→ Finalidade: ampliar as condições de **permanência** dos jovens na educação superior pública federal. 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.	**Grupo de Trabalho em Saúde Mental** → **Delimitação da responsabilidade** da universidade na atenção à saúde do estudante e especificar o que cabe à assistência estudantil neste âmbito; → Garantir **equipe mínima de profissionais especializados** que atendam as demandas pedagógicas, psicológicas, sociais e físicas do estudante; → Estabelecer **parcerias com a rede** de apoio psicossocial e de saúde; → Promover articulações com as Pró-reitoras fins e as unidades acadêmicas para elaboração de	**Grupo de Trabalho em Saúde Mental** → Campanha nacional de **promoção e prevenção em saúde mental** e de enfrentamento e combate ao racismo institucional, além de promover formação para os servidores e terceirizados. → O fortalecimento das **ações coletivas em saúde mental na perspectiva de promoção e prevenção** com foco **na redução de danos, clínica ampliada e articulação com as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).** → **Identificação da Rede Interna** de Apoio à Qualidade de Vida Estudantil (ações e projetos desenvolvidos nas Universidades).	Tem por finalidade assegurar aos estudantes regularmente matriculados em curso de graduação, na modalidade presencial, e de comprovada vulnerabilidade socioeconômica, condições de **permanência** na educação superior. **Princípios:** I – Afirmação da educação como uma política de Estado; II – respeito à dignidade, autonomia e direito de usufruir dos programas, auxílios e serviços oferecidos pela PROAES; III – igualdade de condições para a **permanência e a conclusão** do curso; IV – respeito aos princípios ético-profissionais e padrões técnicos nos serviços prestados à comunidade acadêmica; V – Garantia da democratização e ampla divulgação dos programas, auxílios e serviços da Assistência Estudantil. **Diretrizes:** I – viabilizar formas de participação dos estudantes nos programas, auxílios e serviços da Assistência Estudantil;

Viabilizar a igualdade de oportunidades, contribuir para a **melhoria do desempenho** acadêmico e agir, preventivamente, nas situações de retenção e evasão decorrentes da insuficiência de condições financeiras. As instituições federais de ensino superior deverão fixar: I – **Requisitos para a percepção** de assistência estudantil; II – Mecanismos de acompanhamento e **avaliação** do PNAES.	estratégias a fim de **melhorar a relação professor-aluno** e aspectos pedagógicos da docência; → Estimular a produção e divulgação de dados da AE como forma de dar visibilidade às ações e favorecer **pesquisas** que corroborem com as práticas da AE; → Fortalecimento das equipes de AE, considerando a atenção à saúde do profissional e as condições de trabalho; **Introdução** * Alertas e denúncia sobre as ameaças por vários meios à democracia e a universidade enquanto local de resistência e críticas	**Outros GTs** → Orientação para discussão e implantação de comissões de aferição da autodeclaração racial; → Inclusão de debate sobre Políticas de enfrentamento às **violências de gênero e de identidade sexual**; → Criação de **GT** sobre enfrentamento das questões relacionadas às pessoas com transtornos globais do desenvolvimento e pessoas com deficiência.	II – incentivar a **participação do estudante no planejamento** e avaliação dos programas, auxílios e serviços da Assistência Estudantil; III – estimular a **produção de estudos e pesquisas** sobre questões relativas à assistência estudantil; IV – realizar ações de **cunho psicossocial e socioeducativo** que visem à **integração** do estudante à vida universitária. **Objetivos:** I – garantir a **permanência** dos estudantes e a conclusão nos cursos de graduação presencial, com qualidade, na perspectiva da formação ampliada, da produção de conhecimento, da melhoria do **desempenho acadêmico e da qualidade de vida**, buscando reduzir os índices de **retenção e evasão**; II – contribuir para a redução dos efeitos das **desigualdades socioeconômicas e culturais** entre os estudantes; III – viabilizar o acesso aos Programas, Auxílios e Serviços da PROAES.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2010), FONAPRACE (2018), FONAPRACE (2019b) e UFPE (2019b).

Quadro 9 – Conteúdo analítico das Políticas de Saúde Mental

<table>
<tr><th colspan="2">POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL</th></tr>
<tr><th>Conceitos Norteadores
Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental 2005:
15 anos depois de Caracas</th><th>Portaria nº 3088/11
Rede de Atenção Psicossocial – RAPS</th></tr>
<tr><td>Desinstitucionalização/Inclusão
Clínica Ampliada
Rede</td><td rowspan="3">Diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:
I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
III – combate a estigmas e preconceitos;
IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
VI – diversificação das estratégias de cuidado;
VII – desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
VIII – desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
IX – ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
X – organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
XI – promoção de estratégias de educação permanente; e
XII – desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:
I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
II – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:</td></tr>
<tr><td>Lei n° 10216/2001
Proteção e direitos das pessoas e novo modelo assistencial</td></tr>
<tr><td>São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.</td><td rowspan="2">I – promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
II – prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
III – reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
IV – promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
V – promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
VI – desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
VII – produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
VIII – regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
IX – monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.</td></tr>
<tr><td>IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial – 2010

É necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o 'protagonismo social', no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lei 13.819/19
Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio</td></tr>
<tr><td colspan="2">Art. 3º São objetivos da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio:
I – promover a saúde mental;
II – prevenir a violência autoprovocada;
III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;

Art. 6º Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada (I – suicídio consumado; II – a tentativa de suicídio; III – o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida) são de notificação compulsória pelos:
I – estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar.</td></tr>
</table>

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2001), Brasil (2005), SUS (2010), Brasil (2011) e Brasil (2019)

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO:

A pesquisa de que trata esta dissertação se caracteriza como um estudo de caso, de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, embora também apresente elementos quantitativos, com a utilização de análise de conteúdo de cunho temático das informações coletadas por meio de entrevistas e de análise documental.

Para pesquisar o campo da saúde mental do estudante na UFPE, elegeu-se como objeto o conjunto dos dispositivos institucionais que respondem às demandas dessa natureza no *campus* Recife. Desta forma, a pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso por centrar-se em uma experiência única de um dos *campi* da UFPE e não se pretender, primordialmente, a generalizações e inferências, mas ter potencial reflexivo e esclarecedor de uma realidade. Segundo Yin (2001), com este tipo de estudo é possível ganhar evidências qualitativas, fazer observações específicas e descrições do mundo real para proceder às avaliações.

A abordagem qualitativa mostra-se mais adequada para a proposta de mapear e analisar o objeto, considerando que, embora haja questões específicas a serem investigadas, não são estabelecidas mediante a operacionalização de variáveis e não há o intuito de se testar hipóteses (BOGDAN; BIKLEN, 1994). A abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010), ainda possibilita a compreensão de valores e de representações sociais de um determinado grupo sobre um tema, além de permitir compreender as relações entre os atores que operam em uma realidade específica. Esta potencialidade condiz com alguns dos intentos desse estudo, como, por exemplo, a compreensão dos entrevistados sobre o problema do sofrimento psíquico do estudante na universidade.

O caráter descritivo-exploratório da pesquisa é garantido por descrever as características de determinadas populações ou fenômenos e proporcionar maior familiaridade com o problema pesquisado, explicitá-lo (GIL, 2008). Para este autor, os estudos exploratórios geralmente são úteis para diagnosticar situações, explorar alternativas ou descobrir novas ideias.

O mapeamento é uma estratégia utilizada, como no caso desta pesquisa, quando não se tem noção do todo e se necessita conhecer o objeto de estudo, identificando seus pontos centrais, comportamentos, compreensões e relações sociais envolvidas, uma vez que sua utilização vai além da simples descrição e identificação. Para Goldstein *et al.* (2013), o mapeamento é encarado como um instrumento de análise, interpretação, comunicação e construção de cenários.

A análise de implementação de Políticas Públicas, na perspectiva *bottom up,* surge como uma forma de pesquisa ampla. Não uma avaliação taxativa e pragmática para a execução da atenção à saúde mental do estudante na UFPE, mas para conhecer o que se faz, como se faz e o que se percebe como desafio em articulação com as políticas.

As informações coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas com os responsáveis pelos dispositivos foram submetidas à análise de conteúdo de cunho temático proposta por Bardin (2011), a qual se desdobrou nas três fases seguintes: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com definição de unidades de significado que orientaram a discussão. Nas fases de exploração e de tratamento, contou-se com o apoio de um software, chamado ATLAS.ti, a ser explorado no item 4.6.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO:

A pesquisa teve a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), especificamente o *campus* Recife, como cenário, considerando todos os setores e as unidades nos quais os dispositivos de saúde mental para os estudantes são desenvolvidos ou aos quais são vinculados, conforme será explorado no tópico seguinte.

A UFPE foi fundada por meio do Decreto-Lei nº 9.338 em 20 de junho de 1946 e iniciou suas atividades em 11 de agosto do mesmo ano ainda nomeada Universidade do Recife. Em 1948, iniciou-se a construção da sede na Várzea, onde hoje está localizado o *Campus* Universitário Reitor Joaquim Amazonas, conhecido mais comumente como *Campus* Recife. No ano de 1965, a organização passou a integrar o Sistema Federal de Educação do país, com a denominação de Universidade Federal de Pernambuco, na condição de autarquia vinculada ao MEC.

Atualmente, a UFPE possui mais dois *campi*, além da sede, o de Caruaru e o de Vitória de Santo Antão. Os *campi* contemplam 13 centros acadêmicos; 109 cursos de graduação presenciais regulares (92 cursos em Recife, 11 em Caruaru e 06 em Vitória); 05 cursos de graduação à distância; 56 cursos de especialização, 17 mestrados profissionais, 75 mestrados acadêmicos, 53 doutorados; 656 grupos de pesquisa e 319 projetos de extensão. Os últimos dados divulgados em maio de 2019 informavam a existência de 40.383 discentes, entre graduação e pós, 2.504 docentes e 3.843 técnico-administrativos em educação, incluindo os servidores do Hospital das Clínicas (UFPE, 2019c).

Apesar da reconhecida importância de investigação nos demais *campi*, por questões logísticas e por concentrar mais de 80% do total dos estudantes, o estudo fez um recorte para os dispositivos realizados no *campus* Recife.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO:

A amostra foi composta por responsáveis/representantes dos dispositivos com reconhecimento institucional (ações, serviços, disciplinas, pesquisa-intervenção, projetos, etc.) em saúde mental voltados para estudantes da UFPE no *campus* Recife.

Como critério de inclusão, definiu-se a pessoa responsável pelo dispositivo (ou um representante por este indicado) ser maior de 18 anos. Os dispositivos precisavam ser desenvolvidos no campus Recife de forma regular e contínua há pelo menos 6 meses, considerando o início do mapeamento e o fim da coleta (outubro de 2019 a maio de 2020).

Como critérios de exclusão, definiu-se representantes que se recusaram a participar da pesquisa ou que estavam ausentes[11] no período da pesquisa e dispositivos que não tinham como especificação de público-alvo os estudantes[12].

Foi realizado um levantamento prévio, no período da qualificação do projeto, através de consultas às páginas virtuais da PROEXC, PROAES, PROACAD, PROPESQ e do acesso ao resultado do levantamento feito pela equipe do *Projeto para o Bem-estar e Saúde Mental do CAC* e identificou-se, na época, cerca de 18 dispositivos, sendo 2 serviços, 7 ações e 6 projetos (de extensão ou individuais), 1 disciplina e 2 grupos de pesquisa-intervenção. Com uma representação (professor, técnico ou estudante responsável) de cada dispositivo, previa-se que a amostra seria de cerca de 18 pessoas.

Ao final dos procedimentos foram identificados 27 dispositivos e realizadas 19 entrevistas presenciais com a participação de 23 respondentes, além de três entrevistas por meio virtual[13], totalizando 26 respondentes entrevistados. Outros três respondentes não foram entrevistados, no entanto, participaram do processo no período de validação do material elaborado, conforme explicado no item 4.4.3.

---

[11] Este critério foi flexibilizado considerando o início do período de isolamento social causado pela pandemia da COVID-19. Ajustes foram realizados para a garantia da inclusão do dispositivo no mapeamento.

[12] Dispositivos dirigidos para servidores ou comunidade em geral, com exclusão especificada de estudante, não compuseram o mapeamento.

[13] Justificativa no item 4.4.3.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.4.1 Mapeamento dos dispositivos:

Os seguintes passos foram cumpridos para a operacionalização do mapeamento:

a) Consulta ao levantamento realizado em 2018 pelo *Projeto para o Bem-estar e Saúde Mental (PROBEM) do CAC* (disponibilizado através de carta de anuência para o uso dos dados da pesquisa assinado pela coordenadora). Atualização desse levantamento através de contato por e-mail, mensagem de texto ou ligação telefônica apresentando a pesquisa. Era verificado o funcionamento e cumprimento dos critérios para a inclusão no mapeamento (uma vez que o levantamento do PROBEM continha dispositivos dirigidos apenas a servidores) e solicitava-se indicações de outros dispositivos que atuassem com saúde mental do estudante. Caso já não constassem na lista de identificados, também eram contactados;

b) Consulta nos sites e questionamento direto (por e-mail ou telefone): às Pró-Reitorias da PROAES (assuntos estudantis), da PROEXC (extensão e cultura), da PROACAD (assuntos acadêmicos), da PROPESQ (pesquisa e pós-graduação) e da PROGEPE (gestão de pessoas e qualidade de vida); aos Departamentos, aos Centros, aos Diretórios Acadêmicos e ao Diretório Central do campus Recife, apresentando a pesquisa e solicitando envio de informações sobre dispositivos vinculados que cumprissem os critérios para inclusão. As cartas de anuência para participação da pesquisa de todas as Pró-reitoras assinadas foram enviadas ao CEP.

c) Consulta aos materiais de divulgação de eventos temáticos em Saúde Mental (Setembro Amarelo, Janeiro Branco, Dia da Saúde Mental, Dia da Luta Antimanicomial) para identificar a idealização institucional.

4.4.2 Análise documental:

Foram consultados os documentos legais e regimentais das políticas educacionais e de saúde mental definidos na revisão teórica que foi realizada por meio de páginas virtuais das instâncias envolvidas (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Pró-Reitorias da UFPE). Os documentos elencados foram apresentados, junto aos quadros conceituais elaborados, no tópico 3.5 – Campo semeado entre as Políticas de Educação e de Saúde.

4.4.3 Entrevistas com os responsáveis/representantes dos dispositivos:

Finalizado o mapeamento descrito acima e respeitados os critérios de inclusão e

exclusão, foram definidos os 27 dispositivos dos quais foram convidados os responsáveis (ou representantes por eles indicados) para participação na pesquisa por meio de entrevistas agendadas em datas e horários compatíveis para cada um deles. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (modelo no apêndice E).

O roteiro elaborado pela pesquisadora foi utilizado como condutor para a entrevista e, considerando sua natureza semiestruturada, garantiu aos entrevistados a possibilidade de falar mais livremente sobre os temas e à pesquisadora acrescentar questões para aprofundamento ou suprimir perguntas já contempladas. Bleger (2007) aponta que a entrevista semiestruturada permite que o pesquisador oriente seu interesse nos dados colhidos, mas oferece também ao entrevistado liberdade para estruturar sua forma de pensamento e sua experiência.

Os tópicos tratados no roteiro, que encontra-se no Apêndice A em linhas gerais, foram: I – Identificação pessoal, acadêmica e/ou profissional; II – Compreensão do conceito de saúde mental do estudante; III – Compreensão do fenômeno sofrimento psíquico do estudante – causas e efeitos; IV – Surgimento do dispositivo (tempo, contexto, processo, atores) e relação institucional com a universidade; V – Ações e atividades desenvolvidas (enquadre na tipologia PPI, acesso, fluxos, demandas, articulação); VI – Relação com as Políticas de Assistência Estudantil (permanência, evasão, retenção, desempenho acadêmico, qualidade de vida, inclusão) e de Saúde Mental (articulação em rede, desinstitucionalização, participação social) e VII – Desafios e proposições.

Dos 27 dispositivos, 19 tiveram suas informações coletadas por meio de entrevistas presenciais que aconteceram entre os dias 31/01/20 e 14/03/20, em locais diversos (suas sedes, residências dos respondentes, local de trabalho da pesquisadora) de acordo com a disponibilidade. Desde que garantidos espaço e estrutura adequados, incluindo a privacidade. As entrevistas duraram em média uma hora, tendo a mais breve 12 minutos e a mais longa duas horas. Todas as entrevistas foram gravadas em equipamento eletrônico e devidamente transcritas posteriormente pela pesquisadora.

As entrevistas agendadas a partir do dia 17/03/20, quando foi decretada a suspensão das atividades da UFPE em decorrência da indicação de afastamento social pela pandemia da COVID-19, precisaram sofrer adaptações para evitar riscos para os respondentes e a pesquisadora. Desta forma, cinco dispositivos tiveram suas informações coletadas em entrevistas que aconteceram de modo virtual – sendo quatro em reuniões por plataformas de vídeo-chamada e o quinto em resposta através de áudios (em aplicativo de mensagens) – ao roteiro enviado previamente com as complementações solicitadas.

Com os últimos três dispositivos incluídos no mapeamento, não foi possível a realização

das entrevistas. Como os contatos com os respondentes já tinham sido estabelecidos e as coletas foram prejudicadas pela pandemia, houve a flexibilização de manter os dispositivos na lista e realizar a coleta de parte dos dados relativos ao funcionamento (itens IV e V), para a composição dos quadros do modelo lógico, por meio de documentos oficiais[14] produzidos e divulgados pelos próprios dispositivos e de consultas às suas páginas virtuais. Esses três respondentes, assim como ocorreu com os demais, receberam seus quadros com o Modelo Lógico do seu respectivo dispositivo para validação e foram informados sobre a forma de coleta de informações adaptada à realidade do momento.

Com o objetivo de manter o sigilo com relação à identificação dos entrevistados, eles estão no corpo da dissertação categorizados como Responsáveis/Representante/Respondentes identificados pela letra "R", com R1 para o primeiro respondente, R2 para o segundo e assim sucessivamente até atingir o R27.

Em alguns dispositivos, houve solicitação dos responsáveis de que mais de um respondente fosse ouvido para complementação das informações. Nesse caso, alguns "Rs" serão identificados com continuidade da numeração, como no caso do R3 (que tem R3.1 e R3.2), R6 (que tem de R6.1 a R6.4) e R7 (com R7.1 e R7.2).

Em algumas categorias de análise contidas nas discussões, o conteúdo será relacionado ao próprio dispositivo, identificado pela letra "D" e a numeração a ele associada, seguindo a ordem de realização das entrevistas do D1 ao D27. A identificação dos "Ds" será de fácil acesso numa lista apresentada no início dos resultados e por vezes estarão acompanhados da sigla do dispositivo. As informações nas quais os "Ds" estão identificados dizem respeito aos conteúdos abertos, contidos nos quadros do ML, sem prejuízo de quebra de privacidade.

Como alguns respondentes foram responsáveis por representar mais de um dispositivo dos quais fazem parte, coordenando ou compondo a equipe, a numeração dos "Ds" não coincide com a numeração dos "Rs". Por exemplo, se o respondente 1 (R1) representasse os dispositivos D1 e D2, o respondente 2 (R2) representaria o D3 e assim por diante. Isto garante ainda mais o sigilo dos respondentes quando se tratar de informações que não estão presentes nos quadros que são de acesso público, mas que dizem respeito à compreensão do fenômeno ou de desafios e de proposições (itens II, III e VII do roteiro) de conteúdo mais sensível.

---

[14] O documento do PROGAD foi um artigo intitulado "Saúde mental do estudante de medicina: realidade preocupante décadas após o trabalho pioneiro do Prof. Galdino Loreto" publicado na revista Debates em Psiquiatria pelo coordenador Leonardo Machado e colaboradores. O documento do EDR foi o regimento que disciplina seu funcionamento disponível na página virtual na UFPE. O documento do SIS foi o seu Relatório Situacional apresentado à PROEXC em dezembro de 2019.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, conforme determina a Resolução 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CEP/CCS/UFPE), e cadastrado na Plataforma Brasil em 16/10/2019. Recebeu aprovação no dia 11/12/2019, sob o CAAE nº 23557219.8.0000.5208, após alguns ajustes recomendados. A coleta só foi iniciada após a aprovação. O comprovante encontra-se no Anexo C desta dissertação.

Todos os participantes do estudo receberam da pesquisadora explicações quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, assim como tiveram assegurados os direitos de sigilo de identificação e de retirada do consentimento de participação da pesquisa, a qualquer tempo, sem que lhe fosse imputada qualquer sanção.

Sobre os riscos, previu-se que os respondentes poderiam sentir-se constrangidos ao falar de suas opiniões e percepções sobre saúde mental por ser considerado um tema sensível. Entretanto, no sentido de minimizar este risco, foi informado o registro sigiloso, bem como foi mantido comportamento cuidadoso durante a realização das entrevistas a fim de não demonstrar reações às respostas obtidas. O uso do recurso da gravação também poderia causar algum desconforto. Para minimizá-lo, foi garantido local reservado e o uso do material apenas para fins da pesquisa e o sigilo nas identificações.

Sobre os benefícios**,** todos os participantes foram informados dos objetivos do estudo e de sua importante colaboração para a construção de um produto que beneficiará o acesso a informações sobre a rede de saúde mental da UFPE para a melhoria da atenção institucional nesta área.

Sobre o armazenamento dos dados coletados, as gravações de áudio e a transcrição das falas nas entrevistas estão mantidas em arquivos no computador pessoal da pesquisadora. Os termos de anuência e os de consentimento estão armazenados em pasta classificadora em local seguro e permanecerão pelo período mínimo de 5 anos sob a responsabilidade da pesquisadora, conforme consta no TCLE.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para trabalhar as informações coletadas nas entrevistas (dados primários) e/ou nos documentos oficiais dos dispositivos – como relatórios, guias informativos, páginas virtuais,

artigos de apresentação (dados secundários) – no caso dos que não puderam ser entrevistados, foi eleito um método de análise de texto desenvolvido dentro das ciências sociais, a Análise de Conteúdo, conforme proposição de Laurence Bardin (2011).

A análise de conteúdo (AC) enquanto método de organização e análise dos dados busca qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos. Para Bardin (2011), a AC compreende a utilização de várias técnicas com as quais se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Neste trabalho, utilizou-se a AC na modalidade temática.

A execução da análise organiza-se em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados com definição de unidades de significado que orientaram a discussão.

A primeira fase, a pré-análise, é na qual se procura tornar operacional o material coletado, tomando contato com os documentos e realizando a leitura deles. Trata-se do momento em que se começa a conhecer o texto, selecionando os documentos, demarcando o que será analisado e, finalmente, determinando os indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

Em seguida, há a fase da exploração do material, que compreende a descrição analítica que consiste na definição de categorias a partir de um sistema de codificação e de identificação das unidades de registro, visando à categorização e à contagem frequencial (BARDIN, 2011). Estas categorizações podem ser feitas de modo dedutivo, quando as categorias são definidas previamente orientadas pela revisão da literatura sobre o tema estudado, ou de modo indutivo, em situações nas quais a literatura não responde, restando às categorias serem definidas a posteriori. Nesta dissertação, utilizou-se categorizações dos dois tipos, a depender do item trabalhado.

Por fim, há o tratamento dos resultados, interpretação e inferência, que diz respeito à condensação e ao destaque das informações para a análise. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica, culminando nas interpretações inferenciais para a elaboração das conclusões do estudo (BARDIN, 2011).

Para execução da análise, contou-se com o apoio do software ATLAS.ti for Windows (versão 8). Trata-se de uma ferramenta que auxiliou a pesquisadora a organizar o conjunto de dados produzidos, substituindo processos manuais. Entretanto, sua aplicação e os dados dela resultantes dependem exclusivamente da ação da pesquisadora. A partir da utilização do software, é possível segmentar o material em unidades de significado (códigos), de modo indutivo ou dedutivo, e os interligar estabelecendo relações entre conceitos, temas etc. O

ATLAS.ti também favorece o reconhecimento de algumas informações numéricas da análise, associadas a frequências e magnitudes dos códigos ou categorias que também foram utilizados na discussão, sem afastamento do caráter qualitativo do estudo.

Neste trabalho, especificamente, as fases da pré-análise e exploração do material resultaram na elaboração dos quadros do Modelo Lógico (ML) de cada dispositivo. O ML é uma ferramenta consistente, idealizada, principalmente para organização de processos de avaliação. Considerando que, tanto na Política de Assistência Estudantil quanto na de Saúde Mental, há menção da importância de processos avaliativos (objetivo IX Portaria nº 3088/2011 e II do Decreto nº 7234/2010), a construção do ML de cada um dos dispositivos identificados no mapeamento constituiu uma das fases deste trabalho em cumprimento à proposta de análise. Complementarmente, apesar de ultrapassar os objetivos da pesquisa, este material poderá contribuir para a gestão dos dispositivos na identificação de deficiências ou de problemas de desenho que possam interferir no seu desempenho.

Para a execução desta tarefa, foi utilizada a proposta de ML contida nos roteiros do IPEA (2007) e IPEA (2010). No entanto, seu formato foi adaptado para atender aos objetivos desta pesquisa. Nesta adaptação, os elementos definidos (Recursos – Operações – Ações – Produtos – Resultados Intermediários e Resultado Final) e alguns elementos do esquema de pré-montagem do ML (Objetivos e Público-alvo) foram aglutinados e/ou condensados como exposto no quadro 10, abaixo.

Quadro 10 – Adaptação do Modelo Lógico

Dispositivo	Recursos	Objetivos	Público-alvo	Ações e Atividades	Resultados Esperados

Fonte: Elaboração própria a partir de adaptação de IPEA (2007)

Utilizou-se linguagem simples para facilitar o entendimento de todos, seguindo a recomendação do roteiro básico do IPEA (2007), que também orienta a posterior validação do quadro por cada um dos respondentes da pesquisa.

Após a validação, o material foi entregue definitivamente aos gestores/responsáveis dos dispositivos e seu compilado pode ser consultado no Open Science Framework[15] (OSF). Uma amostra ilustrativa pode ser consultada no apêndice F desta dissertação.

[15] O Open Science Framework (OSF) é uma ferramenta de gerenciamento de fluxo de trabalho gratuita e de código aberto que permite, entre outras coisas, o compartilhamento de base de dados e produtos de trabalhos científicos a fim de contribuir para a transparência e reprodução da pesquisa. Link para consulta: https://osf.io/m7ry6/

Este material se configura como parte do produto do mestrado profissional que servirá para a formulação de uma página virtual com o mapeamento dos dispositivos. Tal página facilitará o acesso da comunidade acadêmica às principais informações sobre a rede de atenção à saúde mental do estudante da UFPE no campus Recife.

Os conteúdos pré-analisados e inseridos nos quadros elaborados e validados serviram para dar continuidade às fases seguintes da análise.

A proposta de organização dos resultados nesta pesquisa estrutura-se em três eixos, considerando os objetivos do estudo: Eixo 1 – Mapeamento e Caracterização, Eixo 2 – Articulação com as Políticas Públicas e Eixo 3 – Desafios e Proposições gerais[16].

No eixo 1, Mapeamento e Caracterização, os seguintes elementos do quadro abaixo foram utilizados (os elementos com a célula cinza) e sua análise se estruturou de modo mais descritivo, com algumas informações quantitativas e de distribuição.

Quadro 11 – Destaques para o Eixo 1 na Adaptação do Modelo Lógico

Dispositivo Localização e Surgimento	**Recursos** composição e vinculação	**Objetivos**	**Público-alvo**	**Ações e Atividades**	**Resultados Esperados**

Fonte: Elaboração própria a partir de IPEA (2007)

Os demais elementos (nas células em branco) somados ao restante do esquema de pré-montagem do ML (compreensão do problema, causas e consequência) – não presentes nos quadros elaborados, mas de fundamental interesse para os objetivos deste estudo – foram utilizados no eixo 2 – Articulação com as Políticas Públicas. As discussões foram realizadas à luz dos conteúdos vigentes nas políticas públicas da assistência estudantil e de saúde mental, presentes nos já citados textos e normas técnicas, para o aprofundamento dos aspectos pertinentes à efetivação da política, sem perder de vista a complexidade dos fenômenos.

O eixo 3 foi formado por categorias específicas, também não presentes nos quadros do ML elaborados, mas que tratam de pontos fundamentais: os “Desafios e Proposições gerais” sobre o campo da atenção da saúde mental do estudante na UFPE.

[16] Os desafios específicos relacionados às unidades de análise dos eixos 1 e 2 já são apresentados no seu campo de análise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção trata da análise das informações obtidas junto aos responsáveis (ou representantes por estes designados) pelos dispositivos que respondem às demandas de saúde mental do estudante na UFPE, no *campus* Recife. Diante das informações gerais já apresentadas na seção anterior, os conteúdos aqui contidos foram analisados a partir da articulação teórica e normativa considerando os documentos elencados, explorados e organizados em quadros conceituais no item da análise documental 3.5 – Campo semeado entre as Políticas de Educação e de Saúde.

A figura a seguir ilustra a estruturação desta seção que está organizada, como foi dito acima, em três eixos de modo a atender aos objetivos definidos para a pesquisa.

Quadro 12 – Eixos de Resultados e de Discussão

Eixo 1 – Mapeamento e Caracterização	**Dispositivos** (Localização/Distribuição e Vinculação), **Público-alvo e Recursos (**Composição da equipe) **Surgimento:** Tempo e Motivação
Eixo 2 – Articulação com as Políticas de AE e SM	**Elementos Iniciais** **Problema:** Conceitos, Causas e Consequências **Ações e Atividades** e **Tipologia PPI** **Objetivos e Resultados Esperados** **Elementos norteadores:** Participação e Controle Social, Desinstitucionalização e Rede **Outras Políticas**
Eixo 3 – Desafios e Proposições gerais	**Culturais** **Institucionais** **Estruturais**

Fonte: Elaboração própria.

5.1 EIXO 1 – MAPEAMENTO E CARACTERIZAÇÃO

Este eixo inicia com a apresentação dos 27 dispositivos identificados após as fases descritas no item 4.4.1 – Mapeamento dos dispositivos da seção com Percurso Metodológico. O quadro 13, a seguir, poderá ser revisitado, sempre que necessário, para retomar a identificação dos "Ds", de D1 a D27, que constarão na caracterização associados aos trechos de falas para ilustrar determinada categoria explorada.

Quadro 13 – Lista de identificação dos dispositivos em saúde mental

QUADRO X – LISTA DE IDENTIFICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS EM SAÚDE MENTAL				
	DISPOSITIVO	SIGLA	VINCULAÇÃO/INSTITUCIONALIZAÇÃO	LOCALIZAÇÃO
D1	PROJETO PARA BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL DO CAC	PROBEM	Projeto de Extensão	Centro de Artes e Comunicação/CAC
D2	COMISSÃO DE SAÚDE MENTAL, HUMANIZAÇÃO E BEM-ESTAR DA UFPE	COMISSÃO SM	Independente	Sem local
D3	SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	SPA	Setor Departamento de Psicologia CFCH	Anexo NASE/SPA (área externa)
D4	PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO	PRPS	Programa de Extensão	Centro de Filosofia e Ciências Humanas/CFCH e SPA (área externa)
D5	NÚCLEO DE ACESSIBILIDADE	NACE	Gabinete do Reitor	Biblioteca Central/BC
D6	SETOR DE ESTUDOS E ASSESSORIA PEDAGÓGICA DE MEDICINA	SEAP MED	Departamento de Medicina	Centro de Ciências Médicas/CCM
D7	PROGRAMA MORADIA ESTUDANTIL DO NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL	NAEST	Pró-Reitoria para Assuntos Estudantis	Anexo DAE/SPA (área externa) e Casas de Estudante/CEUs
D8	AÇÃO DE ESCUTA E ACOLHIMENTO DISCENTE DO SETOR DE ESTUDOS E ASSESSORIA PEDAGÓGICA DO CAC	SEAP CAC	Setor do CAC	Centro de Artes e Comunicação/CAC
D9	NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE	NASE	Pró-Reitoria para Assuntos Estudantis	Anexo DAE/SPA (área externa)
D10	ESCUTA EDUCACIONAL	ESCUTA EDUCACIONAL	Departamento de Antropologia e Museologia (DAM)	Centro de Filosofia e Ciências Humanas/CFCH
D11	GRUPO DE ACOLHIMENTO DO CENTRO DE INFORMÁTICA	GACIN	Independente	Centro de Informática/CIn
D12	OUVIDORIA GERAL	OUVIDORIA	Gabinete do Reitor	Reitoria
D13	DISCIPLINA FELICIDADE	DISC. FELICIDADE	Disciplina eletiva do Curso de Enfermagem	Biblioteca Central/BC
D14	ESCUTA TERAPÊUTICA	ESCUTA TERAPÊUTICA	Departamento de Enfermagem	Centro de Ciências da Saúde/CCS

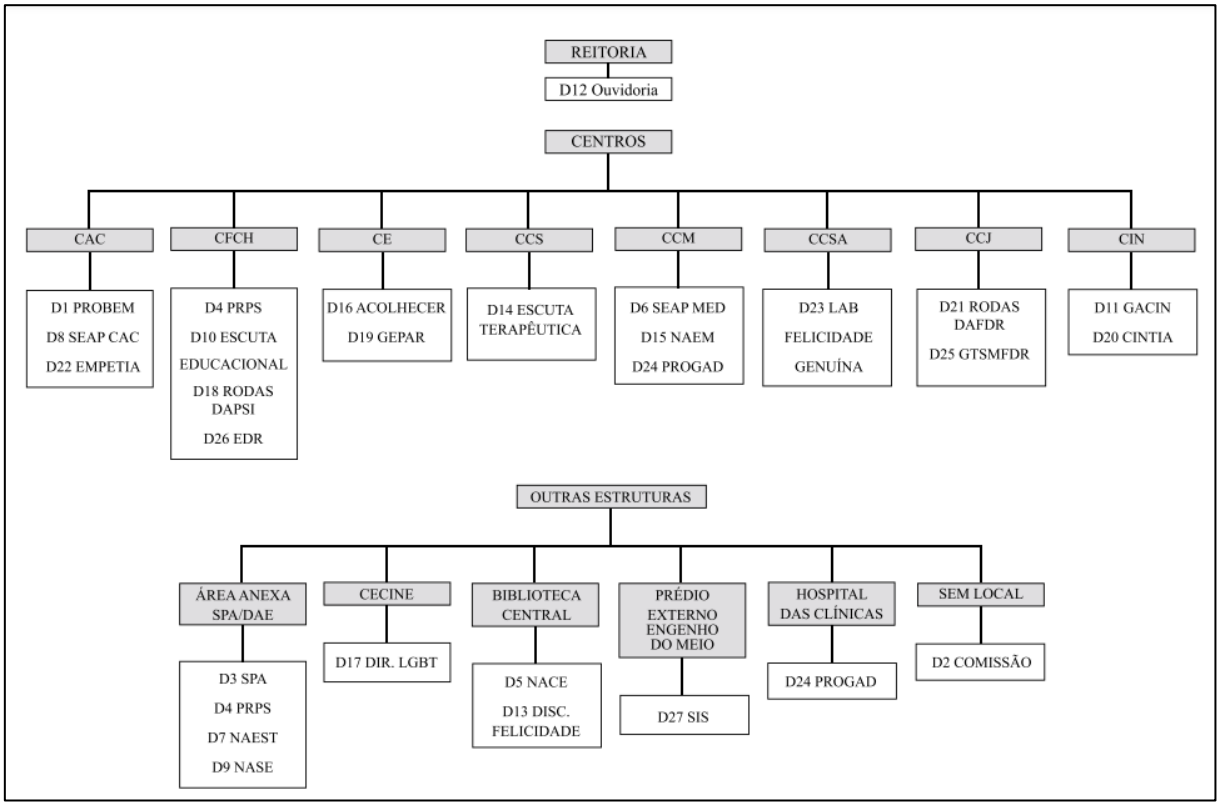
D15	NÚCLEO DE APOIO AO ESTUDANTE DE MEDICINA	NAEM	Departamento de Medicina	Centro de Ciências Médicas/CCM
D16	ESPAÇO DE ACOLHIMENTO A ESTUDANTES DO CE	ACOLHER CE	Projeto de Extensão	Centro de Educação
D17	DIRETORIA LGBT	DIR. LGBT	Gabinete do Reitor	Espaço na Coordenadoria de Ensino de Ciências do Nordeste/CECINE
D18	RODAS DE DIÁLOGO SOBRE SAÚDE MENTAL E OUTRAS AÇÕES EM SAÚDE MENTAL DO DAPSI	RODAS DAPSI	Diretório Acadêmico de Psicologia	Centro de Filosofia e Ciências Humanas/CFCH
D19	GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM AUTOBIOGRAFIAS, RACISMOS E ANTIR-RACISMOS NA EDUCAÇÃO	GEPAR	Grupo de Estudos e Pesquisas	Centro de Educação/CE
D20	CINTIA - GRUPO DE MULHERES DO CIN	CINTIA	Projeto de Extensão	Centro de Informática/CIn
D21	ESPAÇO SOBRE SAÚDE MENTAL NA ACADEMIA DO DA DE DIREITO	RODAS SM FDR	Diretório1 Acadêmico de Direito	Centro de Ciências Jurídicas/CCJ
D22	EMPETIA - EVENTO DE SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR	EMPETIA	Programa de Educação Tutorial de Letras	Centro de Artes e Comunicação/CAC
D23	LABORATÓRIO DE FELICIDADE GENUINA	LAB. FELICIDADE	Independente	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
D24	PROGRAMA DE PESQUISA E EXTENSÃO GALDINO LORETO	PROGAD	Programa de Pesquisa e Extensão	Hospital das Clínicas/HC e Centro de Ciências Médicas/CCM
D25	GRUPO DE TRABALHO SOBRE SAÚDE MENTAL DA FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE	GT SM FDR	Independente	Centro de Ciências Jurídicas/CCJ
D26	ESPAÇO DE DIÁLOGO E REPARAÇÃO	EDR	Gabinete do Reitor	Centro de Filosofia e Ciências Humanas/CFCH
D27	SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE	SIS	Centro de Ciências da Saúde/CCS e PROEXC (Cooperação técnica com a Prefeitura do Recife)	Área externa - Prédio próprio no Engenho do Meio

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA

5.1.1 Dispositivos (Localização/Distribuição e Vinculação), Público-alvo e Recursos (Composição da equipe)

Como pode ser visto, os 27 dispositivos com atuação no campo da saúde mental do estudante na UFPE contemplam órgãos, serviços, diretorias e núcleos vinculados à gestão universitária, além de projetos e programas de extensão e/ou pesquisa, de disciplina/componente curricular, de diretórios acadêmicos[17] e de iniciativas independentes com alguma legitimação da universidade. Os dispositivos estão distribuídos geograficamente em diversos centros e setores da universidade, como pode ser visualizado na figura 5, abaixo:

Figura 5 – Distribuição dos Dispositivos por Localização

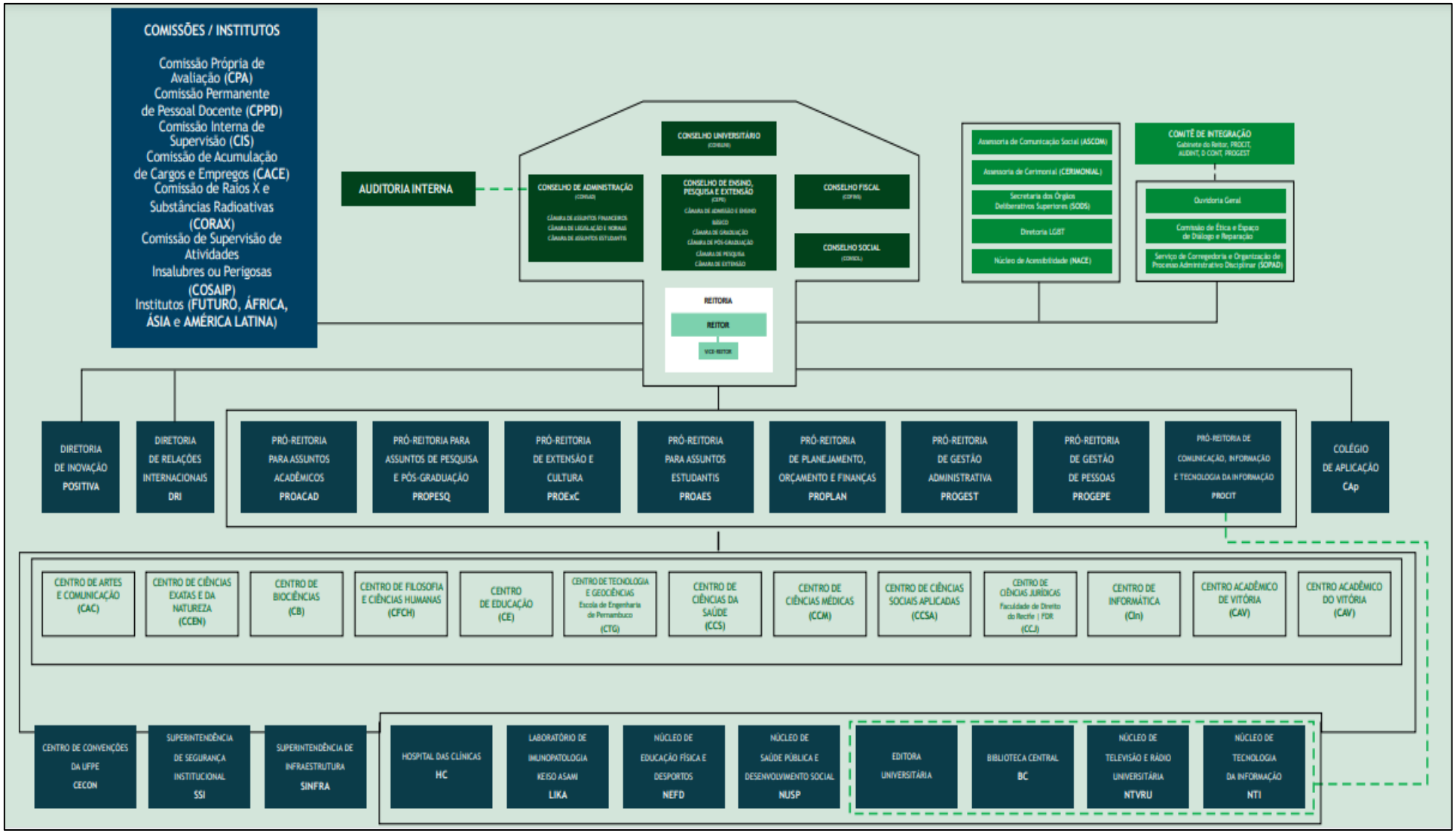


Fonte: Elaboração Própria

O organograma da UFPE, na página a seguir, foi inserido para colaborar na compreensão das relações hierárquicas e de vinculação nesta universidade.

[17] Os diretórios acadêmicos e o central foram considerados na construção da amostra desta pesquisa por serem órgãos de representação do corpo discente, previstos no Estatuto da UFPE (UFPE, 2019a). Os DAs e DCE são entidades autônomas, organizadas nos termos dos respectivos estatutos, aprovados na forma da lei e responsáveis por seu próprio funcionamento e pela realização de suas atividades. Apesar dessa autonomia, o reconhecimento de suas funções de representatividade em espaços institucionais, com direito a voz e a voto nos órgãos colegiados da Universidade e das unidades acadêmicas, os diferencia, nesta amostra, de coletivos universitários ou outros grupos estudantis. Estes últimos chegaram a ser consultados como informantes na fase de levantamento e mapeamento dos dispositivos, mas, pelo motivo citado, não foram inseridos.

Figura 6 – Organograma da UFPE



Fonte: PROPLAN (2019)

As ações e atividades desenvolvidas pelos dispositivos serão exploradas no eixo 2, mas é importante destacar neste eixo de caracterização que, como já deve ter sido percebido pela visualização da lista no quadro 13, foram inseridos neste mapeamento dispositivos que atuam no campo da saúde mental de forma promotora, preventiva ou interventiva, no âmbito clínico, pedagógico ou institucional, com as diversas abordagens. Esta escolha se fez necessária em razão da eleição da perspectiva ampliada de saúde mental abordada na revisão teórica que embasa este estudo e é sustentada nas normativas que compuseram a análise documental da pesquisa e versam sobre atenção psicossocial, intersetorialidade e rede, não limitando o campo da saúde mental a apenas atendimentos de psicologia ou psiquiatria, o campo *psi*, como tradicionalmente foi visto por muitos anos. Mais à frente, discussões sobre esse conceito serão desenvolvidas a partir dos dados da pesquisa.

Dito isto, pode-se seguir informando que a distribuição contida na figura 6 acima, com a localização geográfica, diz respeito às sedes dos dispositivos, mas nem sempre coincide com, define ou restringe a atuação para os estudantes apenas daquele setor. Portanto, os estudantes dos centros que não sediam dispositivos (CCEN, CB, CTG)[18] podem se beneficiar das ações dos desenvolvidos em outros locais, como será visto a seguir. Determinados dispositivos, inclusive, em sua idealização e desenvolvimento, não atuam apenas com os estudantes, mas respondem também às demandas de alguns outros membros da comunidade acadêmica, a toda ela e até ao público externo. Conforme disposto no percurso metodológico, foram retirados, seguindo o critério de exclusão, os dispositivos dedicados exclusivamente aos servidores ou à comunidade externa, que excluíssem os estudantes como público-alvo de suas ações.

Aprofundando esta discussão sobre o público-alvo dos dispositivos, cabe uma classificação para facilitar a caraterização do mapeamento. Inicialmente, como antecipado acima, identifica-se na amostra dispositivos cujo trabalho é direcionado a atender as demandas apenas dos estudantes. Observa-se que dentro deste grupo de dispositivos existem subdivisões que afunilam ainda mais o público-alvo ao qual se destinam as intervenções, seja pelo centro ou pelo curso ao qual o estudante está vinculado ou, ainda, pelo segmento ou categoria ao qual pertence.

Três centros, o CAC, o CE e o CIn, são contemplados com dispositivos que atendem apenas seus estudantes. O curso de Medicina conta com três dispositivos exclusivos. O curso de Direito com dois, sendo que um desenvolve ações de caráter institucional que abarcam todos os estudantes da UFPE. Os cursos de Museologia e Ciências Sociais compartilham um

[18] Questionados sobre a existência de dispositivos nestes centros, os responsáveis informaram não haver, mas encaminhar os estudantes quando identificada a necessidade.

dispositivo. Os cursos de Psicologia e Enfermagem têm dispositivos específicos, embora o de Psicologia tenha passado recentemente a circular, desenvolvendo suas atividades em outros cursos a convite dos respectivos Diretórios Acadêmicos, como foi o caso de Direito e de Terapia Ocupacional nos últimos meses.

Identificou-se que mais da metade dos 27 dispositivos dedica-se exclusivamente aos estudantes. Alguns deles dirigem suas ações aos públicos que compõem determinados segmentos sociais minoritários, como é o caso dos estudantes da população negra e estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica – oriundos de ensino público, tendo acessado a universidade por cota ou não, que atendem aos critérios do PNAES[19]. Ainda há dispositivos que limitam o acesso por categoria de estudante, garantindo apenas a atenção aos estudantes da graduação e não aos da pós.

Subdivisão semelhante se identifica no grupo de dispositivo que atende, além dos estudantes, os demais membros da universidade: técnicos, professores, terceirizados, ou seja, que atende toda a chamada comunidade acadêmica. Neste grupo voltado para o público mais amplo, outros segmentos minoritários são considerados com dispositivos direcionados para estas populações e suas demandas específicas, como: pessoas com deficiência, mulheres, pessoas LGBTQIA+[20], além dos já citados acima.

Alguns dos dispositivos que atendem a comunidade acadêmica podem limitar sua atuação a determinado centro, como acontece com os que atendem aos membros da comunidade do CAC e do CIn. Embora haja essa determinação de público-alvo, para algumas atividades ampliadas e abertas realizadas por vários desses dispositivos não há medidas de restrição de acesso, sendo mais comum exigências de comprovação de vinculação nas atividades desenvolvidas em modalidades individuais. Existem ainda quatro dispositivos cuja ação pretende atender a toda a comunidade acadêmica sem restrições. E outros quatro que, além desse público, também é acessível para a comunidade externa à Universidade.

A definição do público-alvo compõe o ciclo de políticas públicas, geralmente na fase de tomada de decisão, e está associada à noção de Rua (2009) de alocação de recursos, ação que necessariamente pressupõe a luta por prioridades, tratando-se de uma relação de poder. A indicação de priorização está prevista nas políticas de saúde mental no objetivo I da RAPS

[19] Estudante de graduação em cursos presenciais com renda per capita de até um salário mínimo e meio.

[20] Embora o D17 utilize a sigla "LGBT" (com referência às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) na sua nomenclatura, nos documentos oficiais mais recentes há a referência de que a política da UFPE contempla também as pessoas intersexuais, gênero queer, assexuais e demais possibilidades. Daí a eleição da sigla LGBTQIA+ ao longo do texto.

(BRASIL, 2011) – "promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis" – e no PNAES (BRASIL, 2010) quando aponta os requisitos para inclusão, citados na nota 18. Entretanto, isto não impede que surjam incômodos na operacionalização e na imposição de limites de acesso aos dispositivos.

O quadro abaixo apresenta estas especificidades na caracterização do público-alvo de cada dispositivo investigado e facilita a compreensão:

Quadro 14 – Público-alvo dos dispositivos

PÚBLICO-ALVO		**DISPOSITIVOS**
ESTUDANTES	**Centro**	CAC: D8 SEAP CAC CE: D16 Acolher CE
	Curso	Medicina: D6 SEAP MED D15 NAEM D24 PROGad Museologia e Ciências Sociais: D10 Escuta Educacional Enfermagem: D14 Escuta Terapêutica Psicologia: D18 Rodas DAPsi Direito: D21 Rodas DAFDR D25 GT SM FDR
	Segmento	Vulnerabilidade socioeconômica: D7 NAEST D9 NASE População negra: D19 GEPAR[21]
	Categoria	Graduação: D7 NAEST e D9 NASE
COMUNIDADE ACADÊMICA	**Todos**	D2 Comissão SM D4 PRPS D22 Empetia D26 EDR
	Centro	CAC: D1 PROBEM CIn: D11 GACIn
	Segmento	PcD: D5 NACE LGBTQIA+: D17 Dir LGBT População negra: D19 GEPAR
	Centro + Segmento	Mulher e CIn: D20 CINTIA
COMUNIDADE ACADÊMICA + COMUNIDADE EXTERNA	**Todos**	D3 SPA D12 Ouvidoria D23 Lab Felicidade D27 SIS

Fonte: Elaboração própria.

[21] Algumas atividades são só para estudantes, outras para toda a comunidade.

Entre os desafios específicos relacionados à categoria público-alvo, foi mencionada a não priorização pelos dispositivos para os estudantes da pós-graduação que, segundo alguns respondentes, sofrem com a inexistência de ações regulares, principalmente clínicas, dirigidas a eles exclusivamente ou por serem impedidos de acessar alguns dispositivos. Algumas atividades pontuais foram citadas por iniciativa própria de alguns programas (Fiocruz, Ciência Política), mas nada institucional. Ainda se ponderou a existência de dispositivos ligados à gestão, direcionados para certos grupos minoritários e não para outros, como é o caso das minorias étnico-raciais. Aspecto que voltará a ser abordado mais a frente, mas que merece o registro como desafio específico.

Como já foi apontado, a localização dos dispositivos não determina seu campo de atuação e nem sempre coincide com sua vinculação àquele setor que o sedia. Proposta por Cleuser (2013), a classificação da vinculação como *institucional* ou *acadêmica*, apresentada abaixo, contribui para a caracterização do conjunto de iniciativas e facilita a discussão de algumas especificidades.

Quadro 15 – Distribuição dos Dispositivos por Vinculação

CLASSIFICAÇÃO	VINCULAÇÃO	DISPOSITIVOS	
INSTITUCIONAL	**Reitoria**	D5 NACE D17 Dir LGBT D12 Ouvidoria D26 EDR	6
	Pró-reitoras	PROAES: D7 NAEST D9 NASE	
	Centros	CCM: D6 SEAP MED D15 NAEM CAC: D8 SEAP CAC CCS: D13 Disc. Felicidade D27 SIS	7
	Departamentos	Psicologia: D3 SPA Antropologia e Museologia: D10 Escuta Educacional	
			13
ACADÊMICA	**Extensão / Pesquisa**	D1 PROBEM D4 PRPS D16 Acolher CE D19 GEPAR D20 CINTIA D22 Empetia D24 PROGad	7
	Estudantil	D18 Rodas DAPsi D21 Rodas DAFDR	2
			9
OUTRA	**Independente**	D2 Comissão SM D11 GACIn D23 Lab Felicidade D25 GT SM FDR D14 Escuta Terapêutica	5
			27

Fonte: Elaboração própria.

Os dispositivos *institucionais* vinculados à Reitoria e às Pró-Reitorias fazem parte do organograma da universidade, como pode ser visto na figura 6, e contam com recursos orçamentários diretos ou dirigidos. Estes dispositivos, além de apenas alguns vinculados aos centros e departamentos, contam com estrutura física e quadro funcional direcionados para o desenvolvimento de suas ações e atividades.

Os demais dispositivos e os que possuem vinculação *acadêmica* (extensão, pesquisa ou estudantil) com a UFPE dependem do financiamento do grupo idealizador, alguns deles com discreto suporte promovido pelas instituições de fomento à pesquisa e à extensão. Na maioria deles se pode contar, não sem tensionamentos, com espaços próprios ou se pode dispor de espaços comuns com reserva anterior nos centros. O quadro funcional é formado por estagiários, extensionistas e/ou voluntários para efetivar suas ações, como será abordado no tópico específico de composição da equipe. No caso de professores e técnicos, frequentemente, na vinculação acadêmica, não há garantia de diminuição ou redirecionamento da carga horária para dedicação às atividades dos dispositivos.

Algumas características relacionadas à natureza da vinculação do dispositivo, as garantias ou as faltas delas, surgiram como elementos de desafio específico ou limitadores para a execução das atividades, como pode ser observado no conteúdo trazido pelos entrevistados a seguir:

> R9: Geralmente tem sido do próprio bolso, faz um rateio entre os membros. Teve o dia da amizade, a gente comprou uns pirulitos e bombons, chocolates e colocou na recepção dizendo: “entregue a um amigo e dê um abraço”. Aí é por nossa conta. Tem o reconhecimento institucional, mas como é que vai viabilizar isso formalmente?

> R20: O programa tem uma sala dentro do [cita o centro]. A gente tem um espaço físico onde a gente se reúne, onde a gente tem um computador que, na verdade, fui eu que trouxe da minha casa, porque não tinha lá. Mas assim... a infraestrutura a gente tem e a gente recebe um custeio também do [cita o órgão] que atrasa, muitas vezes não vem. Mas com o custeio a gente pode bancar, por exemplo, papel. A contrapartida da universidade, em si, ainda é muito pequena, eu acho. Mas o espaço físico pra desenvolver as atividades, quando a gente vê com muita antecedência, a gente consegue. Então, por exemplo, o último evento, a gente fez na própria sala do [cita o dispositivo], porque não tinha espaço físico disponível. Então a gente tem que elaborar tudo com muita antecedência mesmo, porque senão, não consegue.

> R14: É muito trabalho. Nós não temos diminuição de carga horária. Acho que é intenso e a gente ajustar tudo isso nas demandas de ensino, de pesquisa, de participação em reunião, as representações de colegiados, enfim, de publicação, de orientação, de banca. Então, às vezes chega a ser desesperador porque a demanda é muito grande no centro, com volume muito grande de estudante. Eu entendo que a necessidade da criação do laboratório vem muito também no sentido de um reconhecimento institucional mais patente, mais consistente e mais presente, porque isso nos demanda muito. E muito tempo. Nos demanda tempo acadêmico, mas também nos demanda tempo psicológico importante.

Alguns dos dispositivos incluídos na categoria *independente* estão em processo de vinculação institucional, como é o caso da D2 – Comissão de Saúde Mental, ou para tornar-se projeto de extensão, caso do D11 – GACIn. Outros apontam que as burocracias ou a falta de apoio impedem de buscar a vinculação. Apesar da independência, todos contam, em certa medida, com o reconhecimento da instituição e/ou da comunidade acadêmica, que pode ser identificada por sua participação nos espaços colegiados, na autorização, ainda que com dificuldade, para uso dos espaços na realização de atividades ou pelos convites para participação em eventos oficiais temáticos relacionados à saúde mental e ao bem-estar na universidade.

Importante destacar que dos seis dispositivos que tem segmentos minoritários como público-alvo, dois não possuem vinculação institucional, que são os direcionados para a questão de gênero e de raça/etnia. Esta vinculação apenas acadêmica, por meio de projeto de extensão e de pesquisa, parece resultar na limitação da atuação destes dispositivos aos seus centros de origem, CIn e CE, respectivamente.

Para as duas respondentes, a definição de dispositivos com vinculação institucional para dar conta das demandas e sofrimentos atravessados pela questão de gênero e racial é fundamental e se configura como desafio. Ambas apontam a composição dos cargos de poder na universidade como origem da falta de priorização dessa necessidade e a resolução como um longo caminho a ser percorrido e fomentado a partir de tensionamentos, como pode ser observado nos conteúdos a seguir:

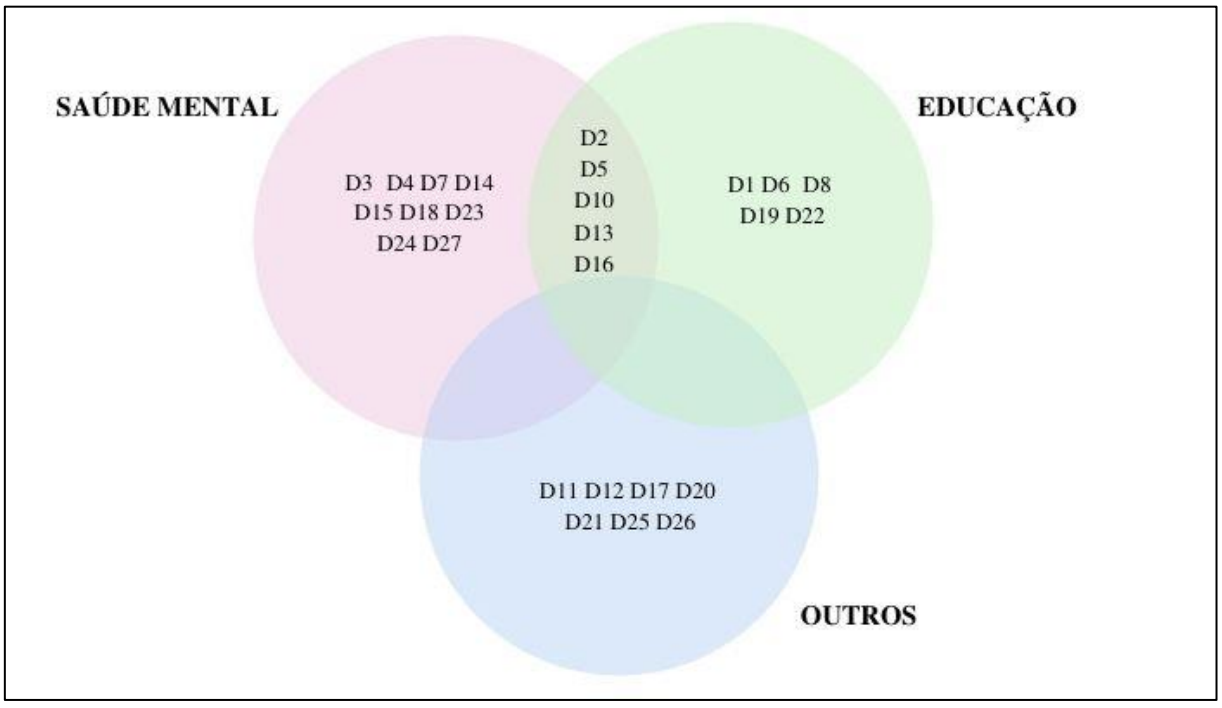
> D20: As ações de conscientização, mudança de cultura têm que vir de cima e não de um grupo de mulheres. Eu acho que não deveria ser a missão de um grupo desse, entendeu? Eu acho que tem que ser uma missão da gestão, de recursos humanos ou da direção. Uma coisa institucional, entendeu? Porque eu acho que o problema é de todo o mundo e não só das mulheres.. Então quando eu falo disso de não ser institucionalizado é porque é algo que veio de baixo para cima e não de cima pra baixo. E isso faz com que a gente tenha uma fragilidade e uma limitação. Nosso leque de ação fica restrito.
>
> D19: Veja! A Lei 10.639 orienta as escolas públicas e particulares de todos os níveis e modalidades de ensino a lecionar a história e a cultura afro-brasileira. Ela é de 09 de janeiro de 2003 e não é cumprida aqui. Você acha que uma universidade que é federal, que não cumpre uma lei educativa federal, vai se preocupar com a saúde mental de pretos e pobres?
>
> D19: E os problemas não são só com relação aos estudantes, são com relação aos professores. Quantos professores negros essa universidade tem? Em que cargos de mando e poder esses professores estão? Nós temos uma diretoria LGBT. Nós temos uma diretoria que cuida de pretos e pardos na universidade? Quantas pessoas negras estão nos cargos de reitor e de pró-reitor? Quantos livros sobre os teóricos africanos nós temos nas nossas bibliotecas? Então são questões de fundo que precisam ser colocadas, discutidas e refletidas e, se não resolvidas, denunciadas. Porque a gente precisa lançar luz sobre os problemas para enfrentá-los. E se não resolver, amenizar.

> D20: É um problema ignorado. Porque muitas pessoas acham que aquele preconceito é só da preocupação de quem sofre o preconceito. Se deixar pra lá não existe. Eu não tô sofrendo isso, então isso não é problema meu, entendeu? É uma coisa muito séria que deveria ser levado como um problema de primeira linha, mas é um problema ignorado. E que tem aquela história da representatividade nos cargos de poder. Então os cargos de poder que não têm minorias participando, não vão se importar com problemas que as minorias sofrem. Então é só um reflexo disso. É um longo caminho a percorrer para que haja uma mudança de postura institucional em relação a isso.

A partir do olhar sobre essas colocações, é possível verificar que alguns dispositivos de vinculação acadêmica parecem surgir a partir de lacunas de respostas da gestão universitária às demandas que deveriam ser, na perspectiva dos respondentes, de natureza institucional.

A composição da equipe ou quadro funcional dos dispositivos é outro elemento que compõe a coluna de recursos, se comunica com a vinculação e que merece um aprofundamento. Como já foi abordado, a garantia de recursos humanos disponíveis para as ações está intimamente relacionada à natureza da vinculação dos dispositivos. A especialização dos membros da equipe na área de saúde mental foi um ponto bastante abordado na fala dos entrevistados. A figura abaixo contribui na exploração desse elemento:

Figura 7 – Distribuição dos dispositivos por área de composição das equipes



Fonte: Elaboração própria

Identifica-se que mais da metade dos dispositivos tem apenas pessoas da área da saúde mental e da saúde geral (psicólogos, psicanalista, psiquiatra e outros médicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas holísticos) na composição de suas equipes. Cinco dispositivos

são compostos apenas por pessoas da área de educação (pedagogos, licenciados). Apenas outros cinco dispositivos têm composição mista, seja pela presença de pessoas com formação nas duas áreas (saúde e educação) ou de pessoas de formações em uma das áreas atuando em conjunto. Esta composição multidisciplinar parece contribuir para a ampliação das ações que considerem as indicações das políticas neste campo.

Os sete dispositivos restantes contam nas suas equipes com profissionais ou estudantes de formação diversas, como: direito, informática, comunicação social e engenharia. Estes últimos dispositivos têm a atuação em saúde mental como função secundária e/ou trabalhavam em parceria com outros profissionais para realizar as ações.

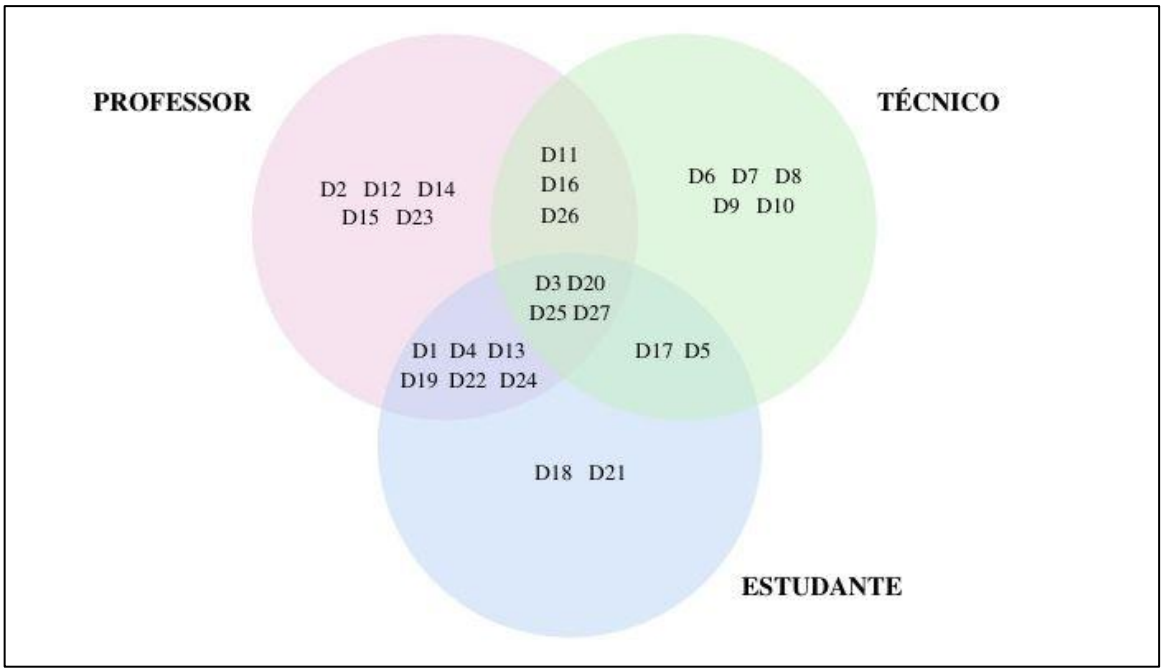
A análise da composição e especialização das equipes no conteúdo das entrevistas pode ser dividida em alguns pontos importantes: Incômodo por não ter formação em saúde mental; Delimitação da atuação para não invadir área *psi*; Importância de buscar especialização; e a Função de articulador, provocador, conforme pode ser visualizado nos conteúdos a seguir:

> R6.1: a gente não pode fazer uma intervenção com base numa fala do aluno do ponto de vista da psicologia. A gente não tem essa formação. A gente escuta, inclusive a gente tem uma ficha a gente vai sinalizando, mostra pro aluno se o que a gente anotou realmente procede com que ele disse, ele assina novamente e é com base nessas informações que a gente consegue fazer uma leitura para encaminhá-lo né?
>
> R9: A gente foi fazer um curso de formação de voluntários do CVV (Centro de Valorização da Vida). No começo, a gente se identificou com a causa, né? E buscou também apoio do NASE. Participamos de umas reuniões lá e foram esclarecidas algumas dúvidas dela relacionadas a "o que é que um acolhedor pode fazer? Sem entrar na seara do profissional de psicologia". Entendeu? Aí desde o começo a gente ficou com nessa dúvida né? "Sério! A gente vai atender, cuidar da saúde mental do aluno, mas qual a nossa formação? Ou se a gente vai estar adentrando na profissão do psicólogo?".
>
> R20: A gente tem essa preocupação da saúde mental. A intenção do projeto, na verdade, veio de pessoas que não tem nenhuma formação inicial sobre isso, entendeu? Ou seja, eu não sou psicólogo. Agora, mesmo a gente não tendo instrumentos teóricos, a ideia é a gente procurar quem tem. As pessoas que têm são convidadas pra que essa disseminação, essa questão mais teórico-prática sobre essas questões relacionadas ao bem-estar, saúde mental, né? Então assim a gente não tem ferramentas teóricas, mas tem boa vontade, né?
>
> R8: Eu fui fazendo esse mestrado e os cursos pra progressão, ai fiz saúde psíquica no trabalho, orientação profissional, psicologia de grupos e oficinas. E eu começava a aplicar isso nos alunos.
>
> R19: Aí assim...eu sou pedagoga de formação. Não sou psicóloga. E fiquei pensando de que forma eu poderia colaborar na escuta, no cuidado e na compreensão dessas questões, né? Então eu faço uns ofícios encaminhando essas pessoas que demonstram estar no sofrimento muito grande. Então, como pedagoga, o que eu podia fazer? Investir na pesquisa científica pra compreender fenômenos e investir na proposição de projetos.

Na Carta de Campina Grande (FONAPRACE, 2018), há indicação de “garantia de equipe mínima de profissionais especializados que atendam às demandas pedagógicas, psicológicas, sociais e físicas do estudante”. No entanto, não há restrições de que outros profissionais componham esse campo.

A insegurança de atuação na saúde mental é tema encontrado entre profissionais não especialistas que naturalmente são confrontados com esta demanda. No Caderno 34 de Atenção Básica e Saúde Mental (MS, 2013), se aborda que frequentemente o profissional não especialista pode se sentir inseguro, surpreso ou sem saber como agir assim que identifica uma demanda de saúde mental. Também é provável que algumas vezes se sinta improvisando ou usando a intuição e o bom senso. Contudo, sentir-se sem chão ou sem um saber técnico específico não é indicativo suficiente para definir que uma intervenção em saúde mental possa estar equivocada. Usando as noções de cuidado de Chiaverini (2011), o caderno 34 aponta ações terapêuticas comuns que podem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, o que se pode aqui também expandir para os da educação, são elas: proporcionar à pessoa um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a empatia; lembrar-se de escutar o que a pessoa precisa dizer; acolher a pessoa e legitimar as suas queixas emocionais; oferecer suporte na medida certa, sem tornar a pessoa dependente e/ou se sobrecarregar. A figura abaixo, com a distribuição da composição das equipes por categoria dos atores da comunidade acadêmica, também contribui para algumas discussões de conteúdos presentes nas falas dos entrevistados.

Figura 8 – Distribuição dos dispositivos por categoria de composição das equipes



Fonte: Elaboração própria

Como já apontado no ponto institucionalização, frequentemente, para os docentes, a realização das ações nos dispositivos de saúde mental precisa ser conciliada com outras exigências da docência e não há redução de carga horária, exceto quando se trata de um cargo em dispositivos ligados à gestão. Na presente amostra, são cinco os dispositivos conduzidos apenas por professores, mas esta categoria está presente nas equipes de dezoito dispositivos, com trabalho em conjunto com as demais categorias.

São cinco os dispositivos conduzidos apenas por técnicos[22], mas esta categoria está presente nas equipes de mais nove dispositivos com atuação em parceria com demais atores, totalizando catorze. Nesta categoria, a modalidade de técnico que mais se observa é o chamado TAE, Técnico em Assuntos Educacionais, presente em sete dispositivos. Chama a atenção que os TAE componham mais equipes que os técnicos psicólogos presentes em cinco equipes. E que, em quantidade de envolvidos, muito se aproximem, sendo treze TAE e catorze técnicos psicólogos.

Os TAE, que precisam ter curso superior em Pedagogia ou Licenciatura para assumir o cargo, tiveram suas atribuições típicas descritas em 2005 pelo Ofício Circular nº 015/2005/CGGP/SAA/SE/MEC (MEC, 2005) enviado às IFES, mas, ainda hoje, enfrentam tensionamentos para o reconhecimento de sua natureza prioritariamente pedagógica, uma vez que, frequentemente, são inseridos em rotinas essencialmente administrativas. Na UFPE, existe um Grupo de Trabalho que defende a institucionalização dos SEAP (Setor de Estudos e Assessoria Pedagógica) no organograma da universidade como espaço privilegiado para a inserção dos TAE de modo a garantir o desempenho da natureza pedagógica da função como é o caso de alguns dos dispositivos que compõem o mapeamento desta pesquisa. Esta pauta será retomada como desafio geral, no Eixo 3.

Os estudantes compõem as equipes de catorze dispositivos, como estagiários, extensionistas, pesquisadores de PIBIC, no quadro administrativo, como bolsistas ou voluntários ou ainda como membros de entidades responsáveis pelos dispositivos – como no caso dos dois compostos apenas por estudantes membros de diretórios acadêmicos vinculados aos cursos de Psicologia e de Direito. Os estudantes também são quase totalidade do quadro funcional de outros dispositivos vinculados à gestão, mas nesse caso por questões contingenciais: afastamentos de técnicos, sem reposição.

A natureza da participação do estudante nos dispositivos será retomada no eixo 2 quando se aborda o controle social, considerando que são o público-alvo das ações e que

[22] Técnicos Administrativos em Educação com diversas formações (psicólogos, assistentes sociais, médicos, pedagogos) na classificação E (ensino superior) e na D (ensino médio).

existem recomendações das políticas públicas quanto a este ponto. Cabe aqui destacar que a participação do estudante guarda elementos positivos e negativos na avaliação dos respondentes pelos dispositivos.

No que diz respeito aos aspectos positivos, a importância de o estudante participante estar sensível ao tema e se apropriando de conteúdos teóricos e práticos sobre a saúde mental contribuiria para a formação e o exercício profissional voltado para uma atuação mais coerente com princípios éticos. Além de haver maior possibilidade de escuta das demandas estudantis nas deliberações quanto a execução das ações e atividades. No entanto, o caráter transitório da vinculação do estudante com a universidade e o aumento de demandas acadêmicas com o avanço do curso prejudicaria a continuidade da participação deles nas ações. Outro ponto preocupante na composição dos estudantes para os respondentes foi a questão do sigilo das informações sensíveis nas ações de escuta e de acolhimento, como ilustrados nas passagens abaixo:

> R2: Tem alunos que são excelentes, que se mantêm no programa. Mas você tem pessoas que querem fazer só pra ganhar a pontuação. O que é uma pena. Você tem alunos que fazem a capacitação, pega o certificado e vai embora. Não dá um retorno. Isso é um absurdo. Você teve a capacitação, pelo menos dê um retorno. Fique os outros 6 meses.

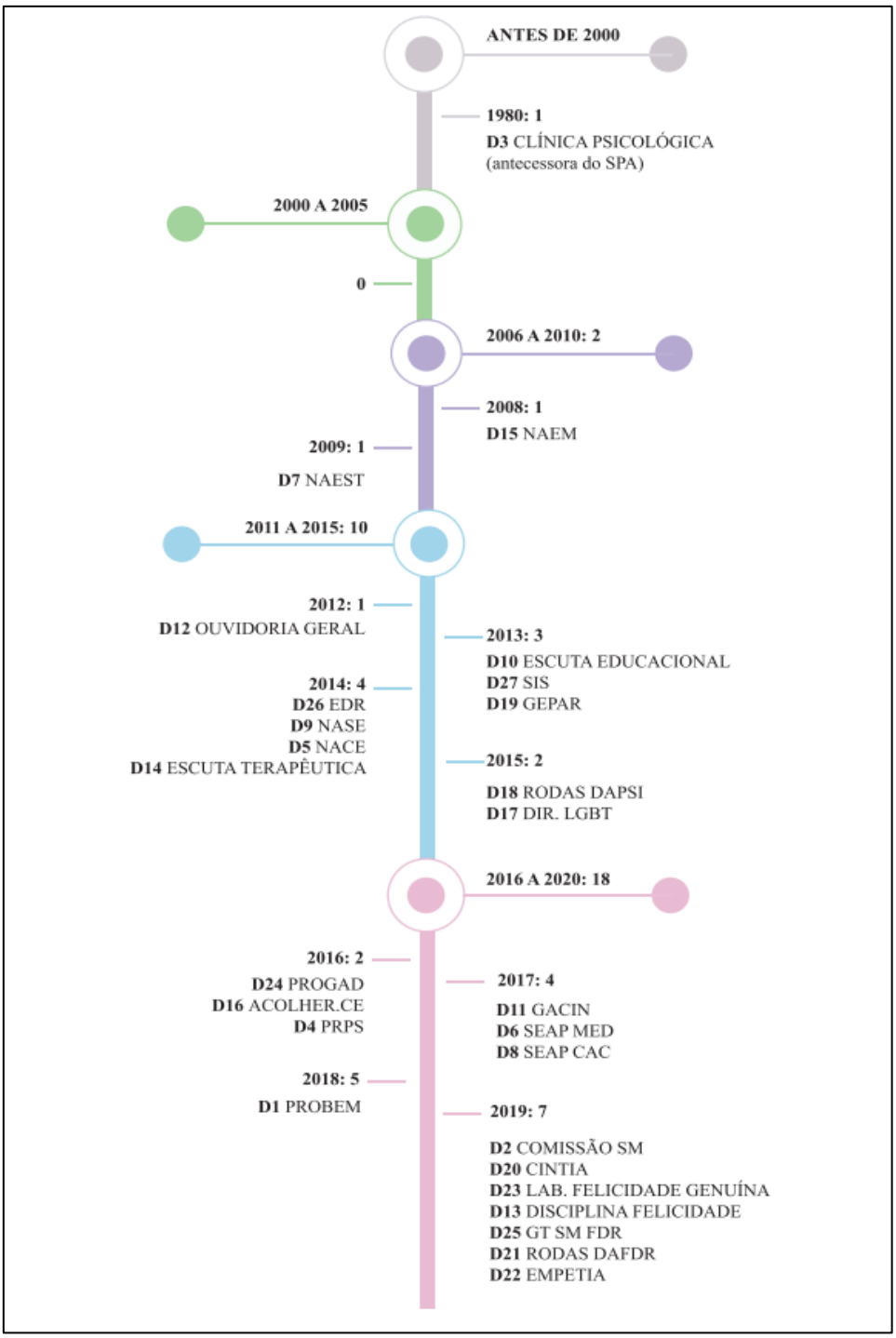
> R9: Para compor o acolhimento a gente preferiu não colocar estudantes pela questão do sigilo de informação, porque é mais fácil vazar de um pro outro do que um profissional da instituição né?

> R14: Como nós começamos com ação de acolhimento, então havia um cuidado muito grande com a questão da ética desse acolhimento, né? A medida que nós fomos expandindo, aí sim, a gente começou a perceber a necessidade dos estudantes tá junto com a gente.

5.1.2 Surgimento: Tempo e Motivação

A linha do tempo a seguir apresenta a distribuição dos dispositivos a partir dos anos de seus surgimentos. Esta linha remonta a história contada em parte no item 3.3 – Saúde Mental do Estudante Universitário (história, dados e pesquisas).

Figura 9 – Linha do Tempo do Surgimento dos dispositivos



Fonte: Elaboração própria

É possível observar que o período de 2016 a 2020 tem a maior concentração de criação de dispositivos, com destaque para os anos de 2017 e 2019. Isso demonstra que o crescimento da atenção para o cuidado em saúde mental nos últimos anos na UFPE, que parece ser uma tendência nacional, conforme registros da V pesquisa da Andifes (FONAPRACE, 2019a), na qual há informação de que, desde a pesquisa anterior, em 2015, as IFES incrementaram suas ações em torno do problema da saúde mental que visam conscientizar a comunidade acadêmica sobre adoecimento mental, sofrimento psíquico e suicídio.

É importante destacar que, no final de 2016, um caso emblemático de suicídio de uma estudante no meio do expediente letivo causou grande comoção na comunidade acadêmica, tendo sido apontado por alguns respondentes como um evento motivador para a criação da iniciativa, como pode ser visto no conteúdo a seguir:

> D16: Nós iniciamos em 2016 com o evento trágico que teve aqui na frente do Centro de Educação, que foi o suicídio de uma aluna do curso [cita o curso] (...) E naquele mesmo momento foi muito dramático porque ela caiu praticamente aqui em frente, numa hora de intervalo do almoço e foi um momento muito dramático para todos daqui do Centro de Educação: professores, estudantes, técnicos. (...) Esse movimento ele já vinha acontecendo, na verdade, nós já vínhamos compreendendo a necessidade de ter um espaço para acolher esses estudantes e aí surge nesse momento, a partir desse evento trágico, a criação da sala de acolhimento ao estudante.

Também chama a atenção que o aumento no número de dispositivos depois deste ocorrido tenha se dado, em sua maioria, a partir de iniciativas de docentes, de técnicos e dos próprios estudantes, ou seja, com vinculação acadêmica e não por iniciativa da gestão da universidade.

O período de 2013 a 2015 concentrou o surgimento da maioria dos dispositivos voltados para segmentos minoritários (população negra, vulnerabilidade socioeconômica, pessoa com deficiência e pessoa LGBTQIA+), o que parece estar associado ao período de avanço no arcabouço legal de proteção aos direitos dessas populações e garantia de reserva mínima de vagas com as Leis nº 12.711 (BRASIL, 2012), de recorte de renda e racial, e a nº 13.409 (BRASIL, 2016), de pessoas com deficiência.

O ano com maior número de dispositivos criados foi o de 2019. Não há dúvidas de que o campo de saúde mental do estudante tem ganhado destaque nos últimos anos, observado também pelo aumento de produção científica e de eventos temáticos na UFPE em datas importantes para a área, como o *Janeiro Branco* e o *Setembro Amarelo*. No entanto, cabe a ressalva de que, apenas os dispositivos em funcionamento no período estudado foram inseridos na amostra. Ou seja, não foram explorados dados de dispositivos criados e extintos antes do

início do mapeamento. Portanto, não se pode afirmar que em outros anos não surgiram tantos dispositivos quanto em 2019, mas, se assim o foi, não se mantiveram em funcionamento.

Reconhecer os motivadores para a implementação das respostas às demandas sociais contribui para a análise de como se estrutura a formulação e a composição de agenda das políticas públicas em determinado local. Ainda que não seja o objetivo principal desta pesquisa, uma vez que aqui o foco recai sobre a implementação, vale destacar esse ponto do surgimento porque ele também aponta como o fenômeno passa a ser reconhecido como problema na universidade. Além do caso emblemático e das determinações legais sobre cotas citados acima, outros elementos motivadores para o surgimento apontados nas entrevistas pelos dispositivos foram: o aumento de casos de sofrimento psíquico percebidos nos departamentos e em sala; a demanda de apoio por outros setores; a dificuldade de encaminhar os casos para outros setores; recomendações de política nacional ou local (assistência estudantil, transparência), a mudança de perfil do estudante da UFPE, as demandas e pressões dos próprios estudantes ou conjunturais. Como podem ser ilustrados nas passagens a seguir:

> R13: A gente se orgulha desse núcleo porque foi um núcleo que surgiu por carência mesmo. Pela necessidade do nosso estudante de medicina. Por não ter pra onde encaminhar. Porque nem tinha o [cita outro dispositivo] na época. Então era a gente só com nossos alunos.
>
> R19: Foi quando teve o caso de uma aluna que ela teve um surto dentro de sala de aula (...) A professora no começo não entendia o que tava se passando com essa aluna. Foi algo muito complicado. As pessoas dentro da sala de aula também não estava entendendo o que estava acontecendo e ela gritava muito. E a partir desse episódio, a professora teve que levar lá para a escolaridade e começou a se pensar em fazer algo sobre o tema.
>
> R20: A intenção do projeto, na verdade, partiu da identificação do problema dentro da sala de aula. Em dia de apresentação de trabalho, em dia de prova, eu sempre recebia pelo menos cinco emails de alunos, dizendo que tava com ataque de ansiedade, com depressão, não ia poder fazer a prova e tal. E isso começou a me chamar atenção, né?
>
> D12: A Ouvidoria surge em um contexto nacional, uma demanda por uma democracia participativa no final da década passada. A comissão de ética, a Ouvidoria, e outros dispositivos a nível nacional e isso a UFPE vinha participando.
>
> D17: A diretoria surgiu a partir da demanda dos estudantes, né? Estudantes trans e travestis que reivindicavam o direito de usar o nome social, a questão do uso do banheiro e a Universidade não tinha nenhuma política ainda instituída nesse sentido. E aí em 2015, no processo de eleição para o segundo mandato do Reitor Anísio, eles se comprometeram em criar uma diretoria LGBT que seria a responsável pela política LGBT na universidade. E aí ele editou uma portaria.

Percebe-se que não houve uma determinação única nem uma orientação normativa específica de saúde mental e que os dispositivos foram surgindo de modo não articulado.

Finalizado este percurso pelo mapeamento e pela caracterização dos dispositivos, é possível seguir para o segundo eixo que contempla, mais especificamente, a articulação com as políticas eleitas para esta análise.

5.2 EIXO 2 – ARTICULAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL E DE SAÚDE MENTAL

5.2.1 Informações Iniciais

No intento de identificar a aproximação dos dispositivos com as Políticas Públicas, os respondentes foram questionados diretamente sobre quais políticas amparavam as ações desenvolvidas e a própria idealização do dispositivo. Alguns respondentes citaram, de pronto, as políticas reconhecidas como basilares[23], ou já as haviam citado antes mesmo da pergunta, ao longo de sua fala inicial, como se pode ver nas seguintes passagens:

> R7: A gente trabalha a luz do PNAES, que é o Programa Nacional da Assistência Estudantil. Então assim... lá no começo, lá na criação do [cita o dispositivo], a gente buscou essa norma, buscou esse decreto e isso ajudou a gente a identificar qual seria o nosso público-alvo. E foi baseado nesse decreto, o 7.234, que a gente definiu algumas coisas do funcionamento e aí a gente achou justo, acertado e tinha uma legislação que dava suporte.
>
> R16: A gente dialoga muito com a política de assistência e com política de saúde. Então a gente não tem uma política específica pra saúde mental, mas pensar na política de saúde e trazer a discussão da saúde mental ajuda a gente a se organizar, a pensar estratégias, a pensar por onde caminhar e também ajuda a pressionar as entidades que a gente tem, as instituições que a gente tem acesso, como o departamento.
>
> R5: Eu acho que basicamente a política de assistência estudantil (…) Eu acho que a gente pensa um pouco a política de saúde. Tem essa relação da gente com o SUS.

Outros respondentes informaram não ter conhecimento sobre as políticas públicas ou mesmo apresentaram alguma dificuldade com a compreensão sobre o próprio conceito de políticas públicas, associando a condução do dispositivo a um processo mais intuitivo, menos técnico, amparado na percepção e no desejo de atuar na mudança de uma determinada realidade. Conteúdos dessa natureza estiveram mais presentes nas falas dos respondentes dos dispositivos

[23] Outras políticas públicas, além das de Assistência Estudantil e de Saúde Mental, foram mencionadas pelos respondentes para o desenvolvimento das ações dos dispositivos e foram sendo exploradas, quando necessário, ao longo do texto nos eixos nos quais foram citadas. Essas outras políticas foram ainda retomadas no item 2.6 deste eixo. Neste tópico 2.1, destacam-se, especificamente, as políticas eleitas para aprofundamento neste estudo (saúde mental e assistência estudantil).

com a composição classificada como “outros” (nem saúde, nem educação) no tópico de mapeamento. As seguintes passagens exemplificam o dito acima:

> R20: Não, porque a gente não tem conhecimento sobre isso entendeu? A gente não tem a menor ideia, sabe? São várias pessoas ignorantes no assunto (de políticas públicas), mas que sentem e estão buscando.
>
> R19: Dizer assim, que a gente pensava em uma política pública específica, eu acho que não. Mas foi mais do nosso perceber (...) que a gente precisava se escutar, a gente precisava se ajudar. Mas não necessariamente, a gente pensando ou sofrendo influência direta de algum tipo de política pública, mas, inevitavelmente, deve ter.
>
> R6.2: Olha, tem 2 categorias que eu acho bem importante para situar [cita o dispositivo] (...) São as categorias chamadas de táticas e de estratégias. As estratégias tão no campo do prescrito, tão no campo das políticas públicas, do que foi legitimado, do que foi pensado, do que foi acordado. E as táticas elas tão sempre no campo do fazer ordinário. São os modos de fabricação e refabricação do cotidiano. Acho que o [cita o dispositivo] ele meio que se configura como sendo um produto dessas táticas. Existe. As pessoas sabem que a gente existe. Elas sabem que a gente tem um trabalho. Elas reconhecem o trabalho, mas ele não se constitui parte das estratégias, ou seja, parte das políticas públicas, do que é prescrito.
>
> R20: O projeto foi todo construído em relação as coisas que eu tinha lido. Relatórios da ONU, por exemplo, e de outros relatórios que a gente pesquisou. Dados sobre problemas emocionais e essas questões fizeram com que a gente se preocupasse. Então a nossa preocupação na elaboração do projeto em si foi realmente de verificar como a gente poderia atingir outros alunos. A gente tá tentando resolver uma questão. Uma política pública nesse sentido, mas com o arcabouço teórico-metodológico de um projeto de extensão. Ou seja, qual seria o passo a passo? Como é que a gente poderia atingir uma determinada comunidade X ou Y?

Em um segundo momento, eram citadas as políticas eleitas neste estudo (Assistência Estudantil e Saúde Mental) e apresentados os elementos destacados de cada política[24] para verificar se, de posse dessas informações, as aproximações e comunicações das suas ações com as políticas eram identificadas.

A partir daí, mais respondentes puderam reconhecer que elementos trazidos, até então, nas suas falas sobre os dispositivos se aproximavam com pontos contemplados nas duas políticas. Senão diretamente nas ações, nas atividades, nos objetivos ou nos resultados esperados, mas como uma perspectiva indireta ou como um direcionamento das ações. Muitos deles já haviam citado os pontos levantados apesar de não associar a uma política pública específica, como pode ser visto abaixo:

> R21: Eu não tenho conhecimento preciso sobre as políticas de assistência estudantil e saúde mental nacionais ou locais. Eu não tenho. O projeto não foi feito considerando esses itens, tecnicamente falando. Mas eles certamente estão relacionados com o

[24] Os elementos destacados de cada política no roteiro de entrevista, conforme anexo, foram: da Política de Assistência Estudantil (permanência, evasão, retenção, qualidade de vida e inclusão), da Política de Saúde Mental (Rede e articulação, desinstitucionalização e inclusão) e de ambos (controle/participação social e avaliação da política).

> trabalho porque tem a ver esse pontos. Meu dispositivo não se ampara porque ele foi uma iniciativa pessoal, não é uma política pública da universidade. Mas eu diria que as políticas públicas na área (...) Eu acho que ela está relacionada com um certo movimento de prevenção à saúde mental, de educação que a gente vê aqui e acolá.
>
> R19: Você tocou em dois pontos, falou dessa coisa da permanência e da retenção, né? Total! Eu acho. A gente olha muito pra isso, toca muito aqui dentro. Talvez a gente não tenha pensado de uma maneira muito direta: "vamos fazer as ações para isso". Mas, inevitavelmente toca, né? Essas são questões fundamentais pra gente e pontos extremamente importantes que a gente discute. Porque a gente tem os estudantes que tem uma nova dinâmica, um novo perfil que, historicamente, não acessava o curso muito elitista e isso afeta a saúde mental.

Os conteúdos relacionados aos pontos destacados das políticas estão contemplados ao longo da discussão nos tópicos desenvolvidos a seguir, construídos a partir dos elementos do ML. No entanto, três pontos muito caros às políticas estudadas merecem algum destaque final neste eixo, tornando-se tópicos específicos, a saber: participação/controle social, rede e desinstitucionalização. Finaliza-se este eixo com o compilado das demais políticas citadas pelos respondentes, além das eleitas para análise neste estudo.

5.2.2 Compreensão do Problema

Como já foi mencionado anteriormente, o Roteiro Básico IPEA (2007) propõe como exercício prévio a montagem do Modelo Lógico que envolve o esquema que pode ser visualizado na figura 2 desta dissertação. Os elementos do esquema compuseram o roteiro das entrevistas realizadas com os responsáveis pelos dispositivos. Os conteúdos resultantes constam neste segundo eixo da proposta analítica, apresentados separadamente e em diálogo com as políticas públicas já apresentadas anteriormente.

5.2.2.1 Conceitos de saúde mental e sofrimento psíquico do estudante universitário na UFPE

Os conceitos de saúde mental e sofrimento psíquico foram explorados nas entrevistas com os participantes na perspectiva de compreender as formas pelas quais os dispositivos reconhecem o fenômeno, considerando que isto implica diretamente na construção ou não de respostas às demandas e na aproximação destes conceitos com os pautados nas políticas públicas relacionadas.

Na análise do elemento "saúde mental do estudante universitário", algumas categorias[25] temáticas foram encontradas no conteúdo das entrevistas e definidas através do método indutivo.

a) **Saúde Integral/Global:**

Nesta categoria, foram inseridos códigos relacionados à noção de *indissociabilidade do corpo e da mente*. Entendendo a saúde mental não limitada à saúde psicológica, emocional, mas considerando o indivíduo e seu contexto, apontando para a perspectiva *biopsicossocial* na resposta à demanda. Desse modo, exigindo a *multidisciplinaridade* das equipes de trabalho em saúde mental e a oferta de diferentes modalidades de atenção para as diferentes necessidades dos usuários. Nesta categoria, ainda foram inseridas o olhar para a saúde mental como *tema transversal* que tangencia vários outros temas, como acessibilidade, inclusão, preconceitos, além da *multideterminação* de sua origem e manutenção. Os códigos dessa categoria foram identificados em oito das entrevistas.

> R7.2: O serviço entende a saúde mental de uma maneira mais integrada, a saúde mental não vai envolver só a parte psicológica. A gente tende a separar a saúde mental da saúde em geral, mas a saúde mental faz parte também da saúde geral. Então a gente vai ofertar os serviços de psiquiatria, psicologia que são, vamos dizer assim, da saúde mental, mas a gente tenta agregar diversos profissionais que possam contribuir para a saúde geral e para a saúde mental mais especificamente e também diversas estratégias dentro de cada modalidade, de cada profissão, de cada área, cada um vai trabalhar as estratégias possíveis para atender as diferentes demandas que surgem aqui dos estudantes.
>
> R4: A gente tenta acompanhar e verificar se eles conseguem ter essa saúde plena, né? A saúde mental, física que engloba todo ser humano, de forma integral, né? Porque quando ele adoece fisicamente interfere na saúde mental dele e o contrário também.
>
> R10: Eu entendo que hoje a saúde é integral, né? Saúde integral, saúde coletiva, se falam muito... o termo de saúde hoje é muito amplo né? Então a gente vê nessa questão de saúde integral. A gente trabalha muito a ideia da pessoa como um todo. Os adoecimentos, o que a pessoa tem, está profundamente relacionado ao contexto no qual ela vive, no qual ela interage.
>
> R11: A gente pena no que pode fazer dentro das várias faces da saúde pra potencializar a felicidade. Então trabalha a saúde física, social, saúde emocional, saúde mental, saúde profissional e saúde espiritual.
>
> R19: Acho que nesse cenário, nesse contexto, é preciso a gente tentar ao máximo fazer esses diálogos, fazer esses transbordamentos pra que não se restrinja só a saúde mental, mas saúde mental não é só isso, né? Acho que permeia tudo, todo um contexto todo uma gama de relações. Atingem outros temas. Acessibilidade, cotista por exemplo (...) Então, inevitavelmente a gente transborda essa noção de saúde mental não se restringe a saúde mental, ela tangencia. Ela toca lá, transversa outros temas, transpassa.

[25] As categorias (**em negrito**) estão dispostas abaixo por ordem de maior frequência e, na explicitação, estão os códigos (*em itálico*):

b) **Humanização, bem-estar e qualidade de vida e socialização**

Nesta categoria, estão inseridos códigos que relacionam a saúde mental ao *bem-estar*, à *qualidade de vida* e ao sentir-se bem no espaço acadêmico e fora dele, trazendo elementos associados ao trânsito institucional, à *convivência* institucional saudável, à condição de resolução de conflitos, à *humanização* das relações, ao se sentir pertencente à universidade. Códigos dessa categoria foram citados em seis entrevistas.

> R1: Tanto o [cita o um dispositivo representado] quanto a [cita o outro dispositivo representado] têm essa ideia de entender que a saúde mental ela não é o adoecimento, entendeu? Mas é justamente o bem-estar, a pessoa se sentir acolhida, ela gostar de tá naquele ambiente.
>
> R2: De um modo geral, a saúde mental tem a ver com a qualidade de vida. De como você está transitando nesse espaço. Então o [cita o um dispositivo representado] e o [cita o outro dispositivo representado] estão preocupados com essa melhoria da qualidade de vida das pessoas que estão aqui.
>
> R10: Humanização nas relações, de se colocar no lugar do outro, que vai levar a empatia nas relações. Que vai descobrir a alteridade. O espírito, a convivência sadia. Se a gente não tem isso. Então, daí nasce todo um complexo de conflitos.

Nesta categoria, ainda estão inseridos códigos relacionados às *habilidades sociais*, à condição de sociabilidade dos estudantes, à possibilidade de criar laços, de ter boa relação com os pares e demais atores da comunidade acadêmica.

> R4: Essa saúde mental faz com que ele se relacione bem com os pares, se relacione bem com o professorado e que ele consiga ter ambientes de lazer fora da instituição e que ele possa aprender. Quando isso tá harmônico, a gente acha que ele tá dentro do padrão de saúde mental.

c) **Saúde Pedagógica e profissional**:

No conteúdo de seis dos respondentes, houve apontamentos da saúde mental associada à presença, à ausência ou ao desenvolvimento de *condições para aprendizagem*, bem como atendimento às demandas de frequência em sala de aula, ao cumprimento das exigências acadêmicas ou, em um sentido de adaptação, à *iniciação profissional*. Assim, tornando os prejuízos nesse setor como possíveis indicadores de sofrimento.

> R6.2: Quando isso afeta a vida acadêmica e, consequentemente, a dimensão pedagógica da sua formação. E isso não é somente em relação a nota. Mas é em relação ao convívio, estar junto de alguém, participar do processo da universidade, se sentir protagonista de seu lugar. Se sentir autônomo nesse espaço. Não tem como dissociar a discussão de saúde mental na universidade das questões pedagógicas, acho que é intimamente, intrinsicamente, ligado.

> R4: Quando ele tá aprendendo, mesmo que não seja do jeito 10, que não seja no máximo, mas que ele consiga alcançar aquela construção prevista naquele módulo, naquele período.

d) **Subjetividade e autoconhecimento**:

Nesta categoria, estão inseridos os códigos associados à saúde mental como saúde *psicológica e subjetiva*. Recorrentemente delegando ao indivíduo a função de desenvolver habilidades internas como autocontrole, *autoconhecimento*, *controle das emoções*, resiliência, recriação de si, felicidade interna. Códigos desta categoria estiveram presentes em cinco entrevistas.

> R20: Ele tentar deixar os problemas do trabalho no trabalho. Deixar os problemas de casa em casa. Agora é algo que, de certa forma, é um pouco difícil de distanciar essa questão dos problemas pessoais, problemas de trabalho. Mas dar essa minimizada e saber controlar. Saber que aquilo ali é um problema que ele pode resolver. Tentar controlar essas emoções, nesse sentido. Saber que o problema é passageiro. Ou seja, ele ter um problema e não ficar pensando naquele problema. Então assim eu acho que essa questão de saber controlar as emoções é um dos grandes desafios pros educadores, para os psicólogos. Saber controlar: "Quando eu posso desligar?" Ter o botãozinho aqui de desligar. "Aquele problema de casa não pode me afetar aqui na universidade". Então, nesse sentido, eu acho que autoconhecimento emocional e saber que eu posso resolver aquele problema e que eu não preciso de trazer esse problema pra cá.

> R21: um determinado conceito de felicidade que se baseia numa ideia de felicidade como uma experiência interna. Essa felicidade que se organiza internamente como uma estabilidade que não é dependente exatamente do que acontece externamente. Essa felicidade genuína surge a partir de um treino, a partir de um desenvolvimento de habilidades e competências.

Observa-se conteúdos desta dimensão associados a uma busca de adaptação dos estudantes, cabendo aos dispositivos, nesta dimensão, oferecer recursos para o desenvolvimento dessas habilidades.

e) **Saúde mental como direito e dimensão política**:

Nesta categoria, a saúde mental aparece intimamente ligada à *garantia de direitos* e há destaque para os *determinantes sociais da saúde* através do acesso aos direitos constitucionais. Ainda se aponta a saúde mental como uma dimensão para a mudança da realidade. Nesta categoria, alguns respondentes apontaram para o PNAES como elemento que reconhece a saúde mental nesta dimensão do direito, uma vez que a preconiza dentre seus eixos.

> R2: É o acesso a essas coisas todas, essas garantias que tem na constituição e você poder expressar as suas dores pra que você não adoeça.

> R5: E essa dimensão do direito. Da psicologia política. De poder ser e se ver como sujeito de direitos e de desejos também.

> R7: De um lado, a política foi muito inteligente porque ela sabe que saúde não se faz apenas com médico. É o acesso a meios de transporte adequado, tem essa questão social, ter acesso à cultura, lazer, boa alimentação, a moradia. Todo o eixo do direito garantido.

f) **Presença ou ausência de adoecimento**

Apenas um respondente apresentou conceito da saúde mental restrito à ausência de doença ou de diagnóstico. Mas, mesmo este, explicou que para ter acesso às ações do dispositivo que ele representava não era necessário estar doente, demonstrando que, apesar do conceito apresentado por ele se aproximar de uma perspectiva patologizante, a abordagem do dispositivo não se pretendia apenas curativista, como se poderia supor.

Esta categoria, baseada no modelo científico dualista-racionalista, que não tomou destaque entre este grupo de participantes, é comumente encontrada em pesquisas sobre o conceito de saúde mental conforme apontam Trovão e Veloso (2016). Tais autoras destacam ainda que o campo da saúde mental é bastante polissêmico e plural e que a sua inclusão nesta categoria seria uma redução da existência humana e social.

É importante destacar que boa parte dos respondentes apresentaram em sua fala códigos de mais de uma categoria sem com isto apresentar discurso contraditório. O que aponta que as categorias acima, exceto a última, guardam certo grau de complementariedade para esta amostra.

O conceito de saúde mental não é mencionado especificamente no Decreto nº 7.234 (BRASIL, 2010) do PNAES. No entanto, pela priorização dada no documento ao desempenho acadêmico e à diminuição de retenção e evasão através de eixos, dentre os quais consta a saúde, é possível verificar que a categoria que mais parece se aproximar do que é defendido no documento inicial da política nacional seja a aqui chamada de "*Saúde Pedagógica e profissional*".

Já a PAE local, na Resolução nº 15/2019 (UFPE, 2019b) da UFPE, inclui o construto "*qualidade de vida*" no seu objetivo I como elemento fundamental junto às demais priorizações já trazidas pela nacional. Ainda há, entre as diretrizes dessa resolução, a orientação de "realizar ações de cunho psicossocial e socioeducativo que visem à integração do estudante à vida universitária", elementos que apontam para a aproximação da política de Assistência Estudantil local com as categorias de "*Humanização, bem-estar e qualidade de vida e socialização*".

O fato de a maioria dos respondentes não sustentar conceitos de saúde mental que se restringissem à categoria "*Presença ou ausência de adoecimento*" parece apontar que a compreensão dos dispositivos segue na direção do que é preconizado pela Política Nacional de

Saúde Mental, na perspectiva de superação e de ressignificação de conceitos historicamente associados ao modelo tradicional, biomédico e de psiquiatrização da saúde mental.

Importante destacar o risco de alguns discursos caírem apenas na troca de especialidade, como pode acontecer com a psicologização da demanda que remete à categoria "*Subjetividade e autoconhecimento*" e a manutenção da restrição do campo da saúde mental ao saber psi.

Esta superação conceitual é postulada por Amarante (2008) como uma das dimensões necessárias para a construção da Reforma Psiquiátrica. Figurando entre as dimensões técnico-assistencial, sociocultural e jurídico-política, a chamada dimensão teórico-conceitual (ou epistêmica) introduz reflexões sobre a (des)naturalização do saber científico da psiquiatria, do campo psi como um todo, autoriza a produção de novos conhecimentos e conceitos por outros saberes acerca de determinado fenômeno e traz a noção de integralidade.

Os conceitos de sofrimento psíquico apareceram frequentemente associados à sua origem (causas) ou expressão (consequências), que serão apresentados em seção posterior. Neste caso, não houve frequências de respostas que possibilitassem a formação de categorias consistentes e a análise tão extensa quanto a acima sobre o conceito de saúde mental. No entanto, cabem algumas reflexões que puderam ser desenvolvidas a partir dos achados.

Em três dos respondentes, o sofrimento psíquico esteve associado aos *sinais, sintomas e comportamentos* desorganizados, que se afastam do esperado socialmente. Como dito na passagem: "mais um aluno surtou, fulano desistiu do curso, teve um aluno que gritou em sala de aula. Tudo isso é sofrimento" (R1). O sofrimento é associado a algo que rompe com o previalmente estabelecido, com destaque para as situações na realidade acadêmica.

Outro ponto que também apareceu na fala de três respondentes foi a importância de se diferenciar sofrimento de outras expressões consideradas normais, das exigências, das adaptações comuns da realidade acadêmica, como nessa passagem: "Porque eu acho que tem que separar o que é o estresse da rotina, do dia a dia, que não adianta, não dá pra viver sem isso" (R11), ou ainda do movimento de reconhecer o próprio sofrimento como sendo algo naturalmente experimentado por todos em alguma fase da vida, associado a ciclos vitais. Como pode ser visto nessa fala:

> R5: É um sofrimento que, eu diria, que eu não considero como sendo anormal. Eu não faço esta relação entre o sofrimento e anormalidade. Eu acho que é algo que é decorrente do próprio processo de amadurecimento deles e desta saída que eles fazem de casa para o mundo. Que solicita deles uma reorganização, um processo de readaptação e de lidar com determinadas questões que antes eles não lidavam.

Esta compreensão se aproxima de uma noção sustentada por Bezerra (2006) quando aponta que a saúde engloba a doença, uma vez que ter saúde contempla a possibilidade de recuperar-se diante de um adoecimento. Nesse sentido, o olhar volta-se para a capacidade de suportar embates, sofrimentos, quedas, limitações e ir adiante, construindo novas formas de existência. O autor continua alertando que, sendo assim, uma experiência subjetiva na qual o fracasso e o sofrimento estivessem completamente afastados estaria mais perto da patologia do que da saúde.

Dois respondentes apontaram o sofrimento associado à ausência de qualidade de vida, como se pode ver na passagem: "Então quando você tem uma qualidade de vida boa, você geralmente não adoece, você não tem um adoecimento psíquico" (R2). E associado também a não garantia dos direitos, conforme apontado em duas categorias do conceito anterior.

Para um dos respondentes, o sofrimento se configuraria como desequilíbrio das instâncias psíquicas, que gerariam estados emocionais negativos se aproximando da categia de *subjetividade e autoconhecimento,* também já explorada anteriormente.

O último ponto diz respeito ao sofrimento como um problema compartilhado. Uma das respondentes destaca que muito se aponta que o sofrimento não acontece só na universidade, mas na sociedade como um todo. Ao refletir sobre esta afirmação, ela segue com a seguinte conclusão: "Então nós entendemos que o problema é de todo mundo. O problema é do mundo, mas o mundo somos nós, então o problema é nosso" (R1).

Esta colocação da R1 provoca a reflexão sobre a dimensão institucional e coletiva do sofrimento. Desse modo, aponta a necessidade da construção de projetos de saúde mental que desloquem a atenção do sofrimento como um problema do indivíduo, para situação de vida compartilhada a ser pensada por toda a comunidade acadêmica.

Verifica-se que pontos sobre sofrimento psíquico conversam com as noções de saúde mental exploradas acima e se aproximam de algumas das discussões pautadas pela política específica. As noções, apresentadas até aqui, abrem espaço para discutir a visão dos respondentes sobre as causas relacionadas ao problema e suas consequências. Conforme proposto no esquema de pré-montagem do modelo lógico e constante no roteiro de entrevistas com eles.

5.2.3 Causas e Consequências do Sofrimento Psíquico

Para abordar as causas do sofrimento psíquico utiliza-se o quadro 16, abaixo, que elenca as dimensões do sofrimento conforme proposição de Leão *et al.* (2019b) com os possíveis

elementos associados a cada uma delas, definidos teoricamente. Na análise de conteúdo das entrevistas estas dimensões foram utilizadas como categorias prévias (método dedutivo).

Quadro 16 – Dimensões do Sofrimento

INDIVIDUAL	**Psíquicas** (constituição psíquica; sofrimento existencial iniciado ou pré-existente, quadros psicopatológicos já estabelecidos ou iniciados nessa fase); **História de vida** (pregressa e atual, rede de apoio, relações familiares, sobrecarga familiar); **Vida acadêmica** (identidade estudantil, rotinas de estudo, organização acadêmica, migração/deslocamento, moradia compartilhada, questionamentos sobre a carreira e curso escolhidos; processo de conclusão e enfrentamento do mercado de trabalho; especificidade do curso) **Fase do desenvolvimento** (construção da identidade - religião, sexualidade, posicionamento político, mudanças biológicas, acesso a novas realidades e vivências, responsabilidades financeiras, moradia, horário);
COLETIVA	Realidade **socioeconômica**; Realidade **de grupos minoritários/em vulnerabilidade** (étnico-raciais, gênero e sexualidade, escolaridade, pessoas com deficiência, LGBTQIA+);
INSTITUCIONAL	**Ambiente** físico propiciado pela instituição; **Segurança/Violência** na universidade, assédio moral e sexual; **Lazer e convivência** na comunidade acadêmica; **Relações de ensino-aprendizagem** e entre professores e estudantes (cristalização de práticas, produtivismo acadêmico, jornada de trabalho e estudo, romantização do sofrimento na vida universitária) **Currículo** inadequado
CONJUNTURAL, SOCIOESTRUTURAL E ECONÔMICA	**Lugar** da Universidade na sociedade; **Perspectivas** (mercado de trabalho, vida acadêmica); **Clima Político-ideológica** (cisão, perseguição); **Modo de produção** capitalista**;** **Financiamento** para pesquisa e **Orçamento** da educação; Guerras, desemprego; Surtos epidêmicos.

Fonte: Elaboração própria a partir de Leão *et al.* (2019b).

Muitos dos elementos do quadro surgiram nas falas dos respondentes e os mais frequentes estão explorados mais a frente com recortes do conteúdo para ilustrar. No entanto, antes, vale destacar uma informação acessada por um recurso do programa de análise de conteúdo, ATLAS.ti, que contribui para a visualização do fenômeno identificado nas análises.

Abaixo, encontram-se os códigos relacionados com os elementos analisados neste tópico. A figura 17 mostra as citações dos entrevistados sobre as causas do sofrimento psíquico e as dimensões a elas associadas. Destaca-se a contagem do grau de magnitude (G), que se refere ao número de citações vinculadas àquele código nas entrevistas em números absolutos.

Quadro 17 – Magnitudes dos códigos causas

Fonte: Elaboração própria a partir do programa ATLAS.ti

Significa dizer, por exemplo, que nas entrevistas foram citadas 46 vezes causas relacionadas a dimensão individual do sofrimento psíquico, enquanto as causas ligadas a dimensão institucional foram citadas 84 vezes, ou seja, quase o dobro.

Considerando que quanto maior o G (magnitude) de um código, maior sua relevância. Esse dado aponta que no conteúdo das entrevistas há uma gradação da relevância das causas numa decrescente a começar da dimensão institucional (G 84) para coletiva (G 63), individual (G 46) e, finalmente, para a conjuntural (G 30). Isto em frequências absolutas. Outro recurso do ATLAS.ti que permite relacionar os códigos com as entrevistas, em frequências relativas. Observa-se que causas associadas a dimensão individual do sofrimento foram citadas em todas as entrevistas analisadas, a institucional não foi citada em apenas uma entrevista, a coletiva deixou de ser considerada por 3 dos respondentes e a conjuntural por 5. Esses dados parecem apontar que embora enfatizadas, em frequência e intensidade, pela maior parte dos respondentes as causas coletivas e conjunturais parecem ainda invisibilizadas para alguns.

Agora, passa-se a explorar alguns dos elementos acima elencados nesta ordem de relevância. Nas causas associadas a dimensão do sofrimento de maior magnitude, a *institucional,* aspectos do funcionamento da UFPE, que afetam a saúde mental dos estudantes foram revelados. O aspecto mais frequente nas entrevistas diz respeito às questões pedagógicas, com grande destaque para a relação professor-aluno (interação e práticas de ensino-aprendizagem). Destacaram-se o elemento autoritarismo e as exigências arbitrárias:

> R6.1: Mas a universidade é um fator importante porque ainda existem relações muito autoritária. A gente tem professores que fazem processos de avaliação em que o aluno não sabe como chegou naquela reprovação, naquela nota. Isso também traz questões que vem pra cá num âmbito muito pedagógico que a gente tenta conduzir e que são causadores também de adoecimento da saúde mental que estão muito relacionados com as próprias propostas não é?
>
> R14: Essas coisa que a gente já conhece, mas chega estudante que tá sofrendo porque tá fazendo TCC, não tá sabendo como lidar com a pressão, estudante que chega porque por conta de uma exigência tirana por parte de um professor.
>
> R1: Ai tem professor que assedia moralmente de forma pesada, ai você tem uma pessoa como eu que faz o cara ter que pensar e refletir, ai tem uma professora que super demanda academicamente. Ai tem o professor, que é uma coisa muito cruel, que o aluno tem que treinar todo dia. Eles não tem esse tempo, mora longe, ainda trabalha. O professor diz: “Ah! Você não tá rendendo, não é suficiente”.

A produtivismo acadêmico[26], principalmente na pós-graduação, a competitividade e currículo inadequado também foram citados, com uma menor frequência.

> R12: Aí vem a residência pedindo que o aluno seja um pesquisador. Porque a residência vai formar um cuidador, uma pessoa pra assistência, mas a seleção dela é pra um pesquisador. E aí os meninos querer ter PIBIC. E eles dizem que os professores só querem os melhores alunos. O aluno que vai dar pesquisa. Ai competitividade por nota, faz questão por décimo. Isso adoece.

> R18: Porque existe muitos casos de depressão aqui, principalmente na pós graduação, que é quem sofre mais pressão. Porque tem pressão de produtividade e pressão de prazo e aí, pessoas que, digamos, colocaram tudo em jogo para fazer uma pós graduação, pessoas que deixaram o emprego. Então esse contexto é uma pressão muito grande que se sofre, aí tem vários fatores dentro da pós-graduação que causam depressão, na incompatibilidade com um tema de pesquisa, incompatibilidade com o orientador, entendeu?

Esses relatos parecem corroborar com dados encontrados na V Pesquisa do FONAPRACE realizada com estudantes de graduação das IFES em 2018, ao verificar as dificuldades que mais impactam no seu desempenho acadêmico. Identificou-se ser a "carga excessiva de trabalhos estudantis" a quarta maior causa, citada por 23,7% do público que disse ter dificuldades. Entre esse mesmo grupo, o assédio moral/violência psicológica por docentes[27] foi citada como afetando o desempenho de 3,7% dos estudantes.

Em outra fase da pesquisa, quando se inquiriu sobre a presença do assédio moral por docentes e o registro formal da reclamação, foi verificado que, nacionalmente, 16,8% dos discentes se disseram vítimas da situação. Com aumento de regularidade e intensidade para alguns perfis que envolvem o sexo (mais comum no feminino), o gênero e a sexualidade (quanto mais, declaradamente, se afastam do padrão dominante - cisgeneridade e hetenormatividade - maior o volume de assédio), presença de deficiência, maior vulnerabilidade socioeconômica e maior faixa etária. (FONAPRACE, 2019a). Em uma pesquisa realizada na UFPE em 2011 com a mesma temática, 40,3% dos discentes disseram ter sido vítimas deste tipo de violência de assédio moral por docente. Dado que chama atenção se comparado ao nacional em 2018 (MUNIZ *et al*., 2011).

Ainda sobre as *causas institucionais*, alguns respondentes citaram o ambiente físico-estrutural inapropriado para a necessidades dos estudantes ou pouco acolhedores. Sem opções

[26] Produtivismo acadêmico como uma perversão da produtividade, no qual a geração de conhecimento é tomada como uma linha de produção, conforme postulado por Machado e Bianchetti (2011).

[27] O assédio moral (originalmente relacionado ao ambiente de trabalho) teve seu escopo ampliado também para o ambiente escolar, inaugurando a denominação *docenting* para descrever o fenômeno. A nomenclatura é recente e ainda não consolidou um grande volume bibliográfico, portanto, na pesquisa de FONAPRACE (2019b), utilizou-se "assédio moral docente" que foi explicado como uma situação de constrangimento, menosprezo ou humilhação a que o (a) estudante foi submetido (a) por docente".

de espaços convivência e lazer; além de questões de segurança e violência vivenciados no *campus*.

> R19: O prédio é histórico e a gente tem aulas em anfiteatro, né? E pra gente isso é muito simbólico. O professor ocupa o centro da estrutura e os alunos ocupam a periferia do conhecimento, né? A gente escuta o professor falando no microfone, mas a gente não consegue se escutar enquanto aluno. A gente não consegue escutar as nossas questões. (...) Acabam não percebendo o quão essa questão institucional, essa questão da estrutura e da arquitetura influenciam também num mal-estar que a gente compartilha lá dentro. Além disso, a gente também não tem um espaço de convivência, né? A gente tem corredores que não permitem o nosso contato, nosso diálogo.

> R1: Na pesquisa que a gente fez o que mais apareceu que afeta a saúde mental dos meninos, foi o RU por causa daquelas filas, tempo da espera e limitação de acesso, sabe? Tudo isso a universidade tem que reconhecer. As atividades que estavam acontecendo no setor dentro do prédio do Centro de Convenções, no período da reforma mesmo, sair de lá a noite, no escuro, é muita tensão, não tem nenhuma segurança. Quem fica bem?

Apesar das causas institucionais serem as mais citadas nas entrevistas, boa parte dos respondentes destacou que a universidade e suas características não seriam, por si só, suficientes para provocar o adoecimento psíquico, mas que, frequentemente atuavam como fator de risco para o sofrimento psíquico. Com constância encontrou-se a palavra "gatilho", no sentindo da universidade como um disparador, potencializador de sofrimentos de outras dimensões também:

> R6.2: A gente entende que a universidade, se ela não é o lugar em que isso acontece na sua gênese ela é uma potencializadora, como um gatilho, que a qualquer momento vai gerar esse tipo de situação.

> R21: E o sofrimento psíquico vai se estabelecer a partir desta base em situações as mais diversas. Nas relações com os pares, nas relações com os professores em grande parte, relações destrutivas, relações perturbadoras nas várias pressões que esses estudantes sofrem, não só na universidade. Então eu entendo que as causas e efeitos estão relacionados com a própria condição social de todos nós e agravadas por uma estrutura pouquíssimo atenta aos processos de humanização. De modo que a universidade não é necessariamente causadora, mas ela é potencializadora, um gatilho desses estados e contribui fortemente para que haja esse tipo de situação, como situações de assédio de vários tipos, pressões descabidas feitas por alguns professores.

Os sofrimentos associados as questões que atravessam coletivamente determinadas populações foram citadas 63 vezes, indicando uma significativa atenção para os temas, no entanto, como citado acima, essas dores parecem ainda invisibilizadas para alguns dos respondentes.

Na análise das causas associadas a *dimensão coletiva* do sofrimento foram identificadas seis categorias[28] que, por vezes, guardam aproximações e sobreposições, mas que foram mencionadas pelos respondentes com frequência relativa distinta, apontando a relevância dada a cada uma. De acordo com recurso do ATLAS.ti, os sofrimentos associados ao grupo afetado mais gravemente por sua *realidade socioeconômica* (como os estudantes bolsistas da assistência estudantil, os cotistas por renda e moradores da CEUs) foram considerados por 71% dos entrevistados, enquanto, 48% deles mencionaram causas ligadas ao sofrimento da *população LGBTQIA+*. Como pode ser visto nessas passagens:

> R17: Então eu pensei o que eu poderia fazer diante dessa realidade cruel. Eu tenho relato de estudantes que são massacrados e massacradas por professores que não compreendem as suas realidades. Não compreende que vem de periferias e que não podem, num primeiro momento, apresentar respostas às exigências que lhe são feitas. Precisa de um tempo pra compreender como é que a academia se forma.
>
> R10: Tem uma adoecimento enorme das pessoas, você saber que tá num curso e não ter como exercer o curso, o pessoal de odonto mesmo e outros que precisam de material. Ser cobrado e ter que cumprir a disciplina e ele num passa porque não fez. E ele não fez porque não tinha como comprar pra fazer. Então, o adoecimento das pessoas, nesse processo, é muito grande. Porque a tensão das pessoas todo dia. Eu só tive noção dessa coisa quando a demanda começou a chegar aqui.
>
> R5: Eu acho que essa questão, a questão dos preconceitos e das práticas discriminatórias, que são bem presentes em relação à questão da ordem da sexualidade, da identidade de gênero e, com essa polarização política também ainda mais. Principalmente na casa masculina, que era dividida por andares, então, um andar era os héteros, homofóbicos, o outro andar eram os héteros simpatizantes e o outro andar era dos gays. Então a gente percebia que havia uma segregação muito grande e os estudantes sofriam.
>
> R15: A estrutura do ensino superior já é pesada, e aí você lidar paralelamente com essas questões de não poder ir no banheiro, você entrar no banheiro e vir um segurança e te tirar. Você tá numa sala de aula e o professor começar a gritar seu nome civil. Então isso vai totalmente contra as ações de permanência, né? Porque isso tá expulsando a pessoa, ela não vai se sentir parte daquele espaço, muito pelo contrário, ela vai se sentir não reconhecida, vai se sentir expulsa.

Na mesma porcentagem de respondentes, com 25% cada, surgiram os sofrimentos associados às *mulheres, por questão de gênero*, e às *pessoas com deficiência (PcD)*. Dirigida às mulheres, encontram-se elementos associados à discriminação em áreas acadêmicas tidas, historicamente, como masculinas, por situações de violência de gênero ou por acúmulo de jornadas (estudante, mãe, trabalhadora, dona de casa):

> R18: A gente até se sente mal de trazer uma pessoa pra um ambiente que é nocivo. Tipo, pra que que a gente vai atrair meninas para um ambiente que está trazendo sofrimento pra as que já estão? Então a gente fica até em conflito. Agora mesmo a gente recebeu um relato de outra menina que mudou de área, ela disse “Vou mudar de

[28] As categorias encontram-se em *itálico*.

> área, eu gosto muito de computação, mas eu quero continuar, não aguento". É algo aqui deixou ela desencantada. Não é o curso, é o preconceito, entendeu? E isso causa um sentimento de não pertencimento às meninas, entendeu? Elas acabam achando que escolheram o curso errado, começam a duvidar da sua capacidade, entendeu? Porque isso vai sendo colocado pra elas de forma repetida pelo ambiente, elas acabam acreditando, desistem do curso e isso não acontece só no cenário acadêmico, no cenário profissional também.
>
> R14: Como o nosso público é, diria eu, que 90% constituído de meninas, de mulheres, né? Então a gente também atende bastantes casos de vítima de violência; violência doméstica, violência de gênero.

Já para as PcD, o que se destacam são, principalmente, as barreiras atitudinais e de acessibilidade, como demonstram as passagens a seguir:

> R3: Ter uma deficiência não necessariamente implica que você necessita de cuidados de um psicólogo ou de um psiquiatra. Mas que a deficiência traz necessidades específicas na educação e no ensino superior também é necessário que essas dificuldades sejam abordadas. O sofrimento chega aí quando ele chega em sala de aula que o professor não entende a necessidade dele. E aí ele entra em stress, ele entra nas suas dores. Porque não tá tendo direito a esse acesso que foi dito, né?
>
> R16: E aí, de dois anos pra cá chegaram mais estudantes com deficiência e aí essa também tem sido uma fala de sofrimento na trajetória que foi pra ocupar aquele espaço e pra se manter. (...) Semestre passado tivemos problemas com elevador, o acesso da rampa tá fechado e aí nós temos estudante e foi pedido que fizesse a prova separada da turma no térreo e ela ficou meio abalada com isso porque não tinha sido pensado nela. Teve confusão e um movimento pra greve. Então essa questão da inclusão é uma coisa importante que afeta a saúde mental. Situações de exposição. Afeta todo mundo.

Com as menores frequências de 14% cada, identificam-se os sofrimentos associados a dificuldades de *pessoas oriundas de escolas públicas não diferenciada* (principalmente, por apresentarem lacunas nos conteúdos pedagógicos cobrados pela universidade ou por discriminação por ser cotista e a pressão social). Além dos sofrimentos da *população negra*[29] (seja por questão de ausência de representatividade, por situações de discriminações e violências raciais ou ainda por fraudes na cota).

> R12: Ela veio de escola pública, ela é cotista. E ela disse assim: “Professora, eu tenho o peso de ser a primeira pessoa da minha família que vai se formar e eu não posso decepcionar minha família”. É muita pressão pra esse pessoal.
>
> R17: Ela [a estudante negra] se culpa. Compreendendo que ela que é a inadequada. Ela que não deveria estar nesse espaço. Todos os dias. Todas as horas que eu estou aqui com essa porta aberta eu recebo relatos, os mais terriveis possível. Porque muitos livros que essas pessoas gostariam de ter acesso não são encontrados nas bibliotecas dos nove centros que tem nesse campus de Recife. A coisa do eurocentrismo e do brancocentrismo que está aqui impregnado.
>
> R16: Um ponto também que eu não posso esquecer de falar, que é com relação as pessoas brancas que usam as cotas raciais. Isso é uma questão que aparece em qualquer espaço que a gente tem pra discurtir sobre saúde mental. E aí, isso afeta todo

[29] Embora a cota contemple raça e etnias, sofrimentos associados às pessoas indígenas não foram mencionados.

> mundo. Afeta, principalmente, os estudantes negros que sentem a injustiça de ter uma pessoa que não deveria tá ocupando aquele lugar e também afeta as pessoas brancas que estão ocupando aquele lugar.

Segundo alguns respondentes este movimento de mudança de percepção dos estudantes sobre os sofrimentos coletivos, mas que, até então, eram experienciados como apenas individuais, parece ser favorecida após a chegada na universidade. Pelo o acesso as discussões, ou pela própria ação de alguns dispositivos, no sentido de gerar algumas identificações e respostas também coletivas. Como pode ser visto:

> R6.1: Eu acho que de um tempo pra cá eles têm tomado mais consciência. A própria pauta da sociedade de trabalhar questões dos direitos, do empoderamento feminino, do racismo, das questões de gênero, tudo isso eles percebem o quanto eles são também coagido sem saber nomear, o quanto eles são também pauta de enfrentamento desses temas dentro de uma universidade pública. Acho que tudo isso interfere.

> R16: Uma coisa que a gente busca puxar também, porque não vem naturalmente, de uma maneira nítida, são sofrimentos relacionados a grupos específicos: uma pessoa negra falar enquanto pessoa negra. Então ela fala da experiência dela, mas não necessariamente relaciona muitas coisas a racismo. Ou, no caso, a homofobia ou transfobia, porque nós temos muitas pessoas, homo ou trans que acabam individualizando o sofrimento. Aí a gente puxa essa reflexão e aí quando a gente puxa, aí também isso vai aparecendo com mais força e a pessoa vai se dando conta que não é só ela, não é só dela.

Um achado que chama a atenção e foi levantado por alguns respondentes, trata da sobreposição de vulnerabilidades, o que um dos entrevistados chamou de “pacote completo”. Ao referir-se ao estudante que é alvo, ao mesmo tempo, de vários atravessamentos, por múltiplas vulnerabilidades da dimensão coletiva, como pode ser observado:

> R3.1: Porque vem um pacote completo. Porque muitas vezes esse estudante com deficiência, ele vem de escola pública, geralmente tem a vulnerabilidade econômica, então ele é potencial assistência estudantil. Aí tem a questão do sofrimento mental. Isso tudo se somam. E ele tem que ser visto como um todo.

> R17: Os dados são extremamente assustadores e nos mostram que a grande maioria desses estudantes são mulheres. São mulheres negras. São mulheres pobres que estão desempregadas. São mulheres que lutam de forma ferrenha pra poder continuar aqui por cinco anos. Porque [cita o curso] é um supercurso de cinco anos, né? Então, como se manter nesse tempo aqui na academia, sofrendo de tudo e sem condições de comprar livros, tirar xerox?

Observou-se que elementos de discriminação e a sensação de não pertencimento destes públicos ao ambiente universitário foram identificados em todas as categorias desta dimensão como fonte de sofrimento psíquico. Estas análises apresentadas a partir da percepção dos respondentes remetem aos resultados encontrados por Souza *et al.* (2015) ao investigar a associação entre experiências discriminatórias na universidade e o sofrimento psíquico. Nesta

pesquisa, observou-se que estudantes que relataram vivenciar discriminação em alta frequência e intensidade apresentaram 4,4 vezes mais chance de apresentar sofrimento psíquico.

O conteúdo apontado pelas respondentes e as discussões decorrentes aqui exploradas convocam uma ferramenta teórico-metodológica e conceito, a chamada interseccionalidade, compreendida por Rodrigues (2013) como fundamental para as análises de interação entre as relações de poder e categorias como classe, gênero e raça em contextos individuais, práticas coletivas e arranjos culturais/institucionais como se propõe neste estudo. Para Bairros (1995) a interseccionalidade aponta que estas categorias, junto com a orientação sexual, reconfiguram-se mutuamente formando um mosaico que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade. Do ponto de vista da reflexão e da ação políticas uma dimensão não existe sem a outra.

Neste contexto, uma análise realizada por PORTELA *et al.* (2019) a partir de recente pesquisa da ANDIFES, demonstrou que há diferenças nos dados de saúde mental do estudante universitário, considerando os recortes de raça e gênero. Uns dos dados que podem ser destacados são que problemas emocionais estão entre as três causas que mais afetam a vida e o desempenho das mulheres, sendo a primeira causa entre as mulheres brancas e a segunda entre mulheres pretas, não aparecendo entre as primeiras causas para os homens.

A pesquisa indica que mais da metade (53%) dos estudantes de graduação já pensaram em abandonar o curso. Ainda que apresentem resultados bem próximos, as mulheres pretas e pardas são as que têm o maior percentual nesta questão (55%), seguidas pelas mulheres brancas (52%), pelos homens negros (48%) e, finalmente, pelos homens brancos (46%).

Portela (2019) finaliza sua analise afirmando que a democratização ao acesso nos últimos anos inseriu na universidade um grande grupo de pessoas oriundas de famílias para as quais a educação superior nunca havia sido uma possibilidade. E que esta situação pode gerar sentimentos de inadequação em relação ao novo espaço, pressões diversas e discriminação real por parte de outros membros da comunidade. A autora afirma que seriam necessários estudos específicos para determinar esse conjunto de efeitos diferenciais, mas que isso já aponta alguns elementos que demandam maiores cuidados para certa população, conforme também identificado nos dados apresentados nesta dissertação.

Nas causas associadas a *dimensão individual* do sofrimento, citadas 46 vezes, e considerada por todos os respondentes. Houve maior frequência de elementos relacionados a *história psíquica* do sujeito com destaque para situações nos quais o estudante já teria um quadro de adoecimento/sofrimento previamente estabelecido ou predisposto ou vivenciado eventos traumáticos, como nessas falas:

> R4: Tem aluno que já chega no primeiro período e já diz: “Olha! Eu sou depressivo”. Já chegam com seus terapeutas particulares. Eles dizem: “eu faço terapia. Eu tô sendo acompanhado”. Ele já traz um histórico dele. Ou as vezes já tinham algo e eclode aqui.
>
> R17: Tem relatos de estudantes que foram estupradas por familiares e esses estupros, que foram feitos na infância, ainda continuam perturbando a vida social, acadêmica e pessoal dessas estudantes.

Com bastante frequência também foram citadas causas associadas a adaptação individual à *vida acadêmica*, voltados para a construção da identidade de estudante universitário ou adaptação às exigências comuns da vida universitária (atividades em grupo, exposição, escrita do TCC). As seguintes falas ilustram:

> R9: A gente encontra alunos que tem o perfil de se isolar mesmo. E tem aluno que não tem colega aqui. Passa o curso quase todo isolado. É um aluno que tem dificuldade de socialização por algum problema psíquico que já tem, ele vai enfrentar algum tipo de problema. Porque o curso exige uma interação. A aprendizagem no centro ela tem uma abordagem que é a baseada em problemas. Então o convívio social, a relação com os pares é muito importante pra o aluno desenvolver.
>
> R6.3: Eles se cobram muito porque eles tão numa realidade agora muito diferente né? Agora eles tão nessa transição, da fase adulta, de ter mais autonomia, de ter uma cobrança, então eles se cobram muito porque eles estão numa universidade pública, lutaram muito por isso. E como é que eles vão lidar com isso?

Como alguns dos respondentes estão mais próximos da realidade de um curso específico, vários relatos contemplaram exigências particulares de diferentes cursos ou perfis dos estudantes que compõem aquele corpo discente. Foi citado, por exemplo, a confrontação com a loucura e sofrimento psíquico para os estudantes de psicologia, a questão da morte para os estudantes de medicina, o perfil de alguns estudantes religiosos no curso de música com circulação no CAC com expressões tão diversas, a menor presença feminina nos cursos de exatas, as estudantes de pedagogia, primordialmente mulheres e mais velhas que acumulam jornadas duplas ou triplas. Aspectos que remetem a *questões individuais*, mas também *institucionais*, e apontam para a necessidade de maior compreensão dessas especificidades para contemplá-las mais amplamente na proposição das ações.

A vida acadêmica desafiaria ainda ao favorecer o contato com outros mundos, conhecimentos e pessoas que viriam a desestabilizar os saberes e certezas prévias sobre temas importantes (religiosidade, sexualidade, política etc.) gerando, muitas vezes, conflitos e angústias. Estes elementos também estiveram associados a questão das *fases do desenvolvimento*, da juventude como período de construção da identidade, podendo ser a fase mais vulnerável pela necessidade de adaptações a novas exigências.

Ainda na dimensão individual do sofrimento, com frequência um pouco menor, levantou-se aspectos da *vida familiar e social*, como apoio e relações estabelecidas. Dentre esses elementos, tomou destaque o impacto da distância da rede afetiva para os estudantes de outros estados ou do interior (por questões de adaptação a exigência de autonomia, saudade, solidão, falta de suporte, lógica da cidade, entre outros). Este elemento da distância foi bastante citado tanto como causa do sofrimento, quanto como fator complicador nas situações de cuidado e tratamento. Chegando a ser ponderado, por alguns respondentes, alternativas que pudessem favorecer a mudança de perfil, como o argumento de inclusão regional, uma vez que o SISU aumentou a frequência dessas situações.

> R5: Em relação ao acolhimento em função do que eles traziam em termo de que era provocado pelo distanciamento da família e pela mudança da sua cidade de origem para Recife, que aí, o que a gente percebia é que, este deslocamento, do ponto de vista geográfico, era motivo de grande sofrimento emocional.

Dentre as causas associadas a *dimensão conjuntural, sócio estrutural e econômica* do sofrimento, referidas 30 vezes, muitos respondentes mencionaram o momento político, principalmente o último período pré e pós eleições presidenciais, como suscitadores de sofrimento psíquico. Seja pelas tensões, embates e cisões ocorridos no próprio ambiente da UFPE ou com familiares em casa, seja pelo impacto do contingenciamento iniciado desde a gestão anterior no orçamento da educação e ameaça de privatização ou ainda pelos discursos de ataques aos direitos das minorias em geral, que afetam diretamente parte do público da universidade pela história pessoal ou pautas defendidas.

> R11: Mas tem coisa que derruba a turma toda. O momento político que a gente tá vivendo. Teve uma aula mesmo que foi todinha assim: "Professor, por que a gente tá aqui? O que é que a gente vai fazer amanhã com tudo isso que tá acontecendo! ? Não temos o que fazer!" Sem perspectiva mesmo. A vida ameaçada. No contingenciamento, no meio do ano passado. Ficou todo mundo assim: " Professor, o que a gente vai fazer da vida?" Eles vinham suados de outras aulas que não podiam ter ar-condicionado. Isso mexeu demais.

> R2: Muita falta de perspectiva. Você vê pelos que se formam. Eu entrei na universidade com 25 anos. Agora as pessoas com essa idade, fazem mestrado, doutorado e ainda não estão empregados. Alguns tendo que fazer outra graduação. Essa situação do Brasil. Porque, não é brincadeira não, você ver todo semestre os alunos saírem e quantos estão empregados?

> R14: Nós notamos o impacto que o corte nas assistências teve no prórpio curso e no acolhimento. Porque você começa a ver a chegada de estudantes que estão muito preocupados porque não sabe se poderão dar continuidade a sua formação, né? Estudante que muitas vezes dependiam de bolsa pra chegar a universidade, que com ausência dessa bolsa isso não tem como, né e o quanto isso toca na vida acadêmica, obviamente, mas na saúde mental também desses tanto.

> R8: E o aluno que chega aqui: “Você fala que eu tenho que estudar. Num tenho nem emprego mais. Não tem concurso”. Essa coisa da falta de perspectiva. Uma coisa muito forte de desamparo.

Ao analisar amplamente as respostas, observa-se que houve com frequência a alegação de que as causas de diferentes dimensões se sobrepõem e multideterminam, o que corrobora com a ideia sustentada pela OMS sobre as origens multifacetadas do sofrimento psíquico.

> R7.1: Então eu acho, relacionado ao adoecimento, que ele é uma soma de fatores de vulnerabilidade. Então todos eles têm uma contribuição. Não sei qual o peso de cada um, mas todos eles juntos estariam relacionados com essas causas, com o que desencadeia esse sofrimento no estudante. Tudo. O ambiente hostil na universidade, competitividade, conviver com a diversidade, questão socioeconômica, numa nova cidade, distante dos familiares, cobrança da família, tirar notas boas, tem que ser o melhor, conseguir um bom emprego.

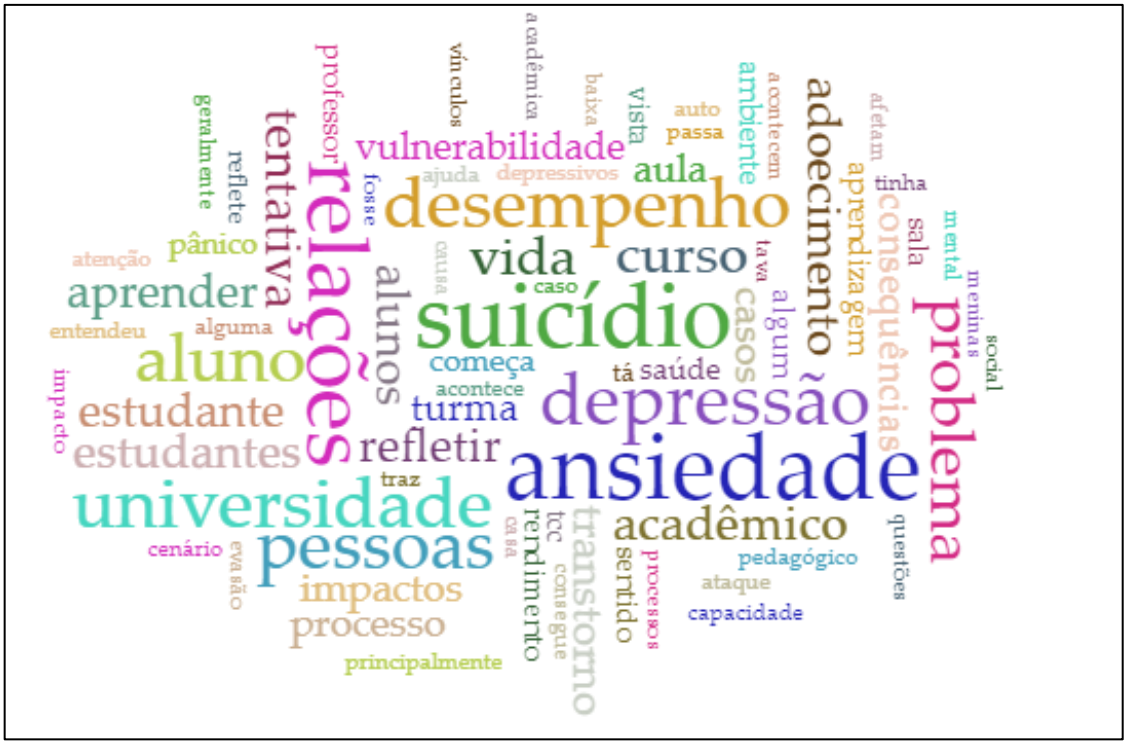
> R6.1: Porque a gente percebe muito isso, que a universidade tem sido como um gatilho que amplia os processos de ansiedade que ele já vem diante da vida, da sociedade, da família, mas a universidade é um fator importante porque ainda existem relações muito autoritária.

Variedade semelhante de causas, como as apresentadas neste estudo, encontra-se na pesquisa conduzida por Osse e Costa (2011). Espera-se que essa percepção mais ampla das causas, colabore para proposições de ações também amplas, e que abarquem o caráter múltiplo do problema.

Estes mesmos autores, apontam que o processo de sofrimento psíquico ou emocional, começa a ser sentido já nas fases iniciais de curso, e como foi visto, até antes do início dele. Sendo que as situações de pressão e o sentimento de inadequação vivenciados podem gerar desestabilizações, que não raramente, levam os discentes a crises emocionais e a adoecimentos. Interessa a este estudo verificar como os dispositivos reconhecem as possíveis consequências do sofrimento, uma vez que este elemento também direciona as respostas.

As percepções dos respondentes sobre os desdobramentos, impactos e efeitos da continuidade do sofrimento psíquico entre os estudantes da UFPE foram analisadas pelo método indutivo, (sem categorias prévias) e encontram-se aglutinados no termo *consequências,* utilizado no roteiro do IPEA (2007). A figura 10 a seguir ilustra a frequência com a qual as principais consequências emergiram no conteúdo trazido pelos respondentes.

Figura 10 – Nuvem de palavras das consequências do sofrimento psíquico



Fonte: Elaboração própria a partir do ATLAS.ti

Os termos mais frequentes, *suicídio/suicida* (17[30]) e *ansiedade/ansioso* (16) e), junto à *depressão/depressivo* (14) foram inseridos em uma categoria nomeada "quadros psicopatológicos e comportamentos associados", que ainda contempla os termos menos frequentes, como *adoecimento/doença* (7), *transtorno* (6) e *pânico* (4). Esta categoria, que se mostrou a de maior magnitude entre os respondentes, em muito se aproxima às consequências trazidas por Osse e Costa (2011), acima. As seguintes falas dos respondentes apontam a importância a ela atribuída:

> R6.2: A gente percebe muito claramente quantos alunos na faixa de 18-20 anos, primeiro período, chegam aqui e desencadeiam processo de ansiedade, de não conseguir chegar na faculdade, de depressão, da auto-mutilação, de suicídio, de processos psicóticos. Então um leque de nomes, com CID, com diagnósticos que vão sendo dados por psiquiatras. Então, pra gente é uma novidade
>
> R1: A gente já fez 170 entrevistas no curso de [cita o curso], 10 relataram que já tiveram tentativas de suicídio. É muito. Se você pensar que é só de um curso. Que eu sei, ano passado, foram 3 ou 4 tentativas de suicídio de pessoas diferentes. Tem aluno que se corta. Teve um aluno que saiu, tentou suicídio, teve que trancar.
>
> R2: Acaba tendo muito adoecimento no curso. Em diversos cursos aqui. Então, em muitos casos, há tentativa de suicídio, há o desejo de morte. É uma coisa que está

[30] O número entre parênteses se refere a quantidade de vezes que o termo (e correlato) foi citado no conteúdo analisado.

> muito presente aqui na universidade e isso reflete uma depressão, um adoecimento psíquico. Reflete, no mínimo, uma insatisfação com a vida.

Os respondentes abordaram esta categoria apontando a mobilização por ela provocada na vida do próprios estudantes em sofrimento, nas turmas das quais fazem parte e na universidade como um todo. Principamente nos casos de ideação, tentativa e desfecho suicída ou ainda em casos de lesão autoprovacada. Como foi visto no eixo 1, casos emblemáticos de suicídio ou desorganização em sala de aula motivaram o surgimento de alguns dos dispositivos, justamente pela grandeza do impacto, não apenas em quem vivencia diretamente o fenômeno, como ilustrado a seguir:

> R16: Então, quando tem algum estudante com depressão, tentativas de suicídio são situações que envolvem toda turma, ou boa parte dela, e aí toda turma fica mobilizada e aí procuram a gente como referência. Então tinha uma turma que tinha um caso de um menino que tinha depressão e ele tava se mutilando, praticando autolesão e teve tentativa de suicídio e aí procuraram a gente pra fazer um trabalho com o grupo todo.

A segunda categoria, encabeçada pelo termo *relações* (13), contempla as consequências do sofrimento nas vinculações e trocas sociais dos indivíduos em sofrimento, seja na universidade, na família ou nos demais ambientes. Os termos *vida* (7), *vínculo* (4) *casa* (3) *e universidade* (10) são inclusos nesta categoria A relação intrapsíquica também é prejudicada.

> R7.2: Isso vai afetar não só o desempenho do estudante, mas principalmente as relações. As relações dele consigo mesmo, porque aí vem as questões de pensamentos de incapacidade, de incompetência, de baixa autoestima, a desvalorização do ser, dele mesmo. Depois vem a deterioração com as outras relações. Com os pares, amigos, familiares, parceiros, companheiros. Enfim, profissionalmente também. Ele vai como se fosse desmontando aquela estrutura que deveria ser de suporte. O sujeito vai perder, perde bastante a rede de apoio.
>
> R1: Quando ela não tá com essa sua saúde mental bem é onde ela tem esse adoecimento e aí, isso começa a comprometer tanto as relações pessoais dela dentro da universidade, quanto o aprendizado.
>
> R6.2: Então a gente entende que essas questões, não somente no que diz respeito à sala de aula, mas no seu trânsito, nas relações que estabelece, no diálogo que tem, na vontade de vir à universidade.

A terceira categoria de consequências diz respeito aos impactos pedagógicos e de aprendizagem do sofrimento psíquico que apareceram com menor frequência absoluta de paravras associadas, mas com significativa frequência relativa, figurando com algum de seus códigos em quase todas as entrevistas. Nesta categorias os termos associados foram: novamente, universidade (10), desempenho (9), aluno (9), curso (7), falta/faltar/absenteismo (6), pedagógico/a (6), aula (5), rendimento (4), evasão/evadir (4), aprendizado/aprendizagem

(5), TCC (4), reprovação/retenção (3). As seguites passagens demonstram a abordagem a esta categoria de consequências:

> R4: Quando o aluno começa a faltar, geralmente, quando a gente procura e chega tem algum problema, algum ponto que não tá legal, sobretudo, daqui do curso, é psicológico. Ele não vai aprender ou ele não vai aprender de forma plena. Eles tem capacidade de aprender, mas vai aprender de forma mais escassa, mais forçada. Também apresenta dificuldade em cumprir horário, se não ta conseguindo dormir. Baixo rendimento, baixa concentração.
>
> R3.1: Pronto! Interfere no seu desempenho acadêmico, por exemplo. Na presença na sala de aula, na sua concentração para um texto, na compreensão deste texto.
>
> R5: Inclusive, neste momento inicial, alguns se deprimem, muitos se questionam se permanecem ou não aqui, se retornam à cidade de origem. Tem casos de evasão mesmo.
>
> R8: tem muito caso que eles fazem todas as disciplinas quando eles chegam no TCC eles travam. Eles não conseguem fazer. Aí o que ficam escolhendo as disciplinas menos TCC. Aí ficam protelando. Aí vem a recusa de matrícula, até evasão.

Nesta categoria ainda estão incluídas as consequências para a vida profissional, pós-universidade, como pode ser visto neste conteúdo:

> R22: Essa problemátca deve ser vista não apenas como uma questão educacional, mas também como uma preocupação de saúde pública, uma vez que infuenciará a relação médico-paciente e a qualidade assistencial dos futuros médicos. Já que ansiedade e tristeza fazem parte do cardápio básico emocional diário.

Os aspectos tocados por esta última categoria relacionam-se diretamente com os problemas que as Políticas Nacional e local de Assistência Estudantil e as suas construções se propõem a minimizar, conforme disposto no objetivo III do PNAES (BRASIL, 2010) “Reduzir as taxas de retenção e evasão”. E no princípio III da PAE da UFPE (UFPE, 2019a) “igualdade de condições para a permanência e a conclusão do curso”. As consequências associadas aos riscos de evasão e retenção, além de trazer importantes impactos no orçamento da universidade e na economia do país como um todo, ainda afetam a missão constitucional da universidade da inclusão social por meio da educação.

Observa-se que as categorias que emergiram da análise das consequências se aproximam, em certa medida, dos códigos das causas já explorados. Isto porque, um mesmo fator pode assumir uma função protetora ou de risco dependendo do contexto. Sobre estes fatores Graner e Cerqueira (2019) os incluem os protetores em categorias psicológicas, relacionais e acadêmicas nesta ordem de importância, e entre os de risco a relevância é decrescente em fatores acadêmicos, de saúde física (incluindo psicopatologias), relacionais e psicológicos. Aspectos que foram identificados no presente estudo como mais citados.

Chama a atenção que o uso abusivo ou problemático de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) não tenha tomado destaque entre os participantes desta pesquisa, pois, apenas três respondentes citaram, sem ênfase ou maiores explorações, o uso de maconha, álcool e crack por parte de estudantes, sendo visto mais com uma provável consequência do sofrimento psíquico ou como uma tentativa de reduzi-lo. O uso de substâncias tem figurado como uma das causas e consequências mais frequentemente apontadas nos estudos, dentre eles, o de Saraiva e Quixadá (2010), e está sempre presente nas pesquisas da Andifes.

Em um estudo realizado entre 2015 e 2016 com estudantes da graduação da UFPE sobre relações do uso de substâncias psicoativas, desempenho e estresse, conduzido por Espadeiro (2018), foi identificado que os usos mais frequentes eram de álcool (de 58% a 70% a depender do curso e somados os tempo de referência), seguido da maconha (de 13% a 44%, nas mesmas variáveis), com registros presença ainda de uso de alucinógenos e ansiolítico em significativa menor frequência. Para a maioria dos estudantes o uso havia sido iniciado antes do ingresso na UFPE, mas com uso atual mais frequente se dava neste ambiente.

A motivação para o uso circulou entre os fins recreativos, terapêuticos, mas também para a incrementação de capacidades cognitivas ou ainda como ferramenta para fuga do estresse. Sendo este último elemento identificado quantitativamente, uma vez que se verificou que os estudantes que se identificaram como mais pressionados e estressados também eram os que realizavam maior uso de substâncias. Os relatos dos estudantes trazidos na pesquisa de Espadeiro (2018) também não parecem apontar para a percepção do uso como um grave problema na UFPE[31]. Seria necessária uma maior exploração do campo para compreender a diferença dessas percepções para as nacionais, aspecto que ultrapassa os objetivos deste estudo, podendo entrar como proposta de agenda de novas pesquisa.

Retomando discussão sobre causas e consequências do sofrimento, embora a proposta do Modelo Lógico valorize essa leitura de relação direta "causa-efeito", a intenção de sua utilização, neste estudo, é lançar luz sobre esses elementos para desvelar as condições onde se estabelecem as raízes do sofrimento psíquico para além da leitura individual, diagnóstica e culpabilizadora de professores e estudantes. De modo a favorecer a análise e revisão das condições da vida acadêmica universitária e possibilitar o reconhecimento de se estratégias e ações de atenção à saúde mental dos dispositivos buscam afetá-las.

[31] Não foi identificado no mapeamento nenhum dispositivo voltado especificamente para a questão da dependência e uso problemático de álcool e outras drogas. O dispositivo que historicamente cumpria esta função na UFPE, o NEDEQ (Núcleo Especializado em Dependência Química do Hospital das Clínicas) teve seu funcionamento finalizado em 2020, e já vinha sofrendo interrupções nos de 2018 e 2019.

Finalizada esta análise da compreensão do problema, conforme proposto no esquema pré-ML (IPEA, 2007), será dada continuidade a análise explorando as colunas objetivos e resultados esperados, segundo constam nos quadros de ML de cada um dos dispositivos.

5.2.4 Objetivos e Resultados Esperados

Neste subtópico encontram-se analisados os conteúdos das entrevistas que contribuíram para preenchimento das colunas "objetivos e resultados esperados" dos quadros com Modelo Lógico dos dispositivos investigados.

Quadro 18 – Destaque para o 5.2.4 na adaptação do Modelo Lógico

Dispositivo Localização e Surgimento	**Recursos** composição e vinculação	**Objetivos**	**Público-alvo**	**Ações e Atividades**	**Resultados Esperados**

Fonte: Elaboração própria a partir de IPEA (2007)

As categorias que emergiram pelo modo indutivo (sem estabelecimento prévio) a partir da análise de conteúdo, encontram-se em negrito, com os códigos associados em itálico a seguir:

a) Permanência, conclusão, desempenho

Nesta categoria foram inseridos os códigos que mais se aproximam do expressamente defendido pela Lei nº 7.234 (BRASIL, 2010) em seus objetivos: "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". São códigos como *permanência* do estudante (D7, D8, D9, D14, D19 e D24), melhoria do *desempenho* (D5, D6), *adaptação* do estudante a universidade (D6 e D16), *conclusão do curso* (D6, D9) e *inclusão* (D5, D8, D17 e D19, nesses casos, da PcD, da população LGBTQIA+ e da população negra). Nos códigos de permanência e conclusão também foram incluídos os conteúdos de evasão e retenção. Como fenômenos intrínsecos e complementares.

Para ilustrar os códigos de *permanência e inclusão*, destacamos a passagem da entrevista abaixo no qual se aponta o papel do dispositivo em consonância com a política de assistência estudantil:

> R3.1: Com a lei de cotas as pessoas com deficiência têm mais acesso ao ensino superior, porém a permanência é mais difícil. (...) Porque ele tem direito a cota

> federativa, a gente disse que ele ia poder cursar, aí quando chega lá não é isso e ele sofre. Ele chora, ele volta dizendo que o professor não entendeu o que precisava. Porque imagine alguém que é cego, como vai ver as coisas no quadro, por exemplo? Então a nossa missão é tornar essa permanência possível (...) dizendo ao professor, coordenador, quais são as estratégias que eles podem utilizar em sala de aula para garantir o direito dessa pessoa à educação.

Importante citar que alguns respondentes destacaram a associação desses códigos às exigências institucionais, principalmente nos dispositivos vinculados a gestão. Para ilustrar a seguinte passagem:

> R4: O trabalho do [cita o nome do dispositivo] é também evitar a evasão. Então o relatório de evasão a gente tem que mandar, porque se evade, a gente tem que registrar essa vaga, encaminhar pra PROACAD pra fazer o edital de transferência interna ou externa. (...). Então, isso é cobrado até como uma questão obrigatória, porque se a gente recebe aquele valor para o curso formar tantos [cita a profissão] e a gente não forma esse total, então alguma coisa tá errada. A gente tá ganhando dinheiro e num tá conseguindo. Não tá devolvendo a sociedade, entendeu?

Este conteúdo traz um ponto de discussão interessante, uma vez que, desta forma, se faz necessário, para alguns dispositivos, o equilíbrio entre as exigências do cuidado de cada caso e as exigências da gestão. Isto pode ser visto no aspecto da evasão, da retenção, na continuidade de fornecimento de benefícios financeiros ou mesmo do cuidado, quando o estudante não consegue dar a contrapartida no sentido do cumprimento das expectativas pedagógicas.

Esse ponto ainda figura nas situações que envolvem a definição de prioridades do cuidado, sendo critério a pessoa com maior prejuízo em saúde (avaliação de risco) ou a pessoa com maior prejuízo acadêmico para retenção/evasão.

Sobre este assunto, outros respondentes apontaram que os elementos pedagógicos, sustentados pela política de assistência estudantil, são considerados nos objetivos do dispositivo, mas não podem servir como único foco. pois, caso assim o fosse, a equipe estaria descumprindo um compromisso ético com suas áreas e as profissões de saúde, como pode ser visualizado nos conteúdos abaixo:

> R7: Os pontos da assistência são considerados, mas não são os norteadores da ação. Não podem ser, por conta dessa questão ética e de Política de Saúde. Não são e não podem ser. A prioridade é de quem vai reprovar ou de quem pode se matar. A saúde faz a avaliação de risco. Então a retenção, o desempenho, eles vão surgir como consequência da ação que a gente tomou lá no começo, aí pode ser. Provavelmente (...).

> R5: Esta questão da permanência a gente considera, mas assim, tem questões que os estudantes trazem que estão para além da permanência e que, inclusive, podem colocar em xeque a própria permanência. Então, assim, a perspectiva do nosso trabalho não é restringir a nossa atuação à permanência do estudante. Porque muitas vezes é até saudável para o estudante possa não se engessar aos critérios postos pela própria universidade ou pela política de assistência. Por exemplo, a gente vê situações de

> estudante que tá no curso, mas ela ainda não consegue fazer porque não se identifica com o curso e não consegue, ainda, escolher qual é o curso que quer fazer. Então, não é porque a política de assistência define que ela tem um tempo para mudar, ou que ela só pode fazer uma escolha, que a gente pressiona o estudante para que ele faça essa escolha a qualquer custo, por exemplo. Porque assim, a gente vai tá contribuindo para o adoecimento.

Ao abordar esse ponto as respondentes acima assinalaram como desafios e proposições específicos a consideração e o respeito da singularidade de cada caso e a busca por mediação e discussão das situações em equipe em caso de contradições entre interesses das diversas políticas envolvidas.

Os dispositivos com objetivos inseridos nesta categoria foram: D5, D6, D7, D8, D9, D14, D16, D19 e D24.

b) Bem-estar e qualidade de vida:

Os códigos presentes na categoria assim chamada, além de *bem-estar e qualidade de vida* (D1, D8, D13, D16, D23 e D27), foram o desenvolvimento de *habilidades emocionais* (D13, D22, D23, D24 e D27), a *socialização* dos estudantes (D6+D15[32]), a *condições psicossociais* destes (D7, D9), e a *promoção e prevenção*[33] em saúde mental (D1 D18 D27).

Observa-se que nesta categoria inserem-se objetivos relativos à expectativa de cuidados prévios ao sofrimento psíquico ou na sua apresentação inicial. Como se pode ver no conteúdo abaixo:

> R2: a gente queria que chegasse ao ponto de que as pessoas não adoecessem tanto. Por isso que a gente acha que o trabalho tem que ser na prevenção e não no tratamento. O tratamento claro, porque depois que adoeceu, tem que ter tratamento, mas a gente tem que evitar que as pessoas adoeçam. Então o foco do dispositivo é esse.
>
> D13: Então a disciplina acaba promovendo uma saúde emocional, uma inteligência emocional para aquele estudante, para que ele possa enfrentar os problemas na universidade, entre eles, as outras disciplinas.

Os dispositivos com códigos dessa categoria em seus conteúdos foram: D1, D6+D15, D7, D8 e D13.

c) Mudança institucional:

Alguns dos objetivos e resultados diziam respeito a uma expectativa de mudança institucional, seja na *prestação de serviços* aos estudantes (D12 e D25), na determinação de

[32] O quadro dos dispositivos D6 e D15 foi montado junto, já que muitas atividades são realizadas em parceria.
[33] Maiores discussões sobre os pontos dessa categorias encontram-se no tópico 2.3 quando se cruza as ações e atividades desenvolvidas as tipologias de promoção e prevenção em saúde mental.

normativas políticas que definam a operacionalização da atenção à saúde mental na UFPE (D2 e D25) ou mesmo na mudança de *cultura da universidade*, no sentido de humanização e apropriação de conhecimento e recursos sobre saúde mental que venham colaborar com o funcionamento institucional (D2, D11, D21, D22 e D25). Isto pode ser observado nas seguintes passagens:

> D12: A ouvidoria se constitui nessa perspectiva da democracia participativa, e desde então, a gente vem trabalhando no sentido de atender aos direitos da comunidade interna e externa da universidade, bem como atender a uma exigência de melhora na qualidade dos serviços. Então uma coisa está relacionada a outra, porque sempre que tem uma reclamação dos alunos, você tem também uma contrapartida que é a mudança que a instituição deve realizar, eventualmente, pra melhorar, ou na sua estrutura, nas suas condições ou na forma de regular internamente ou na melhoria da qualidade das pessoas, da competência das pessoas, né?
>
> D2: O negócio é transformar a universidade num ambiente mais humanizado, em que as pessoas tenham bem-estar de ficar aqui pra adoecer menos. E os que estão adoecidos (...) aí a gente vai acolher e tratar. Mas a proposta principal da comissão é mudar o ambiente universitário, mudar a relação professor-aluno. Mudar o ambiente físico pra uma coisa mais agradável. Ter ações diversas que as pessoas se sintam bem.
>
> D21: A gente consegue trazer esses grupos pra dentro da FDR pra trocar experiências pra gente perceber também que existem outros mundos pra além da FDR. Então é uma roda que ajuda não só no autocuidado, mas também um dos objetivos da gente é fazer com que se crie uma nova cultura lá dentro da FDR, sabe?

Não há no texto direto dos "objetivos e resultados esperados" conteúdos relacionados ao elemento institucional "relação professor-aluno", no entanto na exploração das falas, esse elemento apareceu com frequência, como se pode observar em um dos trechos acima. Este elemento apresenta consonância com o discutido regionalmente como uma das medidas de atenção institucional à saúde mental. Além de compor uma das recomendações da Carta de Cruz das Almas (FONAPRACE, 2018) quando aponta a necessidade de: "Promover articulações com as Pró-reitoras fins e as unidades acadêmicas para elaboração de estratégias a fim de melhorar a relação professor-aluno e aspectos pedagógicos da docência".

d) Cuidado, acolhimento, trocas, compartilhamento:

Muitos dispositivos (D2, D3, D4, D14, D16, D18, D21, D23 e D24) incluíram a *redução ou diminuição do sofrimento* (e de seus efeitos) na universidade entre objetivos ou resultado esperados. Isto aponta para o reconhecimento prévio desta realidade. Embora o suicídio tenha sido identificado, entre os respondentes da pesquisa, com uma das consequências mais frequentes, apenas um dispositivo, o D4, cita, especificamente, a existência dos riscos de suicídio da população universitária nos objetivos, apontando a expectativa de redução de números de tentativas na UFPE.

A atenção voltada para este grave problema de saúde pública[34], presente desde a nomenclatura do dispositivo, Programa de Promoção de Resiliência e Prevenção ao Suicídio (PRPS), condiz com o alerta feito no relatório do FONAPRACE (BRASIL, 2019) sobre o suicídio ser a segunda causa de morte entre o público universitário. Além de falar sobre o aumento da ideação de morte entre estudantes das IFES de 6,1% em 2014, para 10,8% em 2018 e do pensamento suicida de 4% para 8,5% neste intervalo de poucos anos.

Segundo dados do Boletim Epidemiológico Municipal n° 04 (RECIFE, 2020), 11,2% dos óbitos ocasionados por suicídios na cidade de 2010 a 2019 se referiam a estudantes, sendo esta ocupação a terceira mais frequente. Além disso, os jovens/adultos de 20 a 59 anos, faixa de idade mais frequente do público universitário, somaram 71,7% do total de casos de óbitos registrados.

A expectativa dessa redução de tentativas de suicídios apontada pelo dispositivo se aproxima da recomendação presente na Lei nº 13.819 (BRASIL, 2019). A lei atualiza a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e sustenta a possibilidade de prevenir a violência autoprovocada e informar a sociedade da importância desses fenômenos "como problemas de saúde pública passíveis de prevenção".

Apesar desta consideração sobre o tema, não se falou nas entrevistas sobre a importância da notificação compulsória estabelecida por esta lei. A notificação é elemento fundamental para a alimentação de dados epidemiológicos e estruturação de políticas públicas, que deve ser de responsabilidade das instituições de saúde que recebem, mas também de ensino que presenciam. Conforme o Art. 6º "Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada (I - suicídio consumado; II - a tentativa de suicídio; III - o ato de automutilação, com ou sem ideação suicida) são de notificação compulsória pelos: II - estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar".

Nesta categoria ainda são incluídos códigos sobre *cuidado, autocuidado, acolhimento e escuta* (D4, D11, D17, D21 e D27), *diálogo e integração* (D10 e D18) e *encaminhamento/articulação* nos casos com necessidade, como observado nos conteúdos a seguir:

> D21: As rodas, elas são mais os encontros de acolhimento, autocuidado entre os próprios estudantes, né? Então, o DA ele se encontra e promove essas reuniões com

[34] Ao realizar um levantamento sobre o conceito de problema de saúde pública, Costa e Victora (2006), citando Daly *et al* (2002), apontam como critérios definidores a prevalência da condição, o seu impacto no nível individual e na sociedade (economia) e se existe prevenção ou tratamento efetivo disponível. Os mesmos autores apontam ainda que há outros critérios para definição: a extensão, severidade e significância (Leavell e Clark, 1976) e o interesse da comunidade, a prevalência, a gravidade e a possibilidade de controle (Morley,1980). Vários destes critérios são cumpridos pelo fenômeno suicídio, daí a OMS e o MS o avaliarem desta forma.

> os estudantes. E aí, essas rodas de autocuidado, elas acontecem pra gente colocar muito dos nossos anseios, angústias e questões que envolvem a rotina e a dinâmica da FDR.
>
> D10: E aí, quando o aluno começa a falar, aí explico que aqui não é um espaço clínico, que a gente vai conversar, mas não é um atendimento psicoterápico. Eu penso assim, são as 4 palavras que eu uso com eles. O meu papel é: escutar, acolher, refletir e agir. Primeiro você escuta, acolhe, faz ele pensar, faz ele refletir sobre o que vai fazer com aquilo. E aí quando eu vejo que tá precisando de mais, do acompanhamento, aí explico que eu trabalho em rede e encaminho. Às vezes alguns se emocionam, porque toca, é natural. É uma coisa de um olho no olho. De escutar, tá perto e tal.
>
> D14: A gente garante a escuta, porque escuta é olhar cara a cara e fazer vínculo. Aí a gente compartilha algumas coisas, as estrategias de lidar com as dificuldades.
>
> D18: O objetivo geral é propiciar um espaço que as pessoas possam compartilhar as suas experiências e se identificar uma nas outras, perceber que não tá sozinho e a gente acredita que isso ajuda a promover a saúde mental nos estudantes do curso.

No bojo dessa categoria, destacam-se as percepções dos dispositivos e dos atores que o implementam como referências, elementos estratégicos no cuidado. Nesse sentido, aponta-se importância da construção do vínculo, para que os estudantes, mesmo que não utilizem regularmente os serviços, sintam que podem contar com os recursos disponíveis. Os seguintes trechos ilustram essa percepção de referência e vínculo, presentes em Amarante (2008), que são elementos basilares na atenção psicossocial vinculada a Política de Saúde Mental:

> D4: Então o SEAP é o lugar de referência, junto com a escolaridade e o NAEM, no caso eu, a professora [cita a coordenadora do curso] e [cita a outra TAE] somos as pessoas âncoras que ficamos aqui, que conversamos com os alunos, que dialogamos com os representantes.
>
> D5: A gente vai lá na matrícula pra sensibilizar, formar vínculo: "Olha! Existe o núcleo, estamos aqui, a gente vai ver como pode ajudar, fique a vontade, é um espaço pra você, é um espaço de acolhimento". Isso já dá segurança. "Poxa! Existe um lugar". Isso dá conforto. Isso alivia. Então a gente também trabalha nesse sentido. É muito tudo.

e) Formação e Conhecimento:

Alguns dispositivos destacaram entre seus objetivos uma preocupação para além do período vivenciado na universidade. Apontando o olhar para a formação dos profissionais que saem da UFPE, no sentido de estarem sensíveis ao tema da saúde mental ou com mais habilidades desenvolvidas para lidar com as questões na área. Abre-se a discussão sobre os impactos do sofrimento psíquico no exercício profissional e da ausência de uma formação comprometida com aspectos subjetivos. Importante destacar que esses objetivos estiveram presentes, principalmente, em dispositivos cujo público-alvo eram os estudantes de

licenciaturas e medicina ou com a presença maciça de estagiários em suas composições. Como pode ser visto abaixo:

> R20: E um desses grupos tem a ver com aspectos psicopedagógicos nas aulas. Então essa questão psicológica sempre vem né? Um elemento da Saúde Mental também na formação do estudante. Não só para o autocuidado, mas também como as práticas docentes.
>
> D16: E aí a gente parte pra ideia da oficina com a preocupação dessa perspectiva também da formação. Com uma dimensão da formação, a ética do cuidado, o cuidar de si como uma dimensão da formação. A área da emocional integral como a dimensão da formação. Pra que eu possa trabalhar em forma de uma rede de potência de vida e ir pros meus espaços, pra minhas escolas, pra fomentar essa potência nesses espaços, né? Então a gente começa a entender isso também como uma dimensão importante da formação do educador. Que entendam isso também como elemento da educação e do trabalho porque a gente vê que o adoecimento tá na universidade, mas ele também tá na escola e ele tá na escola os jovens, mas também tá com as crianças, mas ele também tá com as professoras nas escolas.

Nesta categoria ainda foram contemplados conteúdos relacionados a importância de desenvolvimento de pesquisa, estudo e extensão na área de saúde mental na universidade. Os seguintes dispositivos apresentaram objetivos e resultados esperados nesta categoria: D3, D4, D13, D16, D24 e D27.

Sobre os pontos contidos nesta categoria se pode traçar aproximações com a Lei nº 3088 (BRASIL, 2011) no seu objetivo específico XI sobre "promoção de estratégias de educação permanente" e com a PAE local (UFPE, 2019b) na diretriz III "estimular a produção de estudos e pesquisas sobre questões relativas à assistência estudantil". Nos quais é destacada a relevância do desenvolvimento de formação e conhecimento na área de saúde mental e assistência estudantil, por meio de ensino, pesquisa e educação permanente.

Observa-se que boa parte dos dispositivos mantêm em seus "objetivos e resultados esperados" conteúdos inseridos em pelo duas das categorias acima. O que parece indicar uma ampliação do olhar sobre o problema, que também sugere uma ampliação e diversidade de respostas dos dispositivos. No tópico a seguir, estas respostas (ações e atividades desenvolvidas) estão exploradas de forma aprofundada.

5.2.5 Ações e Atividades e Tipologia Prevenção, Promoção e Intervenção

Durante a construção dos quadros do Modelo Lógico foi empreendido um exercício classificatório e analítico a partir do olhar sobre o elemento "Ações e Atividades" ofertadas pelo conjunto de dispositivos investigados. A classificação se estruturou a partir da tipologia "promoção, prevenção e intervenção", já apresentada nas seções teóricas da dissertação. Em

seguida, fez-se o cruzamento com as dimensões sobre as quais se pretende operar mudanças na oferta das atividades, considerando as propostas por Leão *et al.* (2019b), a saber, dimensões individual, institucional, coletiva e conjuntural. Conforme abordado no referencial teórico e presente no quadro 16 - Dimensões do sofrimento no tópico 'Causas e Consequências do Sofrimento Psíquico', nesta dissertação.

Este exercício, bem como as demais discussões decorrentes do elemento "Ações e Atividades", colaboram com a avaliação do atendimento às recomendações das políticas públicas relacionadas e contribui para a verificação das dimensões priorizadas, fragilidades ou lacunas nas intervenções do conjunto de dispositivos estudados.

Recorrendo-se aos quadros analíticos 8 e 9, pode-se verificar a importância referida pelas políticas às ações amplas, que não visem apenas o tratamento ou a reabilitação em saúde mental, apontando para a diversidade e multiplicidade de cuidado. A Carta de Cruz das Almas (FONAPRACE, 2019b) recomenda "o fortalecimento das ações coletivas em saúde mental na perspectiva de promoção e prevenção (...)". Nesta mesma perspectiva, a PAE da UFPE (UFPE, 2019b) insere em suas diretrizes a realização de "ações de cunho psicossocial e socioeducativo que visem à integração do estudante à vida universitária".

A portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011) de saúde mental também respalda o afirmado acima, quando traz na sua quarta diretriz a "garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar". Na lei magna do SUS, a nº 8.080 (BRASIL, 1990), a integralidade da assistência é definida como um conjunto articulado e contínuo de promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, individual e coletivamente, em todos os todos os níveis que compõem o sistema, de acordo com a necessidade de cada caso.

5.2.5.1 Promoção em Saúde Mental e os dispositivos na UFPE

No campo da *promoção de saúde mental* foram inseridas atividades que incluíam o bem-estar, a qualidade de vida, a ludicidade, expressões artísticas dos estudantes. De conteúdo aberto não comumente voltado para o tema de sofrimento psíquico, mais numa perspectiva para a população geral. Os recortes abaixo foram retirados diretamente dos quadros do ML elaborados de cada dispositivo:

> D18 Rodas DAPSI: Encontros grupais para expressão das produções dos estudantes através de recursos artísticos diversos.

> D16 Acolher CE: Ações de Oxigenação: circuito poético e painéis de expressões nas áreas comuns, atividades com Práticas Integrativas (ioga, meditação, reiki) na sala ambiente e nas salas de aula.
>
> D7 NAEST: Atividades de caráter artístico, cultural e lúdico, para estimular a socialização, trocas culturais e políticas para o desenvolvimento do sentimento de pertença dos(as) residentes às moradias universitárias.
>
> D27 SIS: Atividades culturais e comunitárias diversas: capoeira angola, arte, cineclube, rádio comunitária etc.
>
> D19 GEPAR: Oficinas, clube da música e dança africana e afrodescendente, feira para expor e escoar produções e serviços de origem africana e afro-brasileira dos estudantes e seus familiares.

Foram identificadas onze atividades ou conjunto de ações dessa natureza, desenvolvidas por oito dos dispositivos, a saber: D7, D6+D15, D13, D16, D18, D19, D24 e D27. Na maioria deles, as ações mantêm o olhar para dimensão individual, no sentido de que a expectativa de mudança ou cuidado está no indivíduo. Um dos dispositivos colocou que a ação de promoção focava também na mudança ambiental (espaço físico) do centro, apontando para uma promoção na dimensão institucional. Dois deles mantinham o recorte que aponta para a consideração da dimensão coletiva do sofrimento, uma vez que, suas ações de promoção são voltadas para a população negra e para residentes da Casa do Estudante[35].

Nestas atividades, conforme exemplos acima, também se pode destacar outra recomendação da Carta de Cruz das Almas (FONAPRACE, 2019b): “foco na articulação com as práticas integrativas e complementares em saúde (PICS)”. Observa-se que oito dos dispositivos (D1, D7, D9, D13, D14, D16, D26 e D27) informaram contar com atividades desta natureza no âmbito da promoção e da prevenção, seja como carro-chefe ou como ações secundárias. Outros dois dispositivos disponibilizavam seu espaço físico para realização das práticas por voluntários e um terceiro já havia convidado facilitador na área quando da realização de evento.

As chamadas PICS foram institucionalizadas no SUS através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) presente na Portaria GM/MS nº 971 em 2006 (BRASIL, 2006). Inicialmente, denominadas pela OMS como medicinas tradicionais e complementares, foram ao longo dos anos sendo acrescidas de uma diversidade de possibilidades terapêuticas por meio das Portarias GM/MS nº 849 (BRASIL, 2017) e nº 702 (BRASIL, 2018) totalizando, atualmente, 29 práticas reconhecidas[36].

---

[35] Estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica e de origem do interior do estado ou de fora dele.

[36] As 29 PICS incluídas no rol do SUS foram: a) Em 2006: homeopatia, acupuntura (medicina tradicional chinesa), plantas medicinais e fitoterapia, antroposofia, termalismo; b) Em 2017: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia

Entre os dispositivos investigados na UFPE as práticas mais presentes foram: meditação, reiki, yoga, bioenergética, constelação familiar e florais. Além de um dispositivo (R27) inteiramente voltado para essas práticas que desenvolve quase todas as modalidades. No Manual de implantação de serviços de PICS no SUS tem-se a seguinte afirmação:

> Essas práticas ampliam as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde. Dessa forma, objetiva-se, por meio da PNPIC, ampliar a oferta desses recursos terapêuticos no SUS, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (BRASIL, 2018, p.8).

5.2.5.2 Prevenção em Saúde Mental e os dispositivos na UFPE

No campo da *prevenção* foram inseridas as atividades que já consideram o sofrimento psíquico como um risco. Quando opcional, mais comumente são procuradas por estudantes em situação de sofrimento inicial ou atentos ao tema da saúde mental.

Para fins analíticos as atuações que abordam preventivamente a dimensão individual foram distribuídas em quatro categorias[37] temáticas exploradas a seguir:

a) *Educacional*: fornecimento de informações, recursos e ferramentas para o conhecimento sobre saúde mental ou desenvolvimento de habilidades gerais na área. As dezesseis atividades desta modalidade foram identificadas entre as desenvolvidas pelos doze dispositivos: D1, D3, D4, D9, D11, D13, D16, D18, D21, D22, D23 e D24. Como exemplo se pode citar:

> D3 SPA: Encontros Científicos e /ou psicoeducativos (debates, rodas de conversa, oficinas e cursos) com temáticas relacionadas à saúde mental
>
> D4 PRPS: Oficinas de Resiliência com desenvolvimento de habilidades e competências para lidar com dificuldades.
>
> D23 Lab Felicidade: Encontros em grupo semanais para aprendizado de práticas contemplativas e discursivas amparado na metodologia Cultivate Emotional Balance.
>
> D24 PROGAD: Treinamento emocional baseado na psicologia positiva compondo a estrutura curricular dos estudantes (7º período).

As atividades desta categoria, como foi antecipado, atingem eminentemente a dimensão individual do cuidado preventivo, na medida em que se propõe a instrumentalizar o indivíduo que sofre ou que venha a sofrer. No entanto, é possível pensar que possa haver também impacto

comunitária integrativa e yoga; c) 2018: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia e terapia de florais.

[37] As categorias temáticas das ações e atividades preventivas encontram-se em *Itálico.*

institucional destas atividades quando elas são abertas aos demais atores da comunidade acadêmica (e muitas vezes o são). Isto porque os conhecimentos e ferramentas em saúde mental podem contribuir para que os professores, técnicos e demais funcionários possam, entre outras coisas, modificar os conceitos estigmatizastes. O que potencializaria uma atuação pedagógica, administrativa ou de apoio mais acolhedora e atenta as demandas da saúde mental dos estudantes.

Na dimensão coletiva da categoria educacional é encontrada uma ação do D7 voltada para os residentes das CEUs com oficinas que trabalham, entre outras coisas, elementos específicos da realidade de moradia coletiva, convivência e alteridade. Outra ação do D17 com conteúdo informativo de divulgação da política LGBTQIA+, com discussão temas de interesse. Bem como uma ação do D19 que envolvem atividades teóricas e pedagógicas relacionadas às temáticas étnico-raciais.

b) *Espaços de escuta não-terapêutica e compartilhamentos*: grupos abertos ou escutas individuais iniciais para compartilhamento, vinculação, divulgação de serviços, orientação, articulação ou mediação. Embora tenha potencial terapeutizante não propõe estrutura de acompanhamento, podendo também contar com conteúdo informativos e práticas lúdicas e integrativas. Ocorrem, mais frequentemente, no início do semestre letivo (alguns dispositivos mantem mais periodicamente) com as chamadas acolhidas, rodas de conversas iniciais, aulões. São dez atividades desta categoria desenvolvidas pelos seguintes sete dispositivos: D6, D10, D11, D14, D18, D21 e D26.

> D18 Rodas DAPSI: Encontros coletivos nas semanas de acolhimento dos cursos para o compartilhamento de experiências e conversa sobre elementos geradores de sofrimento e estratégias de enfrentamento. Conversas em sala de aula em circunstâncias em que haja mobilização da turma em relação a situações que envolvam a saúde mental.
>
> D10 Escuta Educacional: Encontros em grupo nas aulas de aula, semestralmente, para divulgação do dispositivo e sensibilização para procura. Escuta/acolhimento inicial individual por demanda espontânea; articulação, encaminhamento e monitoramento dos estudantes em sofrimento psíquico ou de outras naturezas.
>
> D14 Escuta Terapêutica: Participação nas acolhidas em grupo dos ingressantes promovidas pelos DAs para divulgação da escuta e desenvolvimento de práticas integrativas.
>
> D21 Espaço SM FDR: Rodas de conversas e vivências sobre sofrimento e saúde mental com temas diversos relacionados (racismo, homofobia, bullying).

c) *Pedagógicas*: atividades de apoio pedagógico para estudantes trancados ou em regime especial[38]. Ainda adaptações pedagógicas/adequação curricular para pessoas vulneráveis específica. São atividades desenvolvidas regulamente pelos dispositivos: D5, D6, D8 e D10. E em caráter experimental pelo D16. Essas adaptações pedagógicas frequentemente atravessam a dimensão coletiva, no caso de quem apresenta alguma deficiência ou necessidade específica, nesse caso ainda se insere o acompanhamento em acessibilidade.

> D6 SEAPMED: Apoio e acompanhamento pedagógico (proposta de matrícula para os alunos trancados ou reprovados).
>
> D8 SEAPCAC: Adaptações pedagógicas /adequação curricular para pessoas com deficiência ou outras necessidades educacionais específicas, incluindo as relacionadas ao sofrimento psíquico.
>
> D10 Escuta Educacional: Acompanhamento pedagógico dos casos com solicitação de acompanhamento Especial.

d) Identificação precoce de sofrimento ou de seus indicadores: nesta categoria estão as atividades de pesquisa ou levantamento de perfil de vulnerabilidade dos estudantes. Foram identificadas entre as ações desenvolvidas pelos dispositivos D1, D6, D11 e D19.

> D6 SEAPMED: Levantamento do perfil dos estudantes da entrada (dificuldades de desempenho, adaptação, características sociais e pessoais);
>
> D19 GEPAR: Atividade semestral com Autobiografias39: "O porquê de tornar-se Pedagogo" que favorece identificação e encaminhamento das pessoas em sofrimento a partir dos relatos.
>
> D1 PROBEM: Realização de pesquisa sobre saúde mental com estudantes do curso de Música - Identificação do perfil, do sofrimento emocional, de elementos institucionais e pessoais associados e levantamento de propostas para o enfrentamento.

[38] Nota: O Regime ou Acompanhamento Especial de exercícios domiciliares, regulamentado na UFPE pela Resolução nº 06/2014, é garantido ao estudante regularmente matriculado em curso de graduação ou pós-graduação presencial da UFPE, portador de afecção, infecção, traumatismo ou outra condição mórbida, que acarrete distúrbios temporários caracterizados por incapacidade física relativa, incompatível com a frequência às atividades acadêmicas. O acompanhamento especial consiste em um regime de exercícios domiciliares, como compensação da ausência do estudante às atividades letivas no período de afastamento decorrente de problemas de saúde ou de gestação, e compreende a atribuição de trabalhos ou exames prescritos pelo professor da disciplina para a qual o acompanhamento mostrar-se pedagogicamente viável. O Art. 3º prevê que, somente será concedido o benefício previsto nesta norma se verificada a conservação, pelo estudante, das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes. Este conteúdo destacado e a ausência de especificações sobre impedimentos resultantes de agravos de saúde mental, e não apenas físicos, geram uma lacuna importante na cobertura desta resolução e do direito dela decorrente. Este tema encontra-se retomado no EIXO 3 da análise, sobre desafios. A referida resolução encontra-se disponível no link:https://www3.ufpe.br/proacad/images/DGA_PROACAD/bo%2023.04.14%20res.06.2014%20acomp.%20especial.pdf

[39] A atividade deu origem ao Projeto de Pesquisa "Saúde da População Negra, Curso de Pedagogia e Depressão: Pontos de Intersecção", coordenado pela professora entrevistada, ainda em fase inicial, mas que pretende investigar a relação da saúde mental do estudante considerando as questões etnicos-raciais e a universidade, como o próprio título anuncia.

Como pode ser identificado no conteúdo desta última atividade existem também investigações sobre os elementos institucionais associados ao sofrimento do estudante. Atividades como esta foram inseridas no campo da prevenção institucional, que além desse tipo de ação, também reúne as atividades voltadas para as mudanças no projeto político-pedagógico da universidade. Também nos currículos amplos, na sustentação do tema saúde mental do estudante nas pautas diversas dos espaços institucionais (colegiados, pleno, planejamento) e mapeamento e mobilização da rede de atenção à saúde mental na UFPE, como nas atividades exemplificadas abaixo:

> D21 Rodas SM FDR: Identificar nas rodas os pontos da dinâmica da FDR que contribuem para o sofrimento dos estudantes.
>
> D2 COMISSÃO: Mapeamento/cartografia da rede de iniciativas existentes na área e Realização de evento: I Encontro de Humanização, Bem-Estar e Saúde Emocional da UFPE com este grupo para o compartilhamento das experiências da rede e discussões de temas relacionados à saúde mental e universidade.
>
> D16 AcolherCE: Participações pontuais nos espaços institucionais (colegiado, semana pedagógica).
>
> D5 NACE: Sensibilização e orientação (individual e ou coletiva) ao docente e ou demais discentes para os casos de adaptações pedagógicas as pessoas com outras necessidades educacionais específicas.

Ainda existem as atividades de prevenção na dimensão institucional que fazem um intercruzamento com a dimensão coletiva. Como é o caso de campanhas de conscientização ou cursos de formação em temas relacionados às minorias sociais, que visam minimizar comportamentos discriminatórios da população geral ou demonstrar apoio as lutas.

> D17 Dir LGBT: Campanhas e cursos de conscientização e sensibilização quanto aos diretos da comunidade LGBTQIA+; cinedebates e cursos de capacitação e formação para servidoras(es) e demais agentes públicos da UFPE.
>
> D20 CINTIA: Produção de camisas temáticas do grupo de mulheres na informática e estímulo do uso para divulgação e demonstração de apoio, inclusive por homens, no CIn e externamente.

Nesta modalidade de prevenção institucional são quatorze ações desenvolvidas pelos dez dispositivos: D1, D2, D5, D8, D16, D17, D18, D20, D21 e D26, envolvendo todas as categorias: educacional, pedagógica, identificação de indicadores e compartilhamentos (na área específica de divulgação e articulação).

No total são quarenta e seis ações de prevenção na dimensão individual, sendo dez de prevenção na dimensão coletiva (com recorte para mulher, população negra, população

LGBTQIA+, pessoa com deficiência e em vulnerabilidade socioeconômica) e quinze na dimensão institucional que finaliza a quantia de sessenta e uma ações e atividades de prevenção em saúde mental.

As atividades preventivas são realizadas, em maior ou menor grau, por quase todos dispositivos investigados, sendo a modalidade com maior nível de oferta. Entretanto, alguns desafios específicos na sua execução foram destacados, como: a desconfiança do corpo docente e discente da cientificidade das ações mais lúdicas, menos associados ao formato acadêmico. E, assim, a consequente, reduzida participação dos estudantes e dos professores nelas, bem como a demanda mais frequente do público por atendimento psicológico individual, entendido como cuidado em saúde mental mais tradicional[40].

O documento da RAPS (BRASIL, 2011) embora esteja se referindo as questões de saúde mental, especificamente, traz em suas diretrizes o III - combate a estigmas e preconceitos, que pode ser, nesse caso ampliado para outras vulnerabilidades. Uma vez que se verificou em FONAPRACE (2019a) a importante associação entre vivência de violência de gênero, sexualidade e raça e vivência de violência e sofrimento, por consequência. Como estratégia nesta mesma lei da RAPS, se traz a informar e sensibilizar a sociedade, por meio de educação permanente, firmada como uma prática preventiva.

5.2.5.3 Intervenção/recuperação em Saúde Mental e os dispositivos na UFPE

Na Lei nº 8080 (BRASIL, 1990) destaca-se que a atenção para a promoção e prevenção deve ocorrer sem que haja prejuízo para a assistência, revelando uma ideia de igualdade de importância para o campo da saúde. Já para o campo da educação essa igualdade não se mantém. Tanto os estudos citados ao longo da revisão, quanto as recomendações das reuniões do FONAPRACE, apontam para a necessidade de uma priorização nas ações promotoras e preventivas para a educação, com a assistência ficando a cargo da rede de saúde que deve ser conhecida e articulada pelos profissionais da educação. Esta delimitação tem sido questão de debate diante do aumento das demandas e da gravidade dos casos e pode ser visualizado na recomendações da Carta de Campina Grande (FONAPRACE, 2018): “estabelecer parcerias com a rede de apoio psicossocial e de saúde; delimitação da responsabilidade da universidade na atenção à saúde do estudante e especificar o que cabe à assistência estudantil neste âmbito.”

No entanto, como já foi mencionado no ponto “surgimento”, alguns dos dispositivos que atuam na dimensão da intervenção/recuperação foram desenvolvidos justamente para

[40] Estes desafios estão retomados e, mais profundamente, explorados no Eixo 3 - Desafios e Proposições Gerais.

atender a lacuna de uma rede, que não respondia suficientemente às necessidades dos estudantes da universidade.

Nas ações de intervenção/recuperação o sofrimento psíquico já está estabelecido e reconhecido pelo próprio sujeito que sofre e/ou por pessoas de seu entorno, inclusive na própria universidade. A chegada ao cuidado pode ser por encaminhamentos, orientações ou demanda espontânea. Sobre as ações e atividades desenvolvidas nesta modalidade de atenção também podemos destacar as intervenções que buscam atingir a dimensão individual, as que atravessam a dimensão coletiva e as que pretendem efetivar mudanças na instância institucional quando já há o sofrimento.

Na análise das atividades realizadas pelos dispositivos na UFPE, na dimensão individual, pode-se destacar as escutas terapêuticas, escutas clínicas, no formato de acolhimento (plantão) ou de acompanhamento regular (psicoterapêutico e médico), as terapias grupais ou abordagens operativas grupais com estudantes que já tem um sofrimento estabelecido. Destaca-se que essas ações de acolhimento são desenvolvidas por profissionais da saúde mental ou por pessoas de outras áreas que tiveram algum tipo de treinamento ou sensibilização.

> D9 NASE: Acolhimento geral, acolhimento psicológico, acompanhamento em saúde mental (médico, psicológico, nutricional). Articulação e encaminhamentos. Treinamentos de Habilidades Sociais em grupo com estudantes já com prejuízos leves.
>
> D3 SPA: Escutas clínicas e/ou acompanhamentos nas modalidades: plantão psicológico, psicoterapia, psiquiátrico, psicossocial.
>
> D16 Acolher CE: Escuta acolhedora inicial por demanda espontânea, acompanhamento temporário e encaminhamento individual dos estudantes em sofrimento relacionados ao processo emocional
>
> D24 PROGAD: Assistência psiquiátrica e psicológica individual.
>
> D4 PRPS: Projetos que envolvem: Escuta psicológica de pessoas em sofrimento psíquico nas modalidades de Acolhimento/Plantão Psicológico, inclusive um com prioridade para vulnerabilidade ao risco de suicídio.

Ainda são incluídas nesta classificação as identificações de casos que exigem maior complexidade ou intensividade do cuidado e encaminhamentos articulados com a rede interna e externa. São quinze ações de intervenção para a dimensão individual do sofrimento em saúde mental desenvolvidas por onze dispositivos: D1, D3, D4, D8, D9, D11, D14, D15, D16, D24 e D27.

Além desses, com o recorte para a dimensão coletiva do sofrimento destacam-se ações com grupos de mulheres e violência em dois dispositivos: D3 (SPA): “Grupo psicossocial com

mulheres abordando questões de gênero e violência" e D9 (NASE): "Referência na Linha de Cuidado[41] às mulheres estudantes em situações de violência (acolhimento, orientação, encaminhamento e acompanhamento)". Para as pessoas com deficiência a ação do D5 (NACE): "Escuta inicial em saúde mental e encaminhamento, articulação". Existe ainda um acolhimento e acompanhamento psicológico voltado especificamente para os residentes da CEU ou beneficiários do auxílio moradia realizado pelo D7.

Para pessoas da população LGBTQIA+ no momento não existe uma escuta psicológica específica, embora a respondente informe que já houve psicólogo na composição da equipe e que há demanda da população. No entanto, com ausência de psicólogo e recentes discussões com a gestão a intervenção tem sido no sentido de D17 (Dir. LGBT): divulgação, orientação e articulação (linha de cuidado para as pessoas LGBTQIA+) nos espaços de acompanhamento em saúde mental existentes na universidade. Aumentando para quatorze os dispositivos envolvidos em ações de intervenção e dezoito ações.

Chama a atenção que, até o período de finalização da coleta[42], não havia nenhuma ação de intervenção ou articulação de linha de cuidado nesse sentido para a população negra. Também não há esta orientação entre os documentos analisados da assistência estudantil. Este achado impressiona mais em um contexto recente de denúncias de fraudes de cotas raciais que gerou mobilização institucional pressionada por coletivos e grupos de estudos e pesquisa nas temáticas étnico-raciais.

Este processo foi disparador de sofrimentos compartilhados nos espaços de reivindicação do estabelecimento de comissão de heteroidentificação na UFPE, concretizada apenas a partir de dezembro de 2019. No mesmo ano, encontra-se recomendação semelhante na Carta de Cruz das Almas (FONAPRACE, 2019b): "Orientação para discussão e implantação de comissões de aferição da autodeclaração racial". Esta ação teria um viés preventivo de sofrimento.

A outra menção sobre o tema racial nos documentos analisados é ainda na Carta de Cruz das Almas (FONAPRACE, 2019b) que diz respeito a "Campanha nacional de enfrentamento e combate ao racismo institucional, além de promover formação para os servidores e terceirizados". Percebe-se que a questão preventiva ainda é considerada, mas não se menciona acolhimento necessário ao estudante que vivencia o sofrimento psíquico decorrente dos processos acima apontados.

[41] Esta Linha de Cuidado foi estabelecida em 2017, a partir de mobilizações de grupos de mulheres e intervenção do Ministério Público, após denúncias de violência sexual e de gênero no campus Recife e no entorno da CEU feminina (o folder da linha de cuidado encontra-se no anexo D).
[42] A coleta foi finalizada em maio de 2020.

Destaca-se também que o dispositivo investigado com recorte racial, o D17 GEPAR, tem vinculação acadêmica com grupos de estudos, extensão e pesquisa, assim como os demais[43] dessa natureza procurados no período de levantamento. Não havendo instância institucional até então que se ocupasse de uma política específica na UFPE.

Seguindo para as ações de intervenção, foca-se agora nas que atingem a dimensão institucional de quando já há o sofrimento estabelecido e nas ações que pretendem mais diretamente gerar mudança institucional, seja por meio de construção de políticas específicas sobre saúde mental na UFPE, ou regulamentações de situações relacionadas ao sofrimento psíquico como o afastamento/trancamento ou regime especial. Como nos exemplos:

> D2 COMISSÃO SM: Reuniões para a construção e institucionalização de uma política de saúde emocional específica para a UFPE.
>
> D25 GT SM FDR: Reuniões para discutir Projeto de Portaria da FDR que vai disciplinar o Regime Especial para pessoas com necessidades em Saúde Mental. Estudo sobre pedidos de regime especial analisando as questões de saúde mental e seus recortes.

Ainda são inseridos nessa categoria ações de acompanhamento, averiguação, estudo de queixas que geram sofrimento para discussão em órgãos colegiados. Foram identificadas nove ações de intervenção para a dimensão institucional desenvolvidas por sete dispositivos: D2, D6, D10, D12, D17, D18 e D25.

> D12 Ouvidoria Geral: Acolhida de manifestações[44] em formulário digital por parte da população acadêmica, em relação às demandas que envolvam, entre outros elementos, a humanização nas relações interpessoais e demais aspectos que estejam afetando a saúde emocional e bem-estar do estudante.
>
> D17 Dir LGBT: Acolhimento/escuta e acompanhamento de denúncias de desrespeito aos direitos dos LGBTQIA+s na UFPE.

[43] Dispositivos com recortes minoritários não estavam inseridos no levantamento prévio do PROBEM de onde partiu o mapeamento final aqui apresentado. Para chegar à inclusão do dispositivo GEPAR, a pesquisadora questionou diretamente outros dispositivos com recortes minoritários de vinculação institucional e a coletivos do movimento negro na UFPE (Afronte, Cara Preta, Baobá). Foram encontrados alguns grupos de estudo e pesquisa, que foram abordados pela pesquisadora com os critérios de inclusão na pesquisa, mas apenas no GEPAR foi reconhecido conjuntamente, pela pesquisadora e pela respondente, a adequação para inclusão por atividades de promoção e prevenção em saúde mental, inclusive por uma pesquisa sobre depressão. No entanto, na intervenção não se identificou. A respondente chama atenção para o desenvolvimento de atividades que ocorrem no CE e não atentam para a identificação racial: "As professoras que oferecem essas práticas integrativas, eu não vejo na escrita dos seus projetos e nos seus discursos a preocupação em lidar com as questões étnico-raciais não. A gente sabe que o país tem o quesito raça/cor/etnia. Que onde quer que você vá fazer atendimento de pessoas, você precisa saber como é que essa pessoa se declara. E nos questionários de lá não havia esse quesito. Eu acho que isso já diz muito do trabalho que está sendo feito. Porque a etnia/raça/cor constitue a pessoa e faz com que ela se encaminhe e direcione na sociedade com mais ou menos privilégio. E você vai fazer um acolhimento sem levar isso em consideração? Eu questiono profundamente. Mas o que esperar do brancocentrismo? Mas eu questiono e eu vou escrever sobre isso."

[44] Sugestão, solicitação, reclamação, denúncia ou elogio.

> D6 SEAPMED: Estudo das queixas pedagógicas que geram sofrimento no grupo e encaminhamento para os órgãos colegiados.
>
> D10 Escuta Educacional: Mediação das demandas pedagógicas e dinâmica acadêmica dos estudantes nos espaços institucionais com docentes (colegiados).

Ao final da análise desta categoria, contabiliza-se vinte e sete ações de intervenção nas três dimensões, com dezenove dispositivos envolvidos, sendo que três deles atuando especificamente na dimensão institucional.

Quadro 19 – Distribuição do quantitativo de ações e atividades (AA) e dispositivos envolvidos (D)

	Individual	**Coletiva**	**Institucional**	**Total**
Promoção	9AA 6D	2 AA 2D	1AA 1D	12AA 8D
Prevenção	36AA 17D	10AA (8Ind + 1Inst) 5D	15AA 10D	61AA 24D
Intervenção	15 AA 11 D	3AA 3D	9AA 7D	27AA 19D
Total	60 AA	15 AA	25 AA	

Fonte: Elaboração própria.

Ao final desse exercício classificatório analítico, observa-se que as atividades de prevenção são ofertadas em maior quantidade de forma significativa. Somada a de promoção são quase o triplo de oferta de intervenção, conforme orientação das políticas de educação. No entanto, para que os estudantes possam se beneficiar da oferta alguns desafios precisam ser enfrentados, como foi apontado.

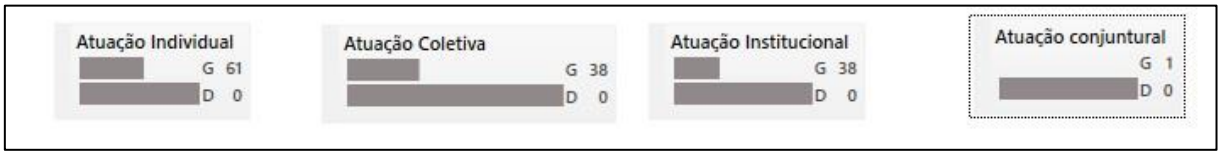
É importante destacar que várias outras atividades semelhantes as incluídas na categoria promoção (artísticas, lúdicas ou de atividades físicas) são desenvolvidas na universidade, por outros dispositivos não reconhecidos como de saúde mental. Neste levantamento só foram contabilizados as realizadas pelos dispositivos inseridos na rede de saúde mental diretamente. Isto aponta para a necessidade de articulação intersetorial para ampliar as possibilidades de trocas e ampliação das ações de promoção[45].

[45] No período de coleta foi identificado que, recentemente, em maio de 2019, a UFPE tornou-se afiliada Rede Ibero Americana de Universidades Promotoras da Saúde (RIUPS) que consistem em entidades de Educação Superior que têm desenvolvido uma cultura organizacional orientada por valores e princípios associados ao movimento global da Promoção da Saúde com vistas a conquistar de estilos de vida mais saudáveis pela comunidade acadêmica e na incorporação do conceito de saúde como responsabilidade social e individual. Nesse caso, diz respeito a promoção de saúde geral, mas incluindo a mental. Para compreender o momento atual da situação desta filiação, foi realizada, no dia 10/07/20, em plataforma digital, uma entrevista com a Professora Fernanda Jorge Guimarães do campus de Vitória. A professora explicou que, por causa da adesão recente e do início do período da pandemia, naquele período, a estruturação da política estava em fase inicial e seria, como formato piloto, implementado no CAV, para só depois ter a ampliação para os demais *campi*. Por não cumprir os critérios de inclusão, apesar de bastante importante, este dispositivo não foi inserido no levantamento, mas merece ser mencionado e explorado como o foi agora.

Embora não fosse o objetivo inicial deste estudo, o exercício apresentado até então constitui uma espécie de dossiê. Contendo as ações possíveis no âmbito da saúde do estudante e está também disponível na plataforma OSF[46].

O recurso de magnitudes do ATLAS.ti permite a visualização de uma complementação ao afirmado acima, uma vez que demonstra que as citações de atuações relacionadas dimensão individual do sofrimento foram identificadas 61 vezes, com decrescente para a institucional com quase metade, coletiva e, por fim, a conjuntural.

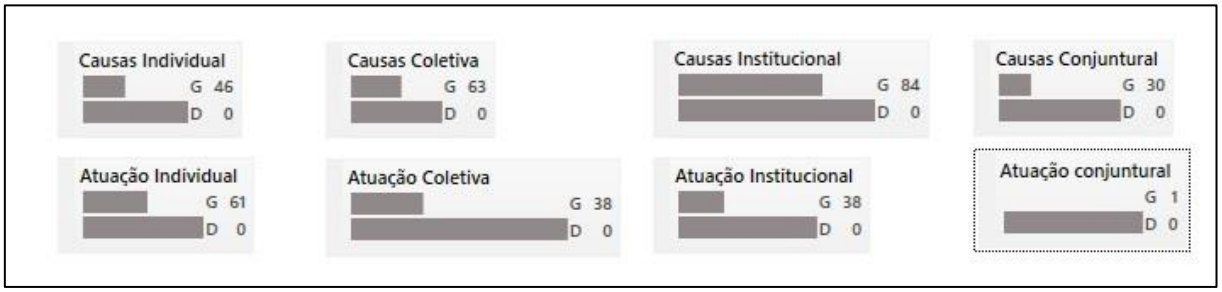
Figura 11 – Magnitudes dos códigos de atuação



Fonte: Elaboração própria a partir do programa ATLAS.ti.

Ainda usando o recurso de magnitudes do ATLAS.ti, é possível comparar estas magnitudes com as das causas apresentadas no item 2.2.2 - Causas e Consequências do Sofrimento Psíquico, constituindo a figura abaixo:

Figura 12 – Magnitudes dos códigos de atuação com as causas



Fonte: Elaboração própria a partir do programa ATLAS.ti.

Analisando essa imagem é possível identificar a discrepância entre as relevâncias conferidas pelos respondentes às dimensões das causas de sofrimento e as respostas oferecidas nessa mesma dimensão. Com isso se quer dizer que, chama a atenção que os responsáveis pelos dispositivos percebam que as causas institucionais tenham quase o dobro da relevância das causas individuais do sofrimento na universidade. Porém, a oferta de respostas ao fenômeno no âmbito individual tenha número aproximado ao dobro de ofertas institucionais.

[46] Consulta do exercício analítico no OSF: https://osf.io/njx7m/

Significa dizer que, apesar dos respondentes perceberem, mais frequentemente, o sofrimento dos estudantes associado à relação professor-aluno, as exigências acadêmicas, ou ainda as questões estruturais e ambientais da UFPE. Ainda foi a resposta ofertada em maior frequência pelo conjunto de dispositivos seriam as relacionadas as questões intrapsíquicas e subjetivas que não pretendem afetar diretamente as causas institucionais citadas em destaque.

Este achado, que parece ser, inicialmente, uma contradição, vem corroborar com dados apresentados por Leão *et al.* (2019a). Quando apontam que os serviços ofertados pelo mapeamento da USP em 2018 centravam sua atuação no eixo clínico ou no gerenciamento de si, dando ênfase dimensão individual do cuidado e desconsiderando as demais. Ou pelo menos, não as incluindo como ações a serem desenvolvidas pela rede de atenção à saúde mental do estudante naquela universidade.

Estes processos fortalecem a teoria levantada pelos mesmos autores da chamada individualização do sofrimento, fenômeno no qual o sofrimento originalmente social e/ou institucional, passa a ser sentido e experienciado numa dimensão individual, resultando na necessidade de o sujeito desenvolver recursos pra lidar com o mal-estar e não na possibilidade de mudanças institucionais ou sociais.

Leão *et al.* (2019a) alertam para o risco que este fenômeno pode impor limitando a compreensão e respostas ao problema. Eles convidam os interessados no tema, e a própria universidade, a ampliar o olhar e levar consideração certos elementos da dimensão conjuntural, mesmo reconhecendo que a sua operação, do ponto de vista estrutural, ultrapassa a capacidade da instituição.

Além disso, certos elementos da conjuntura, como acontecimentos históricos e sociais ou associados ao cenário político e econômico, amplos que impactam diretamente sobre o sofrimento psíquico dos estudantes, precisam ser considerados, à medida que se apresentam circunstancialmente, como o contingenciamento na educação e saúde dos últimos anos ou a situação de pandemia por COVID-19, iniciada nos primeiros meses de 2020, e que impôs importantes adaptações ao funcionamento da universidade e da sociedade como um todo.

Os autores ainda destacam que a universidade não pode (nem deve) dar conta de responder a tudo sozinha. Inclusive pela importância do protagonismo dos estudantes, que remete a possibilidade de compreensão do problema e da construção respostas a partir também do olhar deles.

Esta reflexão abre espaço para a discussão anunciada previamente, que diz respeito aos elementos das políticas públicas eleitas; Que merece um destaque final nesta seção, por sua

importância no campo da saúde mental do estudante, a começar pelo participação/controle social e avaliação; rede e articulação e desistitucionalização.

5.2.6 Elementos Norteadores

5.2.6.1 Participação/Controle Social e Avaliação dos estudantes

A participação/controle social e avaliação são contemplados nas duas políticas amplas associadas, neste estudo, ao campo da saúde mental do estudante universitário. Por isso foram incluídas no roteiro de entrevistas com os responsáveis pelos dispositivos. Os achados discutidos estão neste ponto da análise.

Na Política Nacional de Assistência Estudantil, o tema aparece entre objetivos do Decreto n° 7.234 (Brasil, 2011), no item I do parágrafo único que destaca a necessidade das IFES de fixarem "requisitos para a percepção de assistência estudantil". Na PAE local, pode-se identificar o tema na Resolução nº 15 (UFPE, 2019b) disposto na seguinte diretriz: "II - incentivar a participação do estudante no planejamento e avaliação dos programas, auxílios e serviços da Assistência Estudantil".

Nas Políticas de Saúde Mental, o tema compôs uma das teses aprovadas na plenária final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial em 2010 com a seguinte determinação: "É necessário adotar um modelo de saúde humanizado que considere o cuidado integral e a ativa participação de todos, principalmente a dos próprios usuários, na elaboração e condução dos seus projetos terapêuticos, fortalecendo o 'protagonismo social', no sentido de desenvolver autonomia e autodeterminação".

Numa perspectiva mais ampla, que ultrapassa a âmbito da saúde mental, ainda é possível citar a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990) que estabelece a participação dos usuários e profissionais de saúde nos processos decisórios do setor saúde como um todo. Esta lei institucionaliza participação da comunidade na gestão da saúde e define as instâncias para sua atuação.

A noção de participação social vislumbrada neste tópico, relaciona-se, segundo Silva (2018), ao próprio imperativo de reunir representantes de grupos sociais diversos, associados diretamente com a temática em foco, com direito a voz e voto nos processos decisórios que lhes são delegados. Destaca-se neste estudo, a participação dos estudantes, enquanto usuários dos dispositivos.

Este arranjo abre espaço para importantes discussões sobre a participação dos estudantes (ou ausência dela) na gestão de ações a eles dirigidas. Sobre este tema Vargas e Oliveira (2012) defendem que:

> os alunos sejam não só o público alvo da assistência estudantil, mas que possam contribuir no seu planejamento, na elaboração dos programas e ações com esta finalidade por meio de sugestões e da própria organização dos eventos desta natureza. Que sejam início e fim na implementação desta política social, compreendendo seus meios de financiamento, atuando ativa e conjuntamente com as Pró-Reitorias na formulação e na execução das ações (seja por meio de formulários de sugestões, de abertura destes espaços de gestão enquanto campos de estágios ou ainda pelas constatações/ proposições advindas dos processos avaliativos dos programas e ações em execução), tornando-se com isto, propositores de novas alternativas em assistência estudantil. (OLIVEIRA; VARGAS, 2012, p. 132).

É possível analisar a participação por meio das suas funções centrais, assim como nos resume Silva (2018) a partir da leitura de Avritzer (2016). Segundo o autor, as funções podem ser *consultivas*, quando considera a emissão de opiniões e sugestões sobre assuntos que lhes são correlatos; *deliberativa*, quando permite ao colegiado decidir sobre as estratégias utilizadas nas políticas públicas de sua competência. Ainda pode ser *fiscalizadora*, quando favorece o acompanhamento e o controle dos atos praticados pelos governantes na gestão das políticas públicas; *mobilizadora* quando estimula a participação popular nos processos de decisão da administração pública; e *publicizante* por possibilitar informações à sociedade sobre os atos praticados pelo poder público.

Os dados da participação dos estudantes nos dispositivos de saúde mental na UFPE, levantados nesta pesquisa, apontam algumas fragilidades das instâncias de controle social. Uma vez que, apesar da reconhecida importância trazida nos discursos dos respondentes, poucas são as estratégias participativas desenvolvidas e, quando há, centra-se em sua maioria numa função consultiva.

> R6.2: Não tá no campo dessa categoria controle social. Eu acho que isso pode acontecer como uma consequência, mas ainda não como uma coisa pensada, sistematizada. A ideia era que a gente pudesse, mas no momento a gente tá se constituindo nessa perspectiva mesmo na emergência das relações entre saúde emocional e saúde mental e as questões pedagógicas.

> R6.1 O que a gente faz é escutá-lo em cada processo, mas o processo pra eles construírem as ações, como seria, ainda não é… A gente escuta também muito o estudante. Então às vezes eles chegam com proposta deles e a gente constroi o diáloga. A gente também já teve essa situação de inserir as propostas, mas não é uma coisa sistematizada.

Conforme exposto no Eixo 1, os estudantes fazem parte da composição das equipes de catorze dispositivos. Enquanto estagiários, extensionistas, monitores, pesquisadores de

iniciação científica, no quadro administrativo, como bolsistas ou voluntários; e ainda como membros de entidades responsáveis pelos dispositivos, como no caso dos dois compostos apenas por estudantes membros de diretórios acadêmicos.

Esta inserção dos estudantes nas equipes está, mais frequentemente, relacionada a execução ou monitoramento das tarefas e menos ao planejamento e elaboração. Embora a inserção em alguns dispositivos possa favorecer o espaço para suas vozes na construção das ações e atividades do grupo. Observa-se que recursos ou estratégias para a escuta dos demais estudantes que não compõem, mas os usuários dos dispositivos, foram encontrados em poucas experiências e com extensão reduzida.

Das situações nos quais os estudantes compõem o dispositivo, os respondentes indicam suas presenças nas reuniões técnicas e na consulta como referência para as proposições a serem implementadas. Conforme registro abaixo:

> R3.1: [Os estudantes da equipe] Participam das reuniões, tem voz. E são eles a referência. Se a gente vai fazer alguma inovação, alguma tecnologia, a gente chama ele pra que ele, enquanto usuário, faça uma avaliação. Agora mesmo a biblioteca tá com um problema na porta e a gente pensando que tipo de porta colocar. Aí a gente chama um usuário de cadeira de rodas pra ele fazer um *test drive*. Porque são eles que vão dizer. Existe uma frase, né? "Nada sobre nós sem nós". Que exemplifica isso né? Nada do que você for fazer você pode deixar de envolver essas pessoas porque são elas que sentem na pele. Eu acho que a universidade ela está avançando.

Outras abordagens *consultivas* foram construídas para estudantes usuários ou do público-alvo dos dispositivos e se deram a partir de instrumentos: pesquisas para levantamento do perfil do estudante, interesses e recomendações quanto ações de saúde mental; formulários de sugestões ou ainda através dos próprios eventos abertos desenvolvidos como ações, como pode ser visto:

> R1: Pra montar esse questionário eu juntei alguns alunos, porque a gente criou esse questionário para investigar o perfil e as demandas. A gente pegou alguns alunos, alguns professores, gente da área da psicologia. Aí eu conversei e perguntei: "Quais são as questões que pegam aqui?" Aí eles foram falando e a partir disso a gente foi criando um questionário, pra ser um questionário bem voltado.

> R15: Foi feita uma pesquisa pra perceber o que que a população achou pra gente nortear as nossas ações, pra gente ver onde é que a gente vai precisar atuar mais ou menos ou dar mais atenção a uma coisa ou outra, na prioridade das ações, mas ainda não temos resultado. E a gente também fazia eventos semestrais, tipo aulões, né? E a ideia era que fosse rotativo, por centro e a gente escutava a comunidade. Para nortear nossas ações. O que eles esperavam da diretoria, críticas, sugestões. Só que isso só aconteceu uma ou duas vezes.

As participações de estudantes com função mais *deliberativas* são encontradas em dispositivos cuja composição é essencialmente de estudantes, como nos DAs e em alguns projetos de extensão:

> R16: Percebo que no curso e no movimento fora do curso também. No DA a gente se organiza, mas as estudantes tão sempre com a gente, assim sempre com ideias, sempre participando sempre construindo as coisas conjuntamente. Assim de participar mesmo, de construir, de sugerir ideias. Mas eu vejo também um movimento muito de organização em coletivos, tanto relacionados a partidos políticos e de pautar saúde mental nisso, como coletivos de saúde mental.

Outros dispositivos ainda apontam a participação dos estudantes como parceiros para divulgação, estímulo e até acompanhamento de outros estudantes para as ações, numa perspectiva mais *publicizante*. Neste sentido o DA é reconhecido por seu papel estratégico.

> R14: A medida que nós fomos expandindo, aí sim, a gente começou a perceber a necessidade dos estudantes tá junto com a gente decidindo essas ações. Então hoje nós estamos convidando, tentando uma articulação maior como o DA, que a gente entende que o papel também é importante nesse sentido. A gente conta muito com os estudantes, muito mesmo... Eu posso dizer a você que a maior parte dos estudantes que chegam para sala de acolhimento, chegam pela mão do colega ou então do próprio DA. Essa rede tem cada vez se fortalecido mais na divulgação, no incentivo, mas eu entendo que a gente precisa ter estudantes mais presente nas decisões, né?

Quanto a avaliação, especificamente, amparada na RAPS (BRASIL, 2011) "IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção"; no PNAES (BRASIL, 2010) na recomendação de "II - Mecanismos de acompanhamento e avaliação do PNAES; e na PAE (UFPE, 2019a) na diretriz: "II - participação do estudante na avaliação dos programas, auxílios e serviços da Assistência" nenhum dispositivo informou ter um esquema avaliativo estruturado, seja com ou sem a participação do estudante, como dito nesta passagem:

> R7.1: Aqui não existe a avaliação. Como é que a gente vai saber? Você tem que avaliar duas coisas. Primeira: "entrou aqui e melhorou do ponto de vista clínico?". Segunda coisa: "Isso refletiu lá dentro da universidade? Em relação a parâmetro acadêmico. Ele se formou? Ele conseguiu avançar de semestre?" A gente não consegue ter essas respostas. A resposta que ele tá bem clinicamente a gente tem. Agora essa resposta de avanço ela vem no informal, com o estudante, mas ela não vem sistematizada, forma institucional, como um dado. Ela vem no dia a dia, que a gente sabe: "Ah! Fulano se formou". A política não tem isso definido. Não é uma coisa só nossa. É o PNAES todo. Não tem. Se existe em outra universidade, a gente desconhece.

> R11: Eu ainda não tive como pontuar isso. Quantificar. Mas os relatos eles são: "professor, depois dessa [cita o dispositivo] eu comecei a perceber que aquela disciplina que poderia tirar o sono, que eu sou maior do que aquele problema que está acontecendo com ela".

Frequentemente o retorno dos usuários costuma ser um termômetro, porém, nada estruturado. Alguns respondentes demonstraram interesse ou intenção em operacionalizar avaliações dos seus dispositivos, podendo o material sistematizado em ML, produto desta pesquisa, ser uma boa ferramenta neste sentido.

> R8: Mas assim eu quero, depois, categorizar. Organizar os dados pra saber quais são os principais nichos. Aí pra isso não se perder eu criei o email. Eu vou colocar assim: TCC, depressão, ideação suicida, questão de ordem sexual, gravidez.

Outros respondentes, no entanto, parecem não valorizar esta fase do ciclo de políticas públicas. Nem mesmo ter alguma resistência, talvez por associar o processo avaliativo apenas a avaliação de impacto quantitativa, que, para eles, limitaria a complexidade da proposta, como visto:

> R14: Como nosso objetivo não é quantificar, porque a gente entende que um acolhimento pra nós já cumpre o papel do [cita o dispositivo], né? Então a gente não tem o objetivo de ter isso como uma pauta. A quantidade ser uma meta, não é.

> R21: Os resultados alcançados não são medidos porque não faz parte da proposta ficar medindo isso. Mesmo sendo um instrumento de intervenção, porque ela não é uma ação intervencionista, embora muitas pessoas cheguem bastante... em estados bastante avançados de pertubação e de dificuldade, mas é basicamente um trabalho de promoção e prevenção. Eu não sei exatamente a diferença.

Apesar das limitações neste campo, a maior parte dos respondentes, ao serem questionados, reconhecem a importância da participação dos estudantes, principalmente no âmbito do controle social, e o não avanço nesse sentido, como uma falta a ser reparada:

> R5: De um modo geral, na política de assistência, eu acho que a gente tem uma falha muito grande em relação a isso. Porque eu acho que o estudante não participa da formação da política, não participa do monitoramento e nem participa da avaliação. Eu acho que, de um modo geral, os estudantes são percebidos, e muitos deles se colocam como usuários e beneficiários, e não como sujeitos políticos construtores da política.

Estes achados corroboram com algumas discussões e recomendações feitas nas reuniões de FONAPRACE para a criação de indicadores de participação e avaliação da política e estímulo a realização de pesquisas. A demanda por participação do estudante também tem figurado nas lutas do movimento estudantil nos últimos anos.

A exigência do direito ao voto nos órgãos colegiados foi motivadora de uma greve geral nacional decretada pela União Nacional do Estudantes (UNE) que paralisou a maior parte das 40 universidades brasileiras em 1962. O movimento não terminou com êxito e a discussão ainda se faz presente na atualidade, inclusive na UFPE.

No nível nacional, destaca-se o documento elaborado pela UNE, conhecido como Carta de Ouro Preto[47]. Produzida como resultado do III Seminário Nacional de Assistência Estudantil da UNE realizado em 2014, neste documento é apontado a falta de uma maior participação e controle social, democracia e transparência na implementação da política nas universidades. Registra-se ainda a reivindicação pela criação de instrumentos que possibilitem aos discentes participar paritariamente da elaboração e das decisões acerca da assistência estudantil implementada. A despeito das demandas, não houve ainda retorno positivo definido.

Nesta mesma perspectiva, na UFPE, em 2015, como resposta à redução do orçamento, e consequentes ajustes nas bolsas de assistência e atrasos na liberação de novos editais, os estudantes realizaram alguns atos que envolveram bastante conflitos. As reivindicações eram por mais transparência nas contas da universidade e a homologação do Novo Estatuto com garantia de maior participação discente nas decisões administrativas. As ocupações que ocorreram no ano seguinte em vários centros da UFPE mantiveram esta pauta interna do Novo Estatuto conforme abordado na carta-aberta[48] publicada pelo Movimento "Ocupa UFPE" na sua página no Facebook em 05 de dezembro de 2016:

> O atual estatuto da UFPE está marcado por uma matriz autoritária, é herança do assombroso período da ditadura militar, que impede a participação dos estudantes, técnicos e de grande parte dos docentes na tomada das principais decisões do Campus. A forma organizativa atual é verticalizada, reforça e concentra o poder nas mãos de uma pessoa. O NOVO ESTATUTO busca romper com essa ordem. A efetivação da democracia é o seu princípio fundamental e a paridade, instrumento estratégico, organizativo e formativo. Dividir poder é dividir responsabilidades, é horizontalizar o sentimento de partícipes no trabalho, no estudo, no fazer científico, no ambiente universitário. Por uma nova UFPE estruturalmente democrática!

Ainda na carta-aberta do Ocupa UFPE, especificamente sobre as demandas da assistência estudantil, as reivindicações seguem-se: "Queremos ser ouvidos a respeito dos cortes e destinos de verbas da universidade. Queremos poder dizer o que pra nós é prioridade e o que não é".

Como se pode observar nos achados da presente pesquisa, isto se repete em certo grau na experiência do campo da saúde mental na UFPE por uma abertura limitada a participação estudantil. É preocupante que, mesmo com a indicação legal que aponta para importância da

---

[47] Carta de Ouro Preto está disponível em: http://www.une.org.br/2014/04/entrar-permanecer-e-transformar-a-universidade/. Acesso em: 03/10/18.

[48] Carta-aberta do Movimento Ocupa UFPE está disponível em https://ptbr.facebook.com/OcupaUFPE/videos/1760929444183254/?__xts__%5B0%5D=68.ARBEbfzpVlLIlYnma6FG2YTt6LoFZZ3UGN5Dsivy7kCY5lRhpA_wjzXtKBGU80CNQnOoDaKpCdjUv8Ml8OOt98iKiyTtdAEfR9D3qKY8Mr4JpoDNiwhaRORi5aNAfn3jttLD98JE03hQK6bohmja2osPn1bOvOeCQ0ZEUcVh1TmaVG0wczv57g&__tn__=K- R. Acesso em 04/10/18.

participação discente na política de assistência estudantil e com movimento estudantil associado, em 10 anos de vigência do Decreto não se tenha estabelecido instituições participativas para garantir uma gestão mais democrática do PNAES. Além de ampliar as possibilidades de os estudantes influenciarem a elaboração, implementação e avaliação das políticas das quais se beneficiam. É provável que esta demanda continue figurando nas lutas do movimento estudantil nos próximos anos.

5.2.6.2 Rede e Articulação

Durante as entrevistas com os responsáveis pelos dispositivos, até mesmo antes de serem questionados diretamente sobre o tema, os conteúdos sobre a rede de atenção à saúde mental tomaram grande destaque. Seja para enfatizar sua importância, sua fragilidade e falhas, as funções a ela atribuídas ou as formas de operá-la na realidade concreta.

Também nas políticas estudadas o elemento rede assume um lugar de destaque. Tendo, inclusive, como já foi visto, uma lei regulatória específica vinculada à saúde mental e à atenção psicossocial, a 3.088 (BRASIL, 2011). Esta lei, tem como um dos objetivos gerais: III "garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências"; e entre os objetivos específicos: VIII "regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial"; e X "organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado".

Entre os destaques feitos nos documentos estão as afirmações de que o cuidado em rede exige articulação e integração dos pontos, de que os fluxos precisam ser organizados, da essencialidade de intersetorialidade das ações. Além de que tudo isso depende a integralidade do cuidado ofertado.

Estes mesmos elementos também estão presentes na Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no objetivo VII, quando é afirmado: "promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras".

No âmbito da Assistência Estudantil, a rede figura na Carta de Campina Grande (FONAPRACE, 2018) como recomendação de um caminho para o cuidado, no item: "Estabelecer parcerias com a rede de apoio psicossocial e de saúde"; e na Carta de Cruz das Almas (FONAPRACE, 2019b) com a indicação de "identificação da rede interna de apoio à

qualidade de vida estudantil (ações e projetos desenvolvidos nas Universidades)". Observa-se que nestas citações se aborda o acionamento das redes externa e interna às universidades.

Muitos destes elementos associados à noção de rede nos documentos estiveram presentes na análise de conteúdo dos respondentes e estão aqui apresentadas em categorias com destaque para as funções atribuídas à rede que seriam: *encaminhamento, exemplo e inspiração, matriciamento/formação, parcerias para atividades, definição de estratégias/política na instituição, intersetorialidade* (cultura, educação, arte, outros centros).

Na categoria *encaminhamento*, a rede surge com a necessidade de ser conhecida, mapeada, desenhada para ser acionada no momento necessário, seja pela mudança da complexidade do caso, como uma passagem ou para utilização concomitante e intersetorial, por demandas múltiplas. Destacou-se a necessidade de entender as especificidades de cada dispositivo da rede para evitar encaminhamentos não resolutivos e a indicação de articular anteriormente. Alguns respondentes citam situações em que acompanharam os casos encaminhados, mas que essa é uma estratégia mais comum quando a articulação não está definida.

> R3: A gente não atua diretamente nas questões psíquicas, de acompanhamento psicoterápico. Então a gente explora, a gente conversa, faz uma escuta e aí identifica elementos que a gente pode atuar e tendo esse sofrimento também encaminha essa pessoa para o [cita outro dispositivo]. Então a gente encaminha, discute, trabalha junto com o [cita outro dispositivo].

> R16: A gente fala dos dispositivos que a gente tem, o SPA, o NASE, o acolhimento do cuidar, que é um projeto do PRPS. A gente divulga a lista com os contatos de clínicas-escola daqui de Recife. Então divulgando a máximo os dispositivos que a gente conhece e as estratégias que a gente usa também pra sobreviver.

Também foi identificado o encaminhamento no sentido receptivo. Do dispositivo ser reconhecido interna e externamente como referência/ponto da rede de saúde mental. Os seguintes trechos ilustram esta função:

> R2: Tem várias pessoas que são encaminhadas pra cá, que vão pro CAPS e eles encaminham pra cá. A gente recebe encaminhamento até do Hospital das Clínicas. A rede escolar também conhece a gente. Tem demanda de todo canto.

Nesta categoria, vários dos dispositivos inseridos na amostra dessa pesquisa foram citados, bem como dispositivos externos, sobre os quais houve várias queixas quanto as fragilidades e sobrecargas, listas de espera e insuficiência para a demanda.

> R1: Mas o que eu percebo também é que esses equipamentos, principalmente o [cita], ele tá muito sobrecarregado, não dão conta.

Na categoria *exemplo e inspiração*, os dispositivos utilizam o conhecimento sobre uma experiência de outro ponto da rede como modelo para estruturação ou adaptação de sua experiência ou atividade.

> R19: Então o [cita um dos dispositivos que representa] tem feito um diálogo com os professores do [cita o outro centro], por exemplo, com outras dinâmicas e outras experiências com as professoras do lá. A gente fez uma reunião com o pessoal e a gente percebeu que lá tem também uma dinâmica muito própria. Eles tem um espaço de acolhimento para o estudante e e isso foi muito importante pra gente perceber porque a gente também pensa em fazer algo muito parecido. Lá funciona de maneira muito importante e que abriu os nossos olhos. E esse diálogo tem inspirado muito a gente, né?

Houve relatos de dispositivos que firmaram *parceria* para desenvolvimento conjunto de atividades, pontual ou regularmente.

> R1: Mas eu sou dessas que eu sempre busco ajuda, então quem é muito parceiro meu lá é o [cita outro dispositivo do mesmo centro]. A gente chega lá e conversa. Porque eles não só tem as saídas pedagógicas, como eles sabem muito as questões mais institucionais e de legislação. Então a gente trabalha junto.
>
> R3: Esse aluno a gente não pode dicotomizá-lo. É uma linha muito tênue, mas você não deve fragmentar ele. Daí muitos são da assistência estudantil. As casas de estudantes tem morador com deficiência, aí tem que trabalhar junto com [cita outro dispositivo].
>
> R10: A gente vai trabalhar em conjunto com os especialistas dessa área de assistência e da saúde, pra que a gente possa avançar, entendeu? A [cita seu dispositivo] vai responder, pontualmente, a pessoa, mas a gente vai trabalhar sempre resolvendo o assunto de forma integrada com profissionais de todas as áreas. Eu vou buscar apoio. Eu nunca resolvo só.
>
> R20: Então, na verdade, como eu não sou da área, a gente tenta sempre chamar alguém de fora. Então, por exemplo, outra professora que faz parte lá do [cita outro dispositivo] foi uma das pessoas convidadas. Então assim, a gente sempre pensa em nomes. Vê qual é a contribuição que ela pode dar nesse sentido e sempre diversificar, né?

Esta articulação, por vezes, foi identificada na função de definir conjuntamente o funcionamento, as estratégias da rede e o processo de institucionalização da política local que vem sendo um movimento de vários dos respondentes desta pesquisa. que, inclusive, estão na composição conjunta do dispositivo Comissão de Humanização e também do Grupo de Trabalho que vem repensando a normativa que trata na regulamentação do regime especial em casos de saúde mental.

> R19: A proposta do [cita dispositivo] é, em diálogo com outros centros e com outros espaços, construir essa resolução, essa portaria e que ela se estenda e se amplifique pra toda UFPE. Porque, inevitavelmente, a UFPE vai precisar regularizar essa situação de saúde mental.

Houve ainda a percepção da rede como possibilidade de aprendizagem, treinamento, formação, que podem acontecer a partir de cursos, treinamentos ou do que, em saúde coletiva, principalmente no âmbito da atenção básica. Que se nomeia como *matriciamento*, ou apoio matricial que é uma ferramenta de construção de conhecimento compartilhado, a partir da discussão de uma situação ou problemática real entre uma equipe ou pessoas especializadas e uma equipe ou pessoa de referência (CHIAVERINI, 2011). As seguintes passagens ilustram:

> R6.1: Essa própria ficha a gente usa aqui a gente foi construir junto com a assistência social do [cita outro dispositivo], a gente conversou "Será que tá adequado? Será que a gente pode entrar realmente nesse tipo de conversa?".
>
> R6.3: A questão dos alunos que estão em risco de suicídio. A gente teve o maior cuidado de falar com Rosinha como é que a gente agir com esse aluno. Porque o primeiro lugar é aqui. Então a gente precisava também saber como agir com esse aluno. A gente conversou com [cita um terceito dispositivo] também como é que a gente poderia conversar com esses alunos, agir de uma melhor forma. Então a gente tem esse cuidado.
>
> R14: Articulamos e vamos fazer esse curso de formação do CVV sobre essa escuta mais humanística. O que eles chamam de curso de nivelamento para os voluntários. Nossa participação é prioritária, mas a gente também vai abrir pra outros professores e técnicos, inclusive o pessoal da [cita outro dispositivo] também vai fazer parte desse curso de formação. Então a gente vai

A *intersetorialidade* é a última categoria definida e que diz respeito aos conteúdos de articulação que ultrapassa as ações dentro da rede de atenção à saúde, mais especificamente, mas que aponta para a interface necessária com outros setores. Nesta categoria, foram inseridos na rede setores como a Superintendência de Segurança Institucional (SSI), a Procuradoria Jurídica, o Núcleo de Educação Física e Desportos (NEFD), Coletivos de segmentos minoritários, Grupos e Escolas de Cultura e Arte. Seja para a condução de casos ou situações específicas, para o desenvolvimento de atividades em conjunto, para encaminhamento e articulação.

É importante observar que os respondentes, frequentemente, apresentaram em suas falas a rede cumprindo mais de uma função destas exploradas até então. O que parece apontar para uma percepção mais ampla do construto. Ainda que a percepção não garanta a operação, há importantes relatos sobre o funcionamento e os caminhos que já vêm sendo trilhados na perspectiva de ampliação das funções operadas pelos próprios dispositivos, e que estão sendo apresentados à gestão com tensionamentos para execução. Exemplos de avanços desses movimentos foram os dois eventos ocorridos entre os meses de novembro de 2019 e fevereiro de 2020, com a participação de boa parte dos componentes da amostra desta pesquisa.

O evento de 01 de novembro de 2019, organizado pela Comissão de Humanização, foi intitulado "I Encontro de Humanização da UFPE[49]". Que teve como objetivo reunir os dispositivos e seus representante identificados por um mapeamento prévio para divulgar as atuações diversas, compartilhamento de experiências e mobilização para a institucionalização de uma normativa local que regulamente a Política de Saúde Mental na UFPE.

O segundo evento, de fevereiro de 2020, a VII Semana de Planejamento e Formação Pedagógica[50], foi mobilizada pela gestão, mais especificamente pela PROACAD com parceria da PROGEPE e, embora já contasse com outras edições anteriores, nesta, com o tema "Universidade e Juventudes: construindo uma sociedade com dignidade" a saúde mental teve lugar de destaque. O evento contou, na sua programação, com uma mesa redonda intitulada "Sofrimento e adoecimento nas juventudes e suas repercussões na vida universidade", entre outras atividades de naturezas diversas.

Houve, ainda, discussões e oficinas sobre educação e relações raciais; violência e bullying; sexualidade e gênero na formação docente; bem como a exposição e apresentação de banners de vários dos dispositivos que compõem nossa amostra.

Apesar de serem as primeiras aproximações para alguns, estes eventos foram citados por vários dos respondentes como estratégicos e potentes para o conhecimento, troca e construção da rede:

> R7.1: Da mesma forma tem outros serviços dentro da UFPE que se propõem a acolher de alguma forma esse estudante que é identificado. Eu não sei dizer a você quais são, nem quanto os são. Eu vim descobrir mais agora nessa última semana pedagógica, com aqueles banners. Mas você vê que são coisas realmente voltadas mais pra promoção, que é ioga, reike e alguns grupos de apoio psicológico.

> R8: Agora a gente vai vendo que as pessoas todas tão se conhecendo. Mas isso foi o encontro. O primeiro encontro de Humanização que teve no fim do ano. Teve também a Semana Pedagógica. Essa coisa da comissão também fez o negócio rodar. E ai a gente foi criando essa rede. Eu tava tão sozinho e eu pensava que não devia funcionar sozinho. Já tô sozinho nessa sala. E aí se eu tô aqui nessa universidade, eu tenho que procurar os espaços.

Ao considerar estas experiências recentes e as impressões a partir delas, remete-se a ideia defendida por Guimarães e Lima (2019) de que para que a rede instituída mediante leis e portarias ministeriais (ou locais) se concretize no território, é fundamental a construção

[49] Link para acesso à programação do I Encontro de Humanização da UFPE" https://probemdocac.wordpress.com/mapeamento-das-acoes-em-humanizacao-bem-estar-e-saude-emocional-da-ufpe-evento/

[50] Link para acesso à programação da VII Semana de Planejamento e Formação Pedagógica: https://www.ufpe.br/proacad/semana-pedagogica

cotidiana das relações em rede, seja com base no trabalho vivo em ato, seja por meio de articulações entre os serviços, as equipes, os saberes científicos, as práticas e as subjetividades. Ainda sobre o discorrido, as autoras trazem a reflexão de que:

> A Rede de Atenção Psicossocial transcende a mera justaposição de serviços como parâmetro de análise, para colocar em questão o modo em que estão se relacionando, reconhecendo a existência e conformação de uma 'rede viva' que se estabelece no cotidiano dos serviços e dos indivíduos que por eles circulam. Rede viva, pois formada por serviços e pessoas em relações dinâmicas e dialógicas que se articulam em um processo complexo, individual e coletivo e que envolve setores e, principalmente, atores e seus saberes, símbolos, afetos e memórias. (GUIMARÃES, LIMA, 2019 p. 889).

Os desafios e dificuldades que dizem respeito a rede estão citadas no desafio geral no Eixo 3 desta dissertação. No entanto, cabe aqui apontar que versaram sobre o não reconhecimento pelo SUS de alguns dispositivos que atuam na saúde na UFPE, mas são vinculados oficialmente ao MEC e não ao MS. A sobrecarga e as filas de espera de alguns dispositivos, a falta de sistematização dos fluxos e a estruturação de fácil acesso à rede.

5.2.6.3 Desinstitucionalização e Inclusão

Um terceiro elemento norteador, que merece aprofundamento por ter sido explorado pelos entrevistados e que se relaciona com uma proposta muito cara ao campo da saúde mental e da atenção psicossocial é a desinstitucionalização.

Neste estudo, a desinstitucionalização, como paradigma, vem associada ao conceito de território presente no documento 5 do quadro conceitual (Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil). Neste documento, o "território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária" (BRASIL, 2005, p. 25). Além disso, aproxima-se de uma das acepções encontradas por Furtado *et al.* (2016) na revisão sistemática sobre o tema, na qual o território denota o espaço de construções simbólicas e de pertencimento, articulando sentidos etológicos, subjetivos, sociológicos e geográficos, tornando-se assim, um território existencial[51].

Esta compreensão ampla de território permite uma leitura sobre este conceito e a noção de desinstitucionalização para os dispositivos em saúde mental da UFPE. Neste contexto, como antecipado na teorização, existem fundamentos para que a própria universidade seja

[51] Remetendo a concepção de Guattari (1990) sobre territórios existenciais que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si.

compreendida como território do qual compartilham seus atores, dentre eles os estudantes em sofrimento psíquico. A partir do olhar sobre o vínculo do estudante com a universidade e com o curso, a frequência ou possibilidade da continuidade da vinculação através do acompanhamento em regime especial (na ausência da condição de frequentar) como elementos que ancoram a relação territorial dos estudantes com a universidade.

No entanto, esta relação depende de vários aspectos e podem ser atravessados, entre outras coisas, pela forma como os dispositivos em saúde mental reconhecem essa possibilidade. Isto devido a inserção dos dispositivos nos espaços pedagógicos, pela influência direta com o estudante e, por vezes com familiares, pela participação na formulação de normativas que garantem os direitos dos estudantes em sofrimento, como já foi visto ao longo do eixo 2.

Neste sentido, foram analisados alguns conteúdos específicos sobre desinstitucionalização e inclusão da pessoa em sofrimento psíquico na universidade. Esse elemento surgiu em várias entrevistas a partir de questionamentos sobre elementos norteadores da Política de saúde mental, conforme roteiro em anexo. Sobre o conteúdo abordado e analisado, alguns pontos merecem destaque.

A desinstitucionalização, neste caso, esteve associada ainda a alguns outros elementos, além da continuidade do estudante no território da universidade durante seu processo de cuidado, a saber: a saída do hospital psiquiátrico do centro do cuidado do estudante em sofrimento, a desconfiguração do isolamento como princípio do tratamento, a desconstrução da ideia de periculosidade ou incapacidade da pessoa em sofrimento.

A maioria dos respondentes alegou que os dispositivos representados tinham como norte a permanência do estudante em sofrimento na universidade, seja com adaptações pedagógicas ou com acompanhamento em regime especial, quando necessários, demandando uma avaliação caso a caso.

> R7.2: A desinstitucionalização, eu acredito que a equipe entende como a melhor forma porque como é que você vai reparar uma pessoa tirando do contexto que ela vive, isolando? Isso é o oposto do que a gente prega. Então, a gente vai trabalhar sempre tentando socializar, integrar a pessoa no ambiente dela, no habitat dela. Se a gente parte do pressuposto de que as relações podem ser fator de proteção ou um fator de risco para vários transtornos e aí você isola uma pessoa dessas relações, você está tirando as possibilidades dela de uma melhora. Se você parte para o oposto, que é o internamento, seria contraditório. Querer integrar a pessoa nesse ambiente o máximo possível e aí ter como estratégia o isolamento, o internamento, não dá.

> R15: O ideal é que os trabalhos venham paralelos pra que as pessoas consigam estar bem na sala de aula, sem estar sendo excluída (...) Por mais que ela precise de um atendimento, de um acompanhamento, mas a rotina acadêmica dela continue e sem ela tá sofrendo violência na sala de aula ou no *campus*. Num tem isso de afastar a pessoa não, é integral. Até porque, o isolamento, eu acredito, que não é o melhor. Adoece mais.

> R10: Acho que há uma tendência, de fato, a se fazer um esforço pra que o aluno seja atendido no seu próprio ambiente. Também se faz uma licença pro aluno, alguma coisa, fora de sala de aula. Teve caso de que o aluno precisava viajar, estar com a família, pra se tratar, até pra continuar (...) então, foi feito, foi permitido que o aluno viajasse com a sua família e lá fizesse a prova. Até isso eu tenho observado. A gente tem muita abertura. Há uma sensibilidade institucional e as pessoas tão buscando isso.

Os argumentos para este movimento estiveram associados a necessidade de manutenção das relações como fator protetivo, a possibilidade de ajuste da realidade para inclusão do estudante com alguma limitação, a importância da sensação de produtividade e pertencimento.

Para a maior parte dos dispositivos as possibilidades de internamento ou de trancamento não foram descartadas, mas vistas como últimos recursos, quando os demais já foram esgotados e com a participação do estudantes. Apontou-se as limitações de abordagem em alguns momentos e a necessidade de articulação com a família do estudante, principalmente, no caso de estudantes oriundos do interior do estado ou de fora dele.

> R16: E trancar é uma coisa que a gente faz de tudo pra que não role. Mas quando aquilo é identificado como sendo o melhor pra pessoa, falar dessa possibilidade, né?
>
> R7.2: Porque o internamento seria o último dispositivo. A gente tá sempre trabalhando, tentando o caminho inverso. Esse internamento não é algo que a gente exclua, ele também pode fazer parte, mas ele faz parte como último possibilidade. Mas essa não é uma prática nossa no sentido de ser o habitual. São casos extremos.
>
> R5: Eu acho que a gente não tem essa perspectiva da exclusão, mas ao mesmo tempo eu percebo que há determinadas situações que a gente não tem as condições de cuidado. Isso pra mim fica muito claro. Então, como é que a gente vai permanecer com essa pessoa sem ter essas condições? E tem determinadas questões mesmo que a gente não pode lidar, por exemplo, sem a família. E muitas vezes a gente não consegue chegar a essa família.
>
> R4: Geralmente a gente tenta trazer um familiar, incluir nesse processo. Primeiro conversa com o aluno sozinho, depois a gente chama um familiar, pra evitar a pressão social da decisão e pra apoiar a decisão Sempre com a autorização dele.

Em apenas dois relatos ponderou-se a indicação inicial de afastamento. Em um, a indicação poderia ser feita após o descarte de causa institucional/ambiental da universidade e, no segundo, considerou-se a possibilidade de ajustes, adaptações pedagógicas e respeita-se a autonomia do sujeito.

> R18: Mas um caso como esse que não tem relação direta com o ambiente. Se for isso do ambiente, a gente vai agir, se não, se for algo externo, prévio, que venha de outros fatores, então ela deveria, realmente, se cuidar primeiro fora pra poder voltar, afastamento né? Já aconteceu, então eu já vi também outras situações de pessoas que precisaram trancar o curso por questões de depressão. Então de fato ela se afastou, fez o tratamento e depois retornou.

> R13: Se o caso é muito complicado (...). Ai se o caso extrapola isso, muitos fecham o curso e vão pra casa se tratar e voltam. Ai faço essa orientação todinha. Outros as mães ficam acompanhando por aqui. Entra nas salas, assiste aula. Tem total essa possibilidade também. E tem a possibilidade da gente arranjar tratamento. Se tratando em aula. Quando complica mais, que eles vêem que não dá mais, eles mesmo se decidem. Não é a gente que vai mandar fechar sua matrícula. Ele vai ter que saber que ele vai precisar ficar mais tempo tratando com sua família.

A avaliação de cada caso singularmente e a possibilidade de diálogo com estudante e família foram pontos frequentes na ponderação deste tema. O apoio, respeito à autonomia do estudante e contrução conjunta das estratégias, frequentemente, foram citados.

> R4: Eu acho que a gente, como política, tenta dialogar e perceber a situação e de dar autonomia pra o aluno escolher se ele quer ficar em sofrimento no curso ou se ele deseja se retirar. Pra ver o que o aluno considera, mas vai construindo junto, com esse perfil de diálogo. De tá o tempo todo conversando e vendo com o que pode chegar. Alguns professores podem até sugerir que, se o aluno não está dando conta, é melhor ele sair, temporariamente, pra que ele possa se tratar e retornar. Mas dependendo do caso. Tem casos que a gente percebe que o aluno apesar de estar em sofrimento, ele próprio diz: "Eu quero continuar, eu vou continuar". Pode haver a sugestão, mas ele quem vai decidir. Quando a gente sugere e ele decide continuar a gente apoia a decisão dele.

Amparadas nas leituras de diversos autores, Lucena e Bezerra (2012), afirmam que o processo de desinstitucionalização implica na mobilização de todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional (trabalhadores, gestores, familiares, pacientes e outros possíveis agentes) e na transformação das relações de poder entre a instituição e as pessoas por ela assistida. As autoras seguem explorando que esta transformação se dá no nível micro na quando a relação de contratualidade substitui a de tutela e há o reconhecimento do sujeito como protagonista da sua própria história, independente da sua condição psicopatológica. Neste sentido, também se pode refletir que a forma como a universidade, nesse caso os dispositivos como seus representantes, lida com este fenômeno reforça ou fragiliza esta transformação nas micro relações que amparam a desinstitucionalização.

Apesar desse movimento mais aberto dos dispositivos e de seus membros, alguns respondentes apontam que o mesmo nem sempre se dá entre os demais componentes (docentes, gestão e técnicos) do departamento ou centro dos quais fazem parte, referindo um frequente tensionamento entre os grupos. Também houve esta demarcação entre diferentes cursos e as formas de encarar o sofrimento psíquico na universidade.

> R16: Eu percebo que, pelo funcionamento do curso [cita o curso] em relação a trancar, diferente da [cita outro curso], por exemplo, que o discurso é: "Não tá bem? Tranque! Porque aqui é pra quem aguenta, se você não aguenta, vá embora". Lá é isso: "Não tá bem? Peça o regime especial". Por isso que lá tem tantos documentos pedindo regime especial e CID a maioria é ansiedade e depressão. Já em [cita o primeiro curso]

> a dinâmica não é bem essa. A dinâmica é: “O que é que a gente pode fazer pra que essa pessoa continue aqui?” “Vamos conversar! Quais os professores mais próximos do estudante?”
>
> R6.3: Mas a gente sabia que se aquela aluna saísse da universidade a situação dela ia agravar ainda mais e aí a gente precisou conversar com os professores que queria que ela trancasse. Aí [cita o nome de um dos membros do dispositivos] dizia: "Não! Tem como eles adaptarem pra ela". Aí a gente fez uma reunião com todos os professores pra mostrar esse lado, que isso não ia fazer bem pra ela. E, realmente, ela aqui na instituição, ela tá outra pessoa e a gente sabe que se ela ficasse reclusa isso não seria bom.A gente fez uma reunião com ele. Na verdade, a gente até pensou em reduzir as cadeiras, que foi até a orientação do psiquiatra,
>
> R12: O olhar da [cita o dispositivo] nunca vai ser o de excluir o estudante. Mas aí vai ter sempre um embate. Existe um movimento de exclusão no departamento. Só que é velado. Se disser isso aqui todo mundo vai negar, dizer que é mentira. Mas existe. Teve um caso de um aluno que era monitor. A primeira providência que queriam aqui fazer com esse menino era tirar a monitoria dele. Fizeram movimento pra desvincular ele. Mas sem a minha presença, porque eu não concordava.

Para os respondentes, um argumento associado a essa resistência dos demais seria a ausência de um aparato legal que garantisse aos estudantes em sofrimento tanto a diretriz de permanência, quanto a estruturação de estratégias para o favorecimento dela, com adaptações inclusive na lógica de ranking e coeficiente de rendimento para acesso prioritário às disciplinas.

> R14: No grupo do próprio dispositivo é mais fácil a compreensão, mas quando a gente lida com o professor da sala de aula é muito difícil. Então, a gente compreende a necessidade, talvez de se ter até alguma legislação que garanta o direito a esse estudante. Assim como a gente tem de gravidez, de acessibilidade, porque essa também é uma questão de inclusão e acessibilidade, né? É um dos âmbitos mais difíceis de a gente enfrentar porque alguns dos nossos pares estão muito pautados nisso: “Você tá me pedindo isso baseado em que lei?”. Uma coisa muito legalista. É até porque ele também se preocupa. Até porque ele também se protege como professor. Então ele diz: “Você tá me pedindo isso, que eu acompanhe dessa forma, mas que lei diz?
>
> R9: Existe a possibilidade de dar continuidade, de não interromper. Agora a grande questão do acompanhamento especial é a garantia de vaga. Então não faz sentido nenhum mais você propor um acompanhamento especial para um aluno porque ele não vai ter garantia nenhuma das vagas. Tem que ter uma garantia pra quando voltar vai ter que competir igualmente com alunos que não estão passando por problemas.

O paradigma da desinstitucionalização, então, propõe desmontar essa dinâmica com todos os seus aparatos para retomar o contato com a existência dos sujeitos. Este é um dos principais desafios e guarda sua proteção na lei na Lei 10216 (BRASIL, 2001) “VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. E nas diretrizes para o funcionamento da RAPS (BRASIL, 2011) “I - respeito aos direitos humanos, garantindo a

autonomia e a liberdade das pessoas; VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania".

Observa-se na análise desta unidade que houve, significativas aproximações com o preconizado pelas políticas e que não houve nenhuma defesa expressa da exclusão do estudante em sofrimento, embora haja relatos de que existe um tensionamento por parte da comunidade acadêmica não sensível a causa, daí a recomendação de que estratégias locais de proteção do direito do estudante.

5.2.7 Outras Políticas

Além das políticas públicas de Assistência Estudantil e de Saúde Mental, eleitas para análise neste estudo, verifica-se que, ao longo do eixo 2, algumas outras foram citadas pelos respondentes ao considerar quais políticas amparavam o desenvolvimento das ações dos dispositivos, e foram exploradas na discussão. Para sistematizá-las, de modo a colaborar com a composição do panorama da atenção neste campo na UFPE, elas constam compiladas e resumidas a seguir.

Nas *políticas de educação*, relacionadas à inclusão, acessibilidade, questões raciais e ações afirmativas foram mencionadas:

1) Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) na Lei nº 13.146 (BRASIL, 2015);

2) Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Programa Viver Sem Limites no Decreto presidencial nº 7.612 (BRASIL, 2011);

3) Lei nº 10.639 (BRASIL, 2003), que orienta o ensino da história e cultura afro-brasileira e africana nas escolas públicas e privada do país;

4) Lei das Cotas, que garante a reserva de um crescente até metade das matrículas em IFES para estudantes considerando critérios de origem do ensino, raça/cor e renda na Lei nº 12.711 (BRASIL, 2012);

5) Portaria Normativa nº 02 (UFPE, 2016), que regulamenta a política de utilização do nome social para pessoas que se autodenominam travestis, transexuais, transgêneros e intersexuais.

Relacionadas a *outras políticas de saúde*, além da própria Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990) que regulamenta o SUS, também foram mencionadas:

1) Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, definida em 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão;

2) Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS na Portaria nº 971 (BRASIL, 2006);

3) Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na Portaria nº 2.436 (BRASIL, 2017).

5.3 EIXO 3 – DESAFIOS E PROPOSIÇÕES GERAIS

O conteúdo presente neste eixo 3 foi o acessado a partir do questionamento direto aos representantes dos dispositivos sobre os desafios na implementação da atenção à saúde mental do estudante na UFPE ou a partir das respostas às primeiras perguntas da entrevista. Ao longo dos eixos 1 e 2 alguns desafios levantados pelos entrevistados já foram pontuados e explorados na relação com o elemento de análise específico.

Neste tópico ainda estão apresentadas as proposições levantadas pelos respondentes e que podem servir como caminhos a serem trilhados pela UFPE no campo da saúde mental.

As categorias temáticas definidas a partir da análise de respostas sobre os desafios estão dispostas a seguir já em relação com algumas das proposições:

5.3.1 Culturais

Alguns respondentes apontaram a *falta de apoio de pares ou da gestão* como desafio na execução das ações do dispositivo, seja na ausência parceria no desenvolvimento das ações ou na falta de incentivo à participação aos alunos. Este conteúdo foi mais presente nos dispositivos empreendidos por professores.

Segundo os respondentes, tal movimento, estaria associado, em menor grau, à desconsideração da questão da saúde mental do estudante como um problema. E mais à resistência e ao descrédito de pares ou da gestão quanto à importância das ações desenvolvidas, algumas vezes lidas como não científicas e formais, diante das demandas acadêmicas. Como se pode identificar nos conteúdos a seguir:

> R4: Existe uma barreira enorme no sentido dos professores e coordenadores não acharem que isso impacta positivamente. A concepção, às vezes, pode ser de que isso é besteira, isso é perda de tempo. O perfil do departamento é esse.
>
> R1: (...) Mas também sofria algumas discriminações relacionadas a própria disciplina porque para eles (outros professores) a disciplina não era muito científica, porque tava

> tratando de felicidade. Felicidade para eles é uma coisa bem subjetiva. (...) Se eu colocasse "Ciência da Felicidade" ou qualquer outro nome "Psicologia Positiva" não ia ter tanto repercussão assim do ponto de vista de preconceito.
>
> R1: É um discurso bonito. Só que na hora que a gente fala assim: "vamos nos unir e pensar em como prevenir que haja esse adoecimento" e pra isso a gente precisa que os professores sejam mais engajados, a gente precisa de mais diálogos, de atividades extracurriculares pra que a pessoal não fique só bitolado, aí ninguém tem tempo. Então a gente tá pensando em não adoecer, mas aí na hora que a gente propõe as ações que podem ajudar nesse não adoecimento ninguém endossa. (...) Ai você vai perguntar pros alunos "Ah não! Mas o professor não dispensa", ai você vai falar pro professor, ai ele "Ah! Se ele quiser ele vai, tem 25% de falta". Ai o aluno não vai, não estimula a ir.

Para outros respondentes, a falta de apoio também poderia estar associada a um *sofrimento ou mal-estar mais amplo* na universidade, presente no próprio corpo docente e nos servidores como um todo. O que acarretaria uma falta de condição para dar conta do que surge quando se abre para considerar as questões emocionais. Como indicado nas seguintes passagens:

> R10: Olha! Eu entendo que todos nós aqui estamos fragilizados. O técnico, o professor, o aluno. Todo mundo.
>
> R20: O professor é cobrado em relação a produção do aluno, e tem que fazer com que o aluno se sinta bem e tal né? E aí o professor, às vezes, é visto como um robô que vai tá lá e tem que tá bem e os alunos despejam também toda carga emocional dele em cima do professor, como se ele também não fosse sentir nesse sentido, né? Como é que o professor vai ficar depois que o aluno fala: "Olha! Meu pai bate na minha mãe"? E a gente tem que engolir aquilo e além disso ter que saber o que fazer, né? Que dispositivos a gente tem pra saber o que fazer?

Quanto a isto, vários respondentes apresentaram como proposição a estruturação de estratégias de cuidado em saúde mental também para os servidores. Como foi visto, alguns dos dispositivos já os inclui no seu público-alvo, considerando esta importância.

Em estudo sobre adoecimento e sofrimento psíquico de professores universitários conduzido por Pinto e Silva (2015), identificou-se que, de um total de 492 registros de licença de saúde em um serviço de atendimento aos docentes, 146 dos casos, ou seja, quase 30%, se enquadrava entre transtornos mentais ou do comportamento, com prevalência de episódios depressivos. Outro estudo revelou que as publicações na área de saúde do docente universitário salientam que o adoecer é originado pela associação sobrecarga e falta de autonomia e que há uma predominância de adoecimentos psicossomáticos (alteração do sono, insônia, enxaqueca), com 45% de frequência, e emocionais (desânimo, tristeza, angústia, irritabilidade), com 35%, em detrimento dos 20% de adoecimento físico (OLIVEIRA *et al.*, 2017). Indicando que há razão na preocupação com a saúde mental na universidade para além dos estudantes.

Não foram encontrados estudos que abordassem a saúde do servidor técnico, mas a reunião do FONAPRACE que gerou a Carta de Campina Grande (BRASIL, 2018) teve este tema debatido, o que gerou recomendações para o cuidado com os profissionais da assistência estudantil: “Fortalecimento das equipes de AE, considerando a atenção à saúde do profissional e as condições de trabalho”. Recomendação que deve ser ampliada para demais membros do corpo de servidores, segundo proposição dos respondentes. Sobre isso foi apontado:

> R20: A coisa de olhar também pra os outros atores. Professores, técnicos, o pessoal da limpeza, os terceirizados. Então assim, toda máquina tem que tá junta. É um grupo. Também faz parte da casa. Então tem que ser olhada, compreendida e cuidada também.

Retornando a categoria de *falta de apoio,* entende-se que este movimento acarretaria mais dois desafios que estariam relacionados à *baixa participação dos estudantes* às atividades de promoção e prevenção e à *sensação de solidão e sobrecarga* dos responsáveis pelos dispositivos apontadas por alguns respondentes.

No primeiro desses, um caminho para lidar, a partir das proposições dos respondentes, seria a *mudança da percepção dos estudantes* quanto ao papel da universidade, estimulada pela inserção das atividades em saúde mental incluídas como *tema transversal* nos componentes pedagógicos e curriculares e a sensibilização dos professores, como apontado a seguir:

> R20: Um desafio que eu acho é a questão de o aluno saber que universidade não é só mesa redonda, conferência, aula. Que a universidade também pode ser a sua casa e a gente pode tomar conta de outros aspectos também, que não só esses aspectos relacionados à questão teórica-metodológica, o ensino. Mas que a gente pode também ir além e desconstruir essa questão. A gente tem aula, mas a gente pode ter uma atividade mais lúdica e essa atividade lúdica poder render bem mais do que aquele despejo de teoria na sala de aula. Então, ele pode compreender melhor questões relacionadas a teoria, na prática e essa prática, além de tudo, pode fazer bem.
>
> R1: O certo, na minha opinião seria, sabendo que vai ter naquele dia, o professor vai com a turma assistir. Não é dispensar, porque muitas vezes ele dispensa e o aluno vai embora fazer outra coisa. É pra ele sair da aula dele com a turma e ir assistir a palestra. E por que não usar o conteúdo daquela palestra pra conversar com a aula dele? Essa sempre foi a proposta, de virar um tema transverso, porque é um tema transverso, ainda mais no curso que a gente tá.
>
> R3: É essencial a sensibilização com os professores. É um pouco mais difícil de reuni-los, por conta da agenda, ou por conta da barreira atitudinal também. Aí a gente faz esse trabalho com os professores mais individualmente, mas seria interessante montar um grupo mesmo para discutir essas questões de inclusão, saúde mental, acessibilidade.

A proposição de sensibilização também poderia colaborar com o outro desafio citado acima, a *sensação de solidão e sobrecarga* dos responsáveis pelos dispositivos, na medida em contribuiria para a percepção da questão da saúde mental na universidade como um problema

de todos. Alguns respondentes falaram, inclusive, da expectativa de que os dispositivos fossem reconhecidos como dos espaços de vinculação e não personificados na figura do responsável, muitas vezes o idealizador, como acontece em alguns casos:

> R1: Eu acho que o maior desafio mesmo é fazer com que as pessoas assumam o [cita o dispositivo] não como um projeto de extensão da [cita seu nome], mas como um projeto de extensão do departamento ou do [cita o centro] e que as pessoas se envolvam mais nisso.
>
> R2: Esse projeto é lindo. Claro que é lindo. Mas é difícil você fazer uma coisa muito só. Você fica muito só.

Apesar dessas sensações de solidão e sobrecarga, alguns respondentes começam a observar o processo de construção do reconhecimento e respeito pelo trabalho realizado, seja pelo crescimento das situações de sofrimento ou pela abertura dos demais para conhecer melhor as experiências. Os respondentes citam avanços a partir de inserções das ações nos últimos tempos.

> R14: Eu penso que a universidade acordou pra essa necessidade como instituição e que isso de alguma forma contamina também as pessoas. Acho que o nosso trabalho interno aqui também foi contaminando pouco a pouco. Tinham vários colegas que, inicialmente, eram contundentemente contrários ao trabalho. Hoje a gente percebe que o nosso trabalho começa a ser compreendido, começa, por isso, a ser aceito e respeitado. Então, eu acho que a nossa possibilidade de inclusão em outros espaços está maior. Então essa coisa mesmo de ação de oxigenação, de ir pra sala de aula fazer um momento de relaxamento, respiração, alguns exercícios, há dois ou três anos atrás não era possível né? Então a gente começa a compreender que há um movimento de sensibilização do grupo docente como um todo.
>
> R12: Agora que tão reconhecendo (...) No final, tô vencendo as resistências porque as coisas tão acontecendo muito. Ninguém quer ser responsável por uma menina que vai se se matar num evento internacional dentro da Universidade. E se a gente não intervir o que é que vai acontecer? As coisas têm piorado.

Outro desafio cultural que também pode estar relacionado à resistência às atividades de prevenção e promoção foi abordado nas entrevistas e diz respeito à *demanda primordial por atendimentos psicológicos individuais*, tradicionalmente associado ao cuidado em saúde mental. Os trechos das entrevistas ilustram bem a questão:

> R1: Até nas perguntas lá no questionário da pesquisa, a gente pediu pra que as pessoas pusessem um x em 3 ações que elas acham que seriam fundamentais, de sugestão. A gente pôs umas 20, tinha tipo: áreas de convivência, atividades holísticas, práticas integrativas, tinha meditação, ginástica, até grupos de conversa, mas o que ganhou, em disparado, foi psicólogo. As pessoas preferem, acho que assim: "Ah! Surtei. Preciso de psiquiatra" do que assim: "Preciso interagir, preciso fazer alguma coisa" (...) Então é uma coisa que a gente tem que entender que é da cultura mesmo nossa, de não cuidar da saúde, mas só cuidar da doença. Depois que adoecer você cuida, antes você não cuida. Então é bem complexo essas coisas.

Aponta-se para a necessidade da compreensão da demanda como fruto da cultura e a importância de construção de estratégias para a sua modificação dessa lógica:

> R5: Eu acho que tem uma questão, também, que é cultural, que passa por essa ideia de que eu só vou procurar me cuidar quando o adoecimento já está estabelecido, quando eu tou no limite. Quando passa a ser um tratamento. Não sei se tem outras questões. Eles falam dos horários, mas o que a gente já viu é que, mesmo mudando os horários, não muda a quantidade de pessoas. Então, eu acho que é algo que faz parte desse tipo de trabalho, que é um trabalho de formiguinha.

Como foi visto ao longo da dissertação, o processo de individualização do sofrimento tem sido usado por Leão *et al.* (2019) para explicar os movimentos que se aproximam deste também encontrados na UFPE. Processo no qual as demandas do campo da saúde mental são percebidas na dimensão individual e, consequentemente, convocadas a serem respondidas também nesta dimensão, pelos próprios usuários ou pelos operadores do campo.

Apesar das respostas na dimensão individual serem maioria na UFPE, como visto no eixo 2, alguns respondentes observam a limitação dessa estratégia:

> R6.1: Agora não adianta. A gente consegue que o aluno se cuide. A gente consegue até que ele vá pra terapia, mas ele volta pra mesma sala de aula, com a mesma situação. Que a gente sabe, a direção sabe, a chefia sabe, a reitoria sabe, mas é um tempo muito longo pra que isso seja minimizado, não é nem resolvido, é minimizado. E quando é.

E outros destacam a inadequação de serem demandadas e ofertadas apenas na perspectiva de tratamento ou reabilitação, destacando a importância de priorizar atividades promotoras e preventivas. Recomendação endossada pela política de assistência estudantil na carta de Campina Grande (BRASIL, 2018).

> R16: Como desafio eu penso sempre que não adianta intervir quando a coisa estourou. Adianta também, mas pensar prevenção e promoção é fundamental. Geralmente a estratégia acontece mais quando a coisa explodiu e precisa lidar de alguma maneira. Então pensar estratégias de prevenção.

5.3.2 Institucionais

Nesta categoria estão os códigos de análise que dizem respeito aos desafios institucionais da universidade no campo da saúde mental elencados pelos respondentes. Foram citados: a *institucionalização de uma política* específica de saúde mental da UFPE, a institucionalização dos *SEAP*, *o mapeamento da rede* interna e externa e a *definição de fluxos e articulações* entre os dispositivos.

Quase todos os respondentes trouxeram como desafio e, proposição, ao mesmo tempo, a construção e definição normativa de uma política de saúde mental da UFPE. Como pode ser visto a seguir:

> R2: Teria que ser uma ação de um grande grupo. Institucionalizar a política de saúde mental. Uma promoção mesmo da universidade.
>
> R12: Eu acho que um grande desafio é a gente assumir que existe isso e a gente criar políticas públicas pra atender, ter espaço.
>
> R1: Por isso que eu acho que teria que ser uma coisa de política, que viesse de cima pra baixo. Que institucionalizasse mesmo nos centros "Oh! Todos os centros vão precisar ter 3 ações semanais que visem o bem-estar". Coisas desse tipo, porque ai vão se pensar a grade das atividades considerando aquilo.
>
> R16: A universidade precisa ter sua política própria e ter suas estratégias. Eu acho que devia ter uma política institucional de saúde mental e esse é a principal foco da comissão do DCE. Por isso que a preocupação principal agora da gestão do DCE é uma política de saúde mental pra que crie esses dispositivos institucionais que lidem com essa questão. Por isso que a gente tá dialogando muito com a política de assistência porque a gente precisa garantir essas políticas pra poder ter essa garantia institucional disso e não ficar funcionando como estepe que vai tentar dar conta de algo que é muito maior que a gente.

Este desafio toma lugar de destaque, inclusive por fazer parte dos objetivos e resultados esperados de dois dos dispositivos estudados, a Comissão de Humanização, Bem-Estar e Saúde Mental da UFPE (D2) e o Grupo de Trabalho em Saúde Mental do CCJ (D25), conforme explanação presente no eixo 2.

É possível identificar que existem diferentes expectativas, que surgem como subproposições, para a concretização desse desafio. Nos trechos acima estão a determinação de participação coletiva, "de um grande grupo", na construção das ações no campo da saúde mental, além da responsabilização da universidade com definições de estratégias claras e com garantias de execução, de modo que as respostas não aconteçam de forma precária e paliativa, devido a grande dimensão e complexidade da demanda. Ainda se aponta a expectativa de que as ações e atividades em saúde mental sejam inseridas no cronograma de atividades dos centros de modo a favorecer a participação de todos, sem prejuizo de ausência em outras atividades acadêmicas.

O desafio de institucionalização ainda considerou o envolvimento de diferentes pró-reitorias, centros e departamentos e não apenas os dispositivos. Não houve muito destaque na participação dos estudantes neste processo de definição, sendo citada eminentemente pelos dispositivos com estudantes como implementadores. Como já foi visto no eixo 2, a participação estudantil ainda enfrenta muitas limitações na execução das ações do campo na UFPE.

Além das expectativas acima, ainda houve destaque para a necessidade de garantir o olhar para as demandas de grupos minoritários, conforme levantado ao longo da dissertação, considerando que sofrimentos de dimensão coletiva atravessam determinados grupos e merecem atenção específica, como alerta este trecho:

> R16: A política tem que pautar as demandas das minorias. Tem que ter muito cuidado pra não pensar uma política de saúde mental que seja muito generalista, que não pensa as especificidades dos diferentes grupos que estão na UFPE, com as diferente demandas. Também vai ser um desafio na construção fazer com que aqueles grupos se sintam contemplados, porque tem estratégias que chegam pra algumas pessoas, mas que pra outras elas nem contam com isso.

Também, foram abordadas as subproposições de que a política deve garantir os direitos das pessoas em sofrimento em sofrimento psíquico no desenvolvimento de suas atividades acadêmicas. Além da definição de cargos/posições de responsabilidade na gestão e implementação da política institucional, conforme passagens a seguir:

> R6.3: Da mesma forma que foi feita una resolução aqui pra falar de acessibilidade, acho que ta na hora da Universidade pensar também essas questões de saúde mental porque tá lá na de acessibilidade que o aluno vai ter mais tempo, só que a gente sabe que o aluno de saúde mental também precisa de mais tempo e a ele é negado. É um direito. Então a Universidade precisa também ter um olhar institucional pra essa situação.

> R1: Porque só o reitor que vai poder dizer se vai se criar um departamento, se vai criar só uma comissão mesmo, se essa comissão vai ser algo legalizado, se vai ter funcionário oficializado que vai ganhar só pra isso? Pra poder se pensar em quais são essas políticas. Pra poder institucionalizar as coisas.

Observa-se que também foi apontada a expectativa de que aspectos ligados a garantias estruturais, de vinculação, financiamento e de composição de equipe também sejam favorecidos pela institucionalização da política.

Espera-se, ainda, com a concretização deste desafio, uma menor vulnerabilidade a mudanças conjuturais e políticas, uma vez que estaria sendo firmado um compromisso institucional da UFPE. Assim ficando a atenção ao campo da saúde mental mais assegurada na universidade, mesmo diante de ameaças do governo federal, das mudanças ministeriais ou mesmo de novos representantes locais, como reitor, pro-reitores, coordenadores de curso, como aponta as preocupações a seguir:

> R19: Porque aí se a gente pega um coordenador do curso não progressista, por exemplo, que queira indeferir os pedidos de regime especial pros alunos. E aí comé que vai ficar essa situação? Esse contexto hoje a gente tem um coordenador do curso que é progressista, que, inclusive, tá compondo o grupo de trabalho, mas daqui a algum tempo será que os coordenadores de curso serão progressistas? Pode ser muito perigoso a longo prazo.

Intimamente relacionados à institucionalização da política, figuram os códigos *mapeamento da rede* interna e externa de atenção à saúde mental, que também coincide com objetivo de alguns dos dispositivos, e o de *definição de fluxos e articulações* entre eles. As expectativas ou sub proposições desses códigos dizem respeito ao reconhecimento de todos os dispositivos envolvidos com o campo da saúde mental na UFPE. Incluindo os direcionados apenas para servidores e os desenvolvidos nos *campi* do interior e os dispositivos externos e intersetoriais que podem ser pela UFPE acionados.

> R7.2: Eu acho primeiro desafio é esta articulação da rede. Da gente tentar fazer um mapeamento, renovar isso. Não só da rede pública, pode ser da rede privada. Como esse que você está fazendo, de espaços que a gente pudesse ampliar isso que você faz para o Recife inteiro. A gente saber o que é que existe de oferta de serviço de saúde mental no Recife pra gente poder encaminhar. Porque a gente não tem um projeto que diga, sei lá, uma cartilha que diga dessa rede. A própria articulação com uma rede interna, porque a gente tem muitos serviços aqui. Mas a gente não conhece. Às vezes a gente não encaminha para cá mesmo porque a gente não tem conhecimento.

Nesse sentido, a presente dissertação e o trabalho de campo desenvolvido se configuram como realização de parte desse desafio e foi, pelos respondentes, desta forma reconhecidos:

> R7.2: Acho que o teu trabalho vai ser muito importante nesse sentido. Talvez com esse mapeamento se encontre caminhos ou possibilidades de minimizar esses entraves.

A *definição de fluxos e articulações* previamente determinadas aparecem como desafio no sentido de compreensão, por parte de toda comunidade acadêmica, de quais pontos da rede acionar em determinados casos. Casos esses, com diferentes níveis de complexidade, sem precisar se servir apenas dos contatos pessoais, dos favores, como, por vezes, acontece atualmente.

> R6.1: A gente busca mais de uma forma na camaradagem. Não numa organização política. A gente precisa sair desse âmbito, pra não ser uma questão de a cada caso a gente tá trazendo, pra ser uma forma mais direcionada, com um fluxo mais organizado. Isso é uma demanda urgente.
>
> R6.2: A rede não existe se não tem fluxo, comunicação. Não é rede. Isso é fundamental.
>
> R12: Então há um despreparo institucional. Seja porque, legalmente, não há nenhuma cobrança, nenhuma exigência, seja porque a própria instituição não é sensível a isso. Então, todo trabalho de apoio, ele se dá por uma rede de amizades, que não é institucional. Ou ele se dá por uma ação específica de um alguém, que, insistentemente, procura alguma pessoa especializada e ele consegue alguma coisa, algum apoio no serviço, hospital, um apoio disso daquilo, entendeu?

A articulação envolveu ainda o elemento associado ao reconhecimento da rede externa e do próprio SUS da existência de serviços de saúde na UFPE que, apesar de vinculados

diratamente ao MEC e não ao MS, trabalham numa lógica SUS e precisam oficialmente fazer parte do sistema para atender ao público com integralidade.

> R7.1: Eu acho que até hoje não tá estabelecido que é que isso aqui é uma ambulatório de saúde. Aqui funciona como o ambulatório de saúde. Só não se tem oficializado, porque a gente não tem nenhuma ligação com SUS. A gente é um ambiente administrativo da educação que funciona como o ambulatório de saúde. Um ambiente administrativo oficial, mas com o funcionamento, fluxo, recursos humanos, atividades envolvidas, todas estão estabelecidas com um ambiente de saúde. A gente precisaria tá inserido nessa rede do SUS, porque a gente precisa de um código que é o CNES. Toda a unidade de saúde tem que ter para o paciente pegar medicamento especial de controle, pra receituário especial. Tudo isso a gente precisa porque a gente tem esse tipo de demanda. Só que aí choca porque a gente não consegue avançar.

Associado a este desafio, apareceram conteúdos sobre a necessidade de ampliação da oferta de atendimento, principalmente na dimensão de tratamento e reabilitação, considerando o conhecimento existente da rede. Abordou-se a sobrecarga dos serviços, as filas de espera, a limitação do público-alvo a uma determinada população. Reforçou-se muito a importância do fortalecimento e ampliação do que já existe.

> R12: Eu sei que é muita gente e o NASE tem poucas pessoas pra fazer o acompanhamento. Até porque é um período longo de acompanhamento. Não é uma coisa que com cinco ou seis escutas vai resolver. Tem gente que demanda muito mais tempo. Às vezes o tempo todo da graduação. As pessoas tem que entender que é um contexto.

> R20: O que eu acho que de proposição é fortalacer os projetos que já tão sendo feitos. Se o meu projeto, o projeto da [cita outra respondente], o projeto das outras pessoas que você entrevistou, se derem certo, eu acho que é ter, pelo menos, dez por cento de bons resultados, eu acho que a gente já tá no caminho certo e eu acho que é isso que tem que ser feito. E aí a partir disso, outros desafios vão vir com certeza.

Também se destaca a necessidade de reconhecimento e ampliação das ações interiorizadas. Para a garantia da atenção à saúde mental para os membros dos demais *campi* e a sua estruturação considerando a realidade específica de cada local.

> R15: Acho que a questão é essa ampliação e a interiorização também. Porque a gente tem vitória e Caruaru, que a gente não tem pernas pra chegar lá, porque a gente acaba ficando sufocado um pouco ou também tem a questão das prioridades das ações. E as pessoas sentem muita falta disso. Então eu acho que uma das principais pautas é essa também, a interiorização.

O último desafio desta categoria indica a *institucionalização dos SEAP*, com ampliação e estímulo para inserção deles na rede de atenção à saúde mental da UFPE. Conforme já mencionado no eixo 1, este dispositivo tem se mostrado estratégico neste campo, contando com a inserção dos Técnicos em Assuntos Educacionais, seguindo recomendação do GT em

andamento na UFPE. Sobre este desafio, a seguinte justificativa foi levantada por um dos respondentes componentes de um dos SEAP entrevistados:

> R4: Eu acho que o desafio é manter o perfil político dialógico, porque isso é uma questão da gestão dos últimos dez anos. Mas se o próximo gestor que chegar aqui não tive essa preocupação que essa gestão tem, vai acabar por causa dessa questão de não ser institucionalizada. Com essa fragilidade institucional eu tenho medo de, de repente, chegar um novo coordenador e ele dizer: “Não! Você não vai mais atender aluno. Agora você não vai fazer mais acolhida. Você não vai mais encaminhar pros serviços, nem canto nenhum. Você vai ficar fazendo outra atividade. Você vai ficar como secretária do professor tal. Essa instabilidade é ruim. Eu acho que o principal medo que a gente tem é o medo de perder o que tá sendo construído.

> R6.1: A própria institucionalização do SEAP na Universidade já ia ser muito importante, facilitadora, também, na saúde mental. Porque quem não tem nem isso, quando o coordenador não tem essa sensibilidade? Porque a gente tem coordenador que é muito parceiro, que ta sempre aqui, trazendo situações, compreendendo. E tem coordenador que a gente precisa chamar várias vezes pra poder uma situação ser melhor direcionada, encaminhada, mediada juntos com estudante com grandes dificuldades. Então o SEAP cumpre essa função de mediar.

Como expectativa ou sub proposição deste desafio surgiu a inserção de elementos e atores do campo na saúde mental nas discussões dos currículos em articulação com o Núcleo Docente Estruturante dos departamentos. Como observado na passagem:

> R9: Mas existe o NDE, né? Que deve tá preocupado com isso. Inclusive é um ponto, a necessidade da Universidade pensar na formação do NDE de forma integrada aos núcleos de equipe multidisciplinar, com os pedagogos, psicólogos, assistentes sociais porque aí pode enriquecer mais e contemplar mais essa questão da fragilidade emocional dos alunos. Eu acho que o setor que pode ajudar a fomentar essas discussões é o SEAP né? Possibilita essa convergência de múltiplos olhares. Seria muito interessante ter no futuro um psicólogo para atuar num setor com essa formatação.

5.3.3 Estruturais

Nesta categoria foram inseridos alguns códigos já explorados ao longo do eixo 1, relacionados à composição da equipe, espaço físico, financiamento e a não consideração do tempo dedicado ao dispositivo na carga horária dos envolvidos. A possibilidade de priorização das atividades nos casos de acúmulo de funções tomou destaque:

> R21: Seria muito bom que a gente fosse poupado de algumas coisas para que a gente pudesse canalizar mais energia e mais tempo pra um projeto como esse, de um trabalho como esse. É fundamental, pelo feedback que eu escuto das pessoas que estão vindo nessa edição. Os desafios são esses, é poder priorizar.

Muitas das expectativas e proposições relacionadas a esta categoria estrutural surgiram associadas a garantias promovidas pela institucionalização da política, conforme citado anteriormente.

Os desafios e proposição para o campo da saúde mental do estudante na UFPE identificados por esse grupo de entrevistados na presente pesquisa se aproximam dos achados apresentados em estudos ou experiências desenvolvidas em outras universidades do Brasil.

No estudo desenvolvido por Viana (2016), no sentido de construir uma proposta de programa de atenção psicossocial para estudantes da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, UNILA, no Paraná, resultou em algumas indicações que coincidem com os presentes nesta dissertação, ou mesmo com atividades já desenvolvidas. A saber: 1) Formalização da equipe/GT de saúde mental, 2) Fortalecer eventos e debates na universidade; 3) Reforçar e intensificar a ferramenta de promoção da saúde: rodas de conversa; 4) Consolidar parceria com outras instâncias da universidade (Pró-Reitorias, Coordenação dos cursos, Institutos); 5) Ações de prevenção e de promoção de saúde; 6) Ações voltadas às questões de ensino-aprendizagem; 7) Ações voltadas à consolidação de relação institucional com o SUS.

Na Universidade de Brasília, Cleuser (2013), apresenta recomendações de curto e médio prazo aos gestores após realização de estudo multiaxial com os estudantes daquela instituição. As recomendações foram: 1) Empoderamento e instrumentalização para coordenadores de cursos atuarem junto aos estudantes, principalmente aqueles em início de curso; 2) Caminhos para a articulação dos serviços existentes. 3) Ampla divulgação dos serviços disponíveis aos alunos; 4) Estimulo à criação e participação dos DAs; 5) Implementação dos serviços de atendimento ao universitário, 6) Alocação de recursos físicos e humanos para ampliação de atendimentos; 7) Mecanismo de avaliação dos professores, 8) Envolvimento do corpo docente na resolução das questões; 9) Construção um programa de promoção à saúde mental e prevenção de agravos específico para os alunos da UnB.

A consonância entre os achados parece apontar, por um lado, para um movimento nacional de atribuir maior importância às questões de saúde mental do estudante universitário e, por outro, para um longo caminho ainda a percorrer no sentido da compreensão do fenômeno e na estruturação das respostas a ele. Com a esperança de que o passo dado através desta pesquisa contribua no percurso da UFPE, a dissertação se encaminhada para a finalização com a próxima, e última seção, apresentando as considerações.

6 CONSIDERAÇÕES

Sobre o estudo realizado, pode-se alegar que as perguntas condutoras da pesquisa foram respondidas ao longo do trabalho, uma vez que a primeira: “Quais são os dispositivos institucionais desenvolvidos na UFPE, no *campus* Recife para responder às demandas de saúde mental dos estudantes” foi contemplada no mapeamento empreendido e explorado ao longo do eixo 1. E a segunda: “Como o conjunto destes dispositivos institucionais se articula aos elementos das Políticas de Assistência Estudantil e de Saúde Mental?” teve no eixo 2 seu desenvolvimento com as comunicações entre os elementos fundamentais do conjunto dos dispositivos e as Políticas discutidas. Complementarmente, o eixo 3 apresentou os desdobramentos de desafios e proposições para a execução da atenção à saúde mental do estudante na UFPE, com base na percepção dos dispositivos investigados.

Após o percurso trilhado até aqui, é possível afirmar que a ausência de uma política de saúde mental para o estudante na UFPE ou no nível nacional se configura como um dos principais desafios para a universidade, segundo os respondentes. No entanto, mesmo com esta lacuna, o conjunto dos dispositivos apresenta compreensões do fenômeno e execução das ações de modo congruente com o que é sustentado pelas políticas de assistência estudantil e de saúde mental geral.

A compreensão do problema considerou as multideterminações do sofrimento psíquico, seja na dimensão individual, institucional, coletiva ou conjuntural. No entanto, as magnitudes das dimensões comparadas as respostas ofertadas apontam para uma discrepância vinculada ao fenômeno da individualização do sofrimento, trabalhado ao longo da dissertação, também identificado na realidade de outras universidades.

Elementos fundamentais para as políticas, como permanência, inclusão, evasão e retenção (nas de educação) e desinstitucionalização, rede e participação social (nas de saúde) foram considerados, em maior ou menor grau, no planejamento e/ou execução das ações dos dispositivos, no entanto, a consciência deles como norteadores das políticas não foi identificada com clareza em parte dos respondentes.

A definição de uma normativa por escrito e a institucionalização de uma política, com diretrizes para a atenção e garantias sobre os direitos das pessoas em sofrimento, foi reconhecida como fundamental pela maioria dos dispositivos, seja para favorecer a articulação da rede, para dirigir as ações realizadas, para estimular a ampliação da assistência, para proteger contra arbitrariedades ou para definir os compromissos da universidade nesse campo. Destaca-se a importância de participação dos estudantes nesse processo (aspecto que se mostrou com

fragilidades, atualmente), bem como a inserção dos demais atores, uma vez que houve proposição de uma política ampla, que contemple todos da comunidade acadêmica, além dos *campi* do interior.

Este trabalho, pela natureza descritiva e exploratória teve a missão de lançar luz sobre um campo operado de forma pioneira na UFPE, conforme registro histórico das experiências do professor Galdino Loreto, mas pouco teorizado nos últimos anos nesta instituição. Não resta dúvida que, muitos aspectos levantados e apresentados nesta pesquisa, merecem aprofundamentos ou ampliações, que podem ser desenvolvidas por pesquisas posteriores.

Quanto as limitações do estudo, aponta-se o duplo recorte sobre o universo UFPE, voltando o olhar para o campus Recife e para a saúde mental dos estudantes, especificamente. No entanto, muitas das discussões feitas neste trabalho podem ser ampliadas para os demais atores da comunidade acadêmica e para os campi interiorizados. A importância de pensar sobre estas outras dimensões foram tocadas nos tópicos acima, figurando, inclusive, entre desafios e proposições. No mais, estudos que contemplem estas lacunas ficam como recomendações para agenda de pesquisa, além de trabalhos que tenha como participantes os usuários dos dispositivos, no sentido de verificar suas percepções e empreender uma avaliação ampla da utilização e dos impactos em suas vidas e percursos acadêmicos. Ainda como recomendações, ficam pesquisas que aprofundem o conhecimento sobre o padrão de uso de substâncias psicoativas na UFPE e a percepção de prejuízo deste, uma vez que os dados encontrados na nesta instituição, ou pelo menos a preocupação demonstrada, diferem das pesquisas nacionais.

As limitações impostas pelo isolamento social na realização das entrevistas finais, inclusive, inviabilizando algumas delas, afetaram o cronograma e exigiram da pesquisadora ajustes e adaptações na metodologia. O desgaste dessa fase, e das posteriores até a finalização, conciliadas com o trabalho em dois serviços essenciais de saúde (com férias e licenças suspensas) tornou o percurso, até aqui, muito mais árduo que o desejado.

A pandemia também abriu espaço para reflexões sobre seu impacto na saúde mental dos estudantes nesse período. Considerando que o sofrimento e adoecimento psíquicos podem decorrer de eventos e crises conjunturais - depressão econômica, convulsões políticas, guerras, desemprego, surtos epidêmicos como nos apontaram Leão *et al*. (2019), é possível compreensível reconhecer que a universidade já esteja precisando lidar com alguns efeitos desse fenômeno na saúde mental dos estudantes.

Sabe-se que uma rede formada por psicólogos da UFPE, entre eles, a pesquisadora, foi articulada para atender a demanda de acolhimento emocional da comunidade acadêmica, em um formato online, desde o início de abril de 2020. Pela planilha de registro a qual a

pesquisadora tem acesso, foram contabilizadas 351 pessoas atendidas, sendo 211 estudantes de graduação, 83 estudantes de pós, 09 residentes em saúde do HC e 48 servidores no período de abril a agosto de 2020. Embora não haja, ainda, a análise dos dados dessa ação, dentre os estudantes de graduação e pós atendidos pelos psicólogos do NASE, identifica-se que entre as motivações mais frequentes para a busca pelo cuidado estiveram: o medo da contaminação, a desestabilização por adoecimento ou morte de familiares, dificuldade de organização da rotina no isolamento, situação de violência intrafamiliar e inquietações pelo início das aulas em formato remoto.

Além desta rede, alguns dos próprios dispositivos investigados neste estudo adaptaram sua abordagem para oferecer respostas às demandas de saúde mental da comunidade acadêmica no período do isolamento social. Na fase de validação dos quadros com os ML (maio a julho de 2020), foram solicitadas informações sobre este funcionamento em tempos de pandemia na UFPE, que estão compondo os quadros. A análise desses novos dados, que ultrapassa os objetivos desta dissertação, será constituinte de um artigo com parte das reflexões sobre as políticas aqui articuladas e a experiência da UFPE, relacionadas à nacional.

Não se pode deixar de considerar o preocupante momento pelo qual o ensino superior passa após ter perdido 3,76 bilhões de reais em investimento nos últimos 5 anos, frente a um aumento de 10% no número de matrículas no mesmo período. A alocação nas políticas de permanência também vem sofrendo importantes reduções, considerando que em 2016, foram direcionados mais de 1 bilhão de reais no PNAES, no ano seguinte houve queda para R$ 987 milhões e, em 2018, para R$ 957 milhões (PORTELA, 2019). Isto dentre tantas outras ações e formas de o governo atual conduzir as pastas da educação e da saúde, deixando, tanto a consolidação das ações afirmativas nas universidades federais, quanto a permanência e a saúde mental das pessoas mais vulneráveis em grave risco.

Espera-se que o mapeamento, as explorações, discussões, reflexões e recomendações aqui constantes contribuam para lançar luz sobre um campo tão complexo como o da saúde mental dos estudantes universitários, para avançar na construção de respostas amplas e efetivas às problemáticas decorrentes do sofrimento psíquico dessa população. Contribuições já vêm sendo observadas na medida em que o material elaborado como parte do produto, mesmo antes da defesa. Começa a ser solicitado pelos integrantes dos dispositivos e compartilhado nos espaços de reunião ampliada sobre saúde mental no período de pandemia na UFPE.

7 PRODUTO

Tratando-se de um mestrado profissional em Políticas Públicas se faz necessária elaboração de um produto decorrente do estudo como uma devolutiva social ao investimento feito na formação técnica e teórica da servidora/pesquisadora. Para atender a esta exigência, encontra-se disponibilizado para consulta no Open Science Framework[52] (OSF) o compilado com os quadros adaptados do modelo lógico de cada um dos dispositivos mapeados. Uma amostra ilustrativa pode ser consultada no apêndice F desta dissertação. Este material também servirá para a formulação de uma página virtual vinculada à página institucional da UFPE, com o mapeamento dos dispositivos para facilitar o acesso da comunidade acadêmica às principais informações sobre a rede de atenção à saúde mental do estudante da UFPE no campus Recife (em processo).

Pretende-se ainda que além dessas informações sobre a rede, esta página concentre conteúdos e temas ligados à área de saúde mental e divulgação de ações, atividades, eventos. Este site poderá ser alimentado por todos os pontos da rede, com a prévia autorização, e acessado por toda a comunidade acadêmica. A expectativa é que seja vinculado a um projeto de extensão da PROAES.

No atual momento, estão sendo realizados contatos e articulações com professores do Centro de Informática da UFPE, as Pró-Reitorias para Assuntos Estudantis (PROAES) a qual a pesquisadora é vinculada e as Superintendências de Comunicação (SUPERCOM) e de Tecnologia da Informação (STI) no sentido de operacionalizar institucionalmente sem custo adicional para a pesquisadora, uma vez que a pesquisa atende a um interesse da universidade.

[52] O Open Science Framework (OSF) é uma ferramenta de gerenciamento de fluxo de trabalho gratuita e de código aberto que permite, entre outras coisas, o compartilhamento de base de dados e produtos de trabalhos científicos, a fim de contribuir para a transparência e reprodução da pesquisa. Link para consulta: https://osf.io/m7ry6/

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando; LOUREIRO; Maria Rita. Burocracia e Ordem Democrática: Desafios Contemporâneos e Experiência Brasileira. In: PIRES, Roberto; LOTTA, Gabriela; OLIVEIRA, Vanessa. (Orgs.). **Burocracia e Políticas Públicas no Brasil**: interseções analíticas. Brasília: Ipea; Enap, 2018. p. 23-58.

ALMEIDA, Jadson de Arruda. **Monitoramento do Programa Nacional de Assistência Estudantil** (PNAES): uma análise do IFPE Campus Belo Jardim. Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/32324/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Jadson%20de%20Arruda%20Almeida.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

AMARANTE, Paulo. Prefácio. In.: VIEIRA, Marcos (org). **Saúde Mental na Saúde da Família**: Subsídios para o Trabalho Assistencial. São Paulo: Olho d`água, 2006.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ANDIFES - Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **Plano Nacional de Assistência Estudantil**. Brasília, 2008.

BAIRROS, Luiza. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos Feministas**. N. 02, 1995, p. 458-463.

BARDAGI, Maurucia; HUTZ, Claudio Simon. Evasão universitária e serviços de apoio ao estudante: uma breve revisão. **Psicologia em Revista** – São Paulo, v. 14, n. 2, p. 279–301, 2005.

BENEVIDES de BARROS, Regina. Dispositivos em ação: o grupo. SaúdeLoucura. São Paulo: Hucitec, n.6, 1997.

BEZERRA, Benilton. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In.: Lobosque AM (org.). **Cadernos de Saúde Mental** - A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. 2006. p. 23-31. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf.

BLEICHER, Taís; OLIVEIRA, Raquel Campos Nepomuceno. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. **Psicol. Esc. Educ**. [online]. 2016, vol.20, n.3, pp.543-549. ISSN 2175-3539. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539201502031040>. Acesso em: 11 abri. 2018.

BOGDAN, Roberto C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação**. Tradução Maria João Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo Mourinho Baptista. Porto: Porto Editora, 1994.

BRASIL. [Constituição (1946)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1946. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm. Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao.htm. Acesso em: 1 out. 2019.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Base.** Brasília, DF: Presidência da República. Lei nº 4.024, de 20/12/1961. Disponível em: https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/129047/lei-de-diretrizes-e-base-de-1961-lei-4024-61. Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 3. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216. **Lei da Reforma Psiquiátrica.** Diário Oficial da União. Brasília: abril 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088. **Instituiu a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no âmbito do SUS**. Brasília: junho 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 971. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).** Brasília: maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 849. **Inclusão de novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC.** Brasília: março 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 702. **Inclusão de novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC.** Brasília: março 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: novembro 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Redes de Produção de Saúde. Brasília: 2009.
BRASIL. **Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais** – REUNI. Decreto nº 6096, de 24 de abril de 2007. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm >. Acesso em: 11 abri. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216. **Lei da Reforma Psiquiátrica.** Diário Oficial da União. Brasília: abril 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES**, Decreto nº 7234, de 19 de julho de 2010. Disponível em: < http://www2.planalto.gov.br. ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm >. Acesso em: 11 abril 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.711**. Lei das Cotas. Reserva de vagas nas IFES. Diário Oficial da União. Brasília: agosto de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.409**. Reserva de vagas para pessoas com deficiência nas IFES. Diário Oficial da União. Brasília: dezembro de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13409.htm#art1 Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.819**. Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da União. Brasília: abril de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em: 21 maio 2020.

CAVALCANTI, Luciana de F. **Análise Ergonômica do Sistema de Atendimento do Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante da Universidade Federal de Pernambuco**. Dissertação de Mestrado em Ergonomia – UFPE, Recife: 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/24736. Acesso em: 02 abr. 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, Juvenal S.; VICTORA, Cesar G. O que é "um problema de saúde pública"? **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo. v.9, n.1, p.144-146, mar. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2006000100018&lng=pt&nrm=iso>.Acessoem :16 set. 2020. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2006000100018.

DAE/PROAES. **Relatório da Pesquisa de Satisfação** (respostas qualitativas) NASE - Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante e NAEST - Núcleo de Assistência ao Estudante. UFPE. Recife: 2019.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo? In: _____. **O mistério de Ariana**: cinco textos e uma entrevista de Gilles Deleuze. Lisboa: Passagens, 1996, p. 83-96.

DIAS SOBRINHO, José. Democratização, qualidade e crise da Educação Superior: faces da exclusão e limites da inclusão. **Educ. Soc**., nas, v. 31, n. 113, p. 1223-1245, out.-dez. 2010. Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010173302010000400010&script=sci_abstract&tlng=pt.>. Acesso em: 11 abri. 2018.

DUTRA, Natália Gomes dos Reis. **Assistência estudantil no espaço universitário**: um estudo comparativo na perspectiva da abordagem societal das representações sociais.145 f.: il.; 30 cm. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia. Recife: 2015.

ESPADEIRO, Tereza. Bem-estar na universidade: relações de desempenho, estresse e uso de psicotrópicos entre estudantes da graduação. **Revista Idealogando** – Revista de Ciências Sociais da UFPE. Ano 2. V.2. N1. 2018.

GOES, Paulo Sávio; RAPOSO, Maria Cristina; CAMPOS, Jansen Dodô; SOARES, Lucas Gallindo. Os tecidos revelados no desempenho de estudantes cotistas e não cotistas. GOES, Paulo Sávio de; FREIRE, Eleta de Carvalho (organizadores). **Tecendo ideias com os fios que nos unem: tecituras sobre a graduação na UFPE**. Recife: Ed. UFPE, 2019.
LIPSKY, Michael. **Street-level Bureaucracy**: Dilemmas of the individual in public service. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

MANCE, Euclides. **A Revolução das Redes**. A colaboração solidária como alternativa pós-capitalista. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Ofício Circular nº 015/2005/CGGP/SAA/SE/MEC 28 de novembro de 2005. Aos dirigentes de gestão de pessoas das IFES. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/canalcggp/oficios/oc01505.pdf. Acesso em: 5 mai. 2020

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental**, nº **34**. Brasília - DF. 2013.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS (FONAPRACE). **IV Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos Graduandos da IFES.** Brasília: FONAPRACE/ANDIFES, 10 out. 2016. Disponível em: http://201.57.207.35/fonaprace/wp-content/uploads/2016/08/DIAGRAMACAO-perfil2016.pdf Acesso em: 11 nov. 2019.

FONAPRACE. **V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES**. Brasília: FONAPRACE/ANDIFES, maio de 2019a. Uberlândia. RELATÓRIO EXECUTIVO. Disponível em: http://www.fonaprace.ufma.br/site/wp-content/uploads/2019/06/V-Pesquisa-do-Perfil-Socioecono%CC%82mico-dos-Estudantes-de-Graduac%CC%A7a%CC%83o-das-U.pdf. Acesso em: 11 nov. 2019.

FONAPRACE. **Revista Comemorativa 25 Anos**: histórias, memórias e múltiplos olhares. ANDIFES. UFU, PROEX: 2012.

FONAPRACE. Carta de Campina Grande. 15ª Reunião das Regionais Nordeste e Norte do FONAPRACE. Campina Grande: 2018.
Disponível em: http://www.fonaprace.andifes.org.br/site/index.php/documentos/ Acesso em 12 julho 2019.

FONAPRACE. Carta de Cruz das Almas. 17ª Reunião das Regionais Nordeste e Norte do FONAPRACE. Cruz das Almas: 2019b. Disponível em: http://www.fonaprace.andifes.org.br/site/index.php/documentos/ Acesso em 12 julho 2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDSTEIN, R.A., Barcellos, C., Magalhães, M.A.F.M., Gracie, R. & Viacava, F., (2013). A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1), 45-56.

GRANER, Karen Mendes and CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. **Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados.** *Ciênc.*

saúde coletiva [online]. 2019, vol.24, n.4, pp.1327-1346. Epub Mai, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.09692017. Acesso em: 10 set 2020.

GUATTARI, Felix. **As três ecologias**. 13. ed. Campinas, SP: Papirus, 1990.

GUIMARÃES, Jacicleide; LIMA, Déborah. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? Saúde debate 43 (122) 25 Nov 2019 Jul-Sep 2019 https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43n122/883-896/pt/ Acesso em 1 set 2020.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Como elaborar Modelo Lógico de Programa: um roteiro básico**. **Nota técnica n. 02.** Helder Ferreira, Martha Cassiolato, Roberto Gonzales. Brasília, 2007.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação**. **Nota técnica n. 06.** Martha Cassiolato Simone Gueresi. Brasília, 2010.

KOWALSKI, Aline. V. **Os (des)caminhos da política de assistência estudantil e o desafio na garantia de direitos**. 2012. 179 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre: 2012.

LAMBERT, Aline; MOREIRA, Larici; CASTRO, Regina. Estado da Arte sobre adoecimento do estudante universitário brasileiro. **REBES** - ISSN 2358-2391 - (Pombal – PB, Brasil), v.8, n.2, p.31-36, abr-jun, 2018. Disponível em: https://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/5987 Acesso em: 09 nov. 2019

LEÃO, Thiago; IANNI, Aurea Maria; GOTO, Carine. Individualização e sofrimento psíquico na Universidade: Entre a clínica e a empresa de si. **Humanidades & Inovação** , v. 6, n.9, p. 131-143, 2019a.
Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1250 Acesso em 25/out/2019.

LEÃO, Thiago; IANNI, Aurea Maria; GOTO, Carine. Sofrimento psíquico e a universidade em tempos de crise estrutural. **Revista Em Pauta**, n. 44, v. 17, p. 50-64, Rio de Janeiro: 2019b. Disponível em: https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/45212/30943. Acesso em: 25/out/2019

LORETO, Galdino. Uma Experiência de Assistência Psicológica e Psiquiátrica a Estudantes Universitários. 1985. Tese (Concurso de Professor Titular) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

LOTTA, Gabriela. **Burocracia e implementação de políticas de saúde**: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

LOTTA, Gabriela. S. **Implementação de Políticas Públicas**: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família. São Paulo: Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia

Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (Tese de doutorado). São Paulo: 2010.

LOTTA, G. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

LUCENA, Marcela Adriana da Silva. **Descredenciamento de hospital psiquiátrico do Sistema Único de Saúde (SUS):** engrenagens da operação. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, CCS. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

LUCENA, Marcela Adriana. Bezerra, Adriana. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. Ciência Saúde Coletiva. n.17. v 9. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900025. Acesso em 10 ago 2020

MACHADO, Ana Maria; BIANCHETTI, Lucídio. (Des)fetichização do produtivismo acadêmico: desafios para o trabalhador-pesquisador. **Revista de Administração de Empresas**, v. 51, n. 3, p. 244-254, 2011.

MINAYO, Maria Cecília. Técnicas de análise do material qualitativo. In.: MINAYO, Maria Cecília**. O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 303- 318.

MUNIZ, José Artur.; MACHADO, Francisco. O.; VIEIRA, Djuri Tafnes. **Assédio Moral na Universidade: um estudo de caso em Pernambuco**. VIII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração, 2011. Disponível em: https://silo.tips/queue/assedio-moral-na-universidade-um-estudo-de-caso-em-pernambuco-palavras-chave-vio?&queue_id=-1&v=1600547834&u=MTc3LjQyLjE3OS4yMzY= Acesso em: 11 set. 2020.

NASE UFPE. **Projeto do Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante** da Universidade Federal de Pernambuco. PROAES. Recife: fev. 2014.

OLIVEIRA, Simone; VARGAS, Melissa. A assistência estudantil como espaço privilegiado de educação para os direitos. In.: FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. (Org.). FONAPRACE - Revista Comemorativa 25 anos: histórias, memórias e múltiplos olhares. Minas Gerais: UFU – PROEX, 2012.

OLIVEIRA, Amanda; PEREIRA, Maristela; LIMA, Luana. Trabalho, produtivismo e adoecimento dos docentes nas universidades públicas brasileiras. 2017. **Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 21, Número 3, Setembro/Dezembro de 2017: 609-619.

PORTELA, Poema; FERES JÚNIOR, João; FREITAS. Raça, gênero e saúde mental nas universidades federais. **Boletim GEMAA**, n.8, IESP-UERJ. 2020.

RAEDER, Sávio. Ciclo de políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**. Belo Horizonte. n. 13. p. 121-146. jan/jun 2014.

RAMOS, Lila de Fátima de Carvalho. **A assistência ao estudante nas IFES em contexto brasileiro:** o programa Saudavelmente da Procom-UFG. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Serviço Social, 2012

RECIFE, Secretaria de Saúde. Diretoria Executiva de Vigilância à Saúde. Boletim Epidemiológico nº 04. **Situação Epidemiológica das violências autoprovocadas e suicídio em Recife, 2010 a 2019.** Agosto de 2020. Disponível em: https://cievsrecife.wordpress.com/ Acesso em: 2 set 2020

RODRIGUES, Cristiano. Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X. Disponível em: https://poligen.polignu.org/sites/poligen.polignu.org/files/feminismo%20negro2.pdf. Acesso em: 2 nov 2020

ROTELLI, Franco.; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In.: ROTELLI, Franco.; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** Organização de Fernanda Nicácio. 2ª.ed., São Paulo, HUCITEC, 2001.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos.** 2009. Disponível em: https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-gestao-de-politicas-publicas/processo-seletivo/SiteAssets/Paginas/default/RUA.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, v. 1, n. 6, p. 21-48, Jan. 1986.

SILVA, Sandro. **Democracia, políticas públicas e instituições de deliberação participativa: visões sobre a experiência brasileira.** Texto para Discussão nº 2358 Brasilia: IPEA, 2018.

SILVA e PINTO, Eduardo. Adoecimento e sofrimento de professores universitários: dimensões afetivas e ético-políticas. **Psicologia Teoria e Prática**. Vol. 17 nº 1. São Paulo: abr. 2015.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez., p. 20-45, 2006.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. **Relatório Final da IV CNSM-I**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010, 210 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Estatuto e Regimento Geral da**

Universidade Federal de Pernambuco – Republicação. 2019a Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/38962/1870976/bo67.pdf. Acesso em 10 ago 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Portaria Normativa nº 02** - Regulamenta a política de utilização do nome social para pessoas que se autodenominam travestis, transexuais, transgêneros e intersexuais. Recife: Fev. 2016. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/38974/791613/portaria_normativa_02_2016_nome_social.pdf / Acesso em: 30 abr 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Resolução nº15** – Política de Assistência Estudantil da UFPE. 2019b. Disponívelem:https://www.ufpe.br/documents/398575/2067825/Res+2019+15+CEPE+%28Pol%C3%ADtica+de+Assist%C3%AAncia+Estudantil+da+UFPE%29.pdf/aae0bc13-e6b0-4c75-8755-f83303beac64 Acesso: 09 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **UFPE em Números.** 2019c. Disponível em: https://www.ufpe.br/institucional/ufpe-em-numeros. Acesso: 09 jun. 2019.

TROVÃO, Ana Lúcia; VELOSO, Thelma Maria. Capítulo 8. Saúde Mental: um estudo sobre representações sociais na ESF de Boqueirão-Pb. In.: **Saúde mental**: saberes e fazeres. [Livro eletrônico]. Maria do Carmo Eulálio; Thelma Maria Grisi Velôso (org). Campina Grande: EDUEPB, 2016. Disponível em: www.uepb.edu.br/ebooks. Acesso em: 09 jul 2020

VIANA, Vanessa. **Proposta de Programa de Atenção Psicossocial para Estudantes da Universidade Federal Da Integração Latino-Americana - UNILA.** Dissertação (Mestrado). UFSC. Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Florianópolis - SC. 2016.

YIN, R. K. **Estudo de Caso:** Planejamento e Métodos. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

WEISZ, John; SANDLER, Irwin; DURLAK, Joseph; ANTON, Barry. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. **American Psychologist**, 60, 628-648. 2005.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM OS RESPONSÁVEIS/REPRESENTANTES DOS DISPOSITIVOS

Data: ____/____/____ Local:_____ Tempo de duração: _____
ID R_____ ID áudio _____
Dispositivo: _____

○ **I - Identificação pessoal, acadêmica e/ou profissional do entrevistado**

* Entrevistado (a): _____
* Idade: _____ Gênero: _____ Raça/cor: _____
* Formação: _____
* Vinculação Institucional: _____
* Tempo _____
* Atividade exercida / Tipo de ocupação no dispositivo: _____

Eixos Condutores da Entrevista[53]:

○ **II - Compreensão do conceito de saúde mental do estudante:**
1) Como o dispositivo compreende a saúde mental do estudante universitário?

○ **III - Compreensão do fenômeno sofrimento psíquico do estudante - causas e efeitos:**
2) Como o dispositivo compreende o sofrimento psíquico do estudante universitário?
3) Quais são as causas e efeitos associados ao fenômeno?

○ **IV – Surgimento e funcionamento do dispositivo e relação institucional com a universidade:**
4) Fale sobre o surgimento do dispositivo. Aborde o momento de surgimento, o contexto para isso, o processo associado e os atores envolvidos e as transformações ao longo do tempo e o momento atual;
5) Fale sobre a relação institucional do dispositivo com a universidade. Aborde a aspectos como espaço de funcionamento, financiamento, vinculação, autonomia

○ **V - Ações e atividades desenvolvidas**
6) Fale sobre as atividades desenvolvidas. Aborde aspectos como: público-alvo, público beneficiário, acesso, fluxos, demandas mais frequentes e articulação, resultados esperados e resultados alcançados.

[53] O roteiro serviu como um norteador para a entrevistadora. A ordem das perguntas pode ser modificada e os elementos abordados ser suprimidos ou inseridos a depender do andamento da entrevista, quando já abordados em outra resposta ou se não for abordado.

7) Como o serviço se enquadra na tipologia promoção, prevenção e intervenção em saúde mental?

- **VI - Relação com as Políticas de Assistência Estudantil e de Saúde Mental:**

8) Para a estruturação de seu funcionamento o dispositivo se ampara em alguma Políticas Públicas?
9) O dispositivo conhece e/ou considera as Políticas de Assistência Estudantil e de Saúde Mental nacionais e/ou locais?
10) Os pontos permanência, evasão, retenção, desempenho acadêmico, qualidade de vida e inclusão (AE) e articulação em rede, desinstitucionalização, território (SM) e controle social (ambos) são considerados no projeto e nas atividades do dispositivo?

- **VII - Desafios e proposições (avaliação).**

11) Quais são os desafios enfrentados pelo dispositivo na execução de suas atividades?
12) Quais as proposições do dispositivo para a atenção à saúde mental do estudante na UFPE?

APÊNDICE B – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Jucele Gomes de Sales, a desenvolver o seu projeto de pesquisa "**Saúde Mental do Estudante na UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde**", que está sob a orientação do Prof. Arthur Leandro Alves da Silva cujo objetivo é analisar os dispositivos institucionais em saúde mental desenvolvidos na UFPE para os estudantes, articulando-os com as políticas públicas relacionadas - o Programa Nacional de Assistência Estudantil e a Política Nacional de Saúde Mental, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos dados de base de dados de pesquisa para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em _____/ _____/ _____.

_____

Nome/assinatura e **carimbo** do responsável pela Instituição

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Jucele Gomes de Sales, o acesso aos arquivos/dados da pesquisa _____para serem utilizados na pesquisa: "Saúde Mental do Estudante na UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde", que está sob a orientação do Prof. Arthur Leandro Alves da Silva.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, ____/ ____/_____

_____

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **"Saúde Mental do Estudante na UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde"** que está sob a responsabilidade da pesquisadora Jucele Gomes de Sales, com endereço na Rua Engenheiro Vasconcelos Bittencourt, 45, apto 102. CEP 50740-180. Várzea, Recife-PE - Telefone: (81) 9 7913-7066 (inclusive ligações a cobrar), e-mail: juccypsicologia@hotmail.com, está sob a orientação de Arthur Leandro Alves da Silva Telefone: (81) 9 9926-8499, e-mail: arthur@tce.pe.gov.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

1. **Descrição da pesquisa**: Analisar os dispositivos institucionais em saúde mental desenvolvidos na UFPE para os estudantes, articulando-os com as políticas públicas relacionadas - o Programa Nacional de Assistência Estudantil e a Política Nacional de Saúde Mental. Serão realizadas entrevistas com os responsáveis/ representantes dos dispositivos. O conteúdo das entrevistas será gravado, e posteriormente, transcrito para análise. As entrevistas serão realizadas com agendamento prévio, em local reservado, de acordo com a disponibilidade dos participantes.
2. **Esclarecimento do período de participação do voluntário na pesquisa:** A entrevista deverá ocorrer em apenas um encontro, estima-se que a duração seja de cerca de 40 minutos, no entanto, o entrevistado poderá levar o tempo necessário para explorar livremente os conteúdos definidos no roteiro. Caso seja necessário, para o maior conforto do participante, a entrevista poderá acontecer em mais de um encontro.
3. **RISCOS diretos** para o voluntário: Visto que o presente estudo não é de caráter intervencionista, poderá causar apenas algum desconforto por se tratar de tema sensível (saúde mental) e no momento da gravação da entrevista, e para que isto não ocorra, a gravação será realizada em ambiente reservado e será reforçado o sigilo com a identificação do participante e uso do conteúdo apenas para fins da pesquisa.
4. **BENEFÍCIOS diretos e indiretos:** O benefício esperado será a contribuição para a maior compreensão da rede de saúde mental na UFPE, bem como construção de um produto virtual que beneficiará o acesso a informações sobre esta rede e a comunicação entre os dispositivos e para a melhoria da atenção institucional nesta área.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas) ficarão armazenados em pastas de arquivo e

computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

_____

(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "Saúde Mental do Estudante na UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde", como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____
Assinatura do participante: _____

Impressão digital (opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Saúde Mental do Estudante na UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde

Pesquisador responsável: Jucele Gomes de Sales

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: UFPE / Departamento de Ciência Política / Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas

Telefone para contato: (81) 9 7913-7066

E-mail: juccypsicologia@hotmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

· Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;

· Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;

· Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;

· Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

· Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, ... de ..... de 20..... .

_____

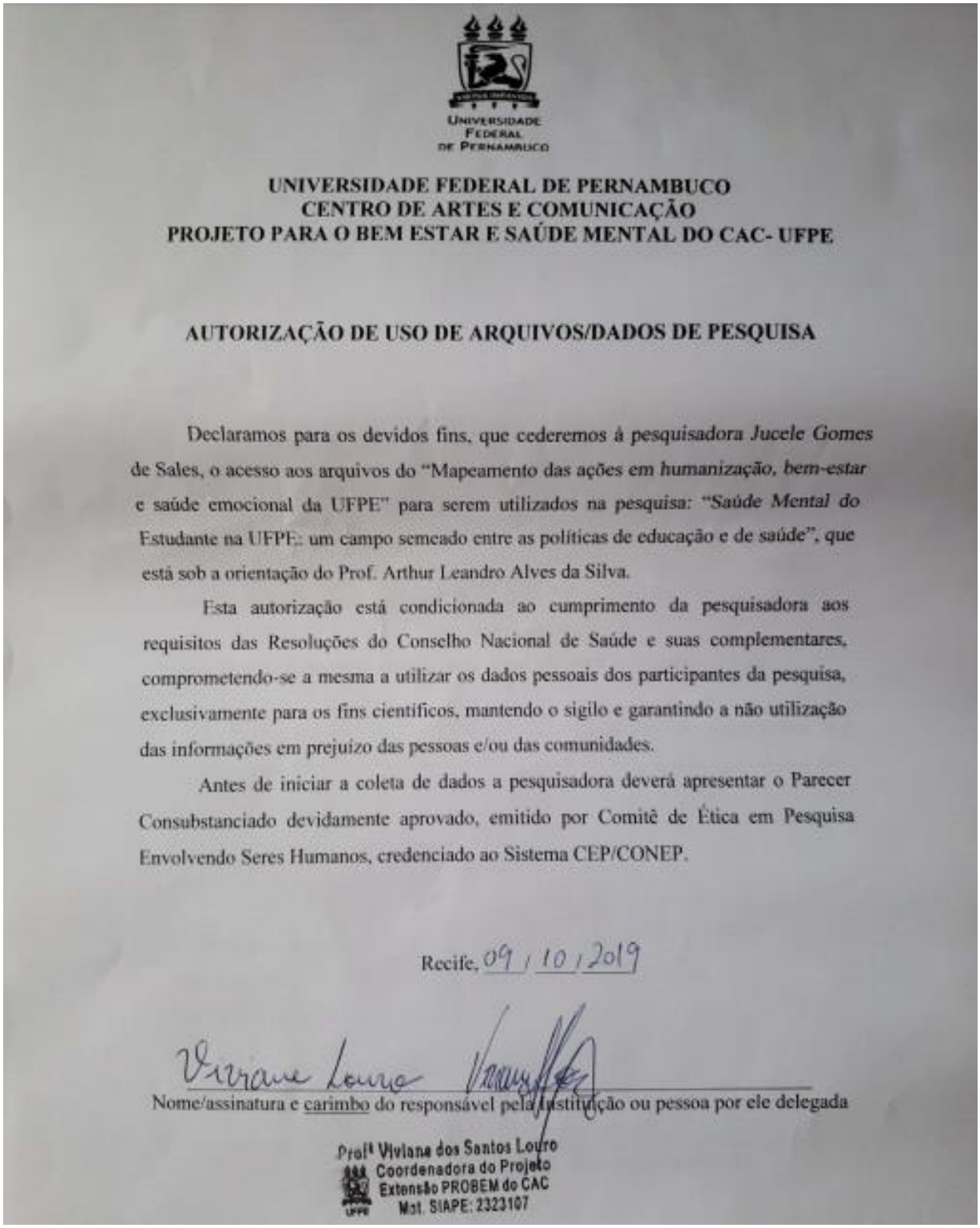
Assinatura Pesquisador Responsável

APÊNDICE F – AMOSTRAS DOS QUADROS COM MODELO LÓGICO DOS DISPOSITIVOS MAPEADOS

DISPOSITIVO	LOCAL	COMPOSIÇÃO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO	AÇÕES EM SAÚDE MENTAL	RESULTADOS ESPERADOS	CONTATOS	PANDEMIA
SPA - SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA **Vinculado ao Departamento de Psicologia no CFCH**	Rua Acadêmico Hélio Ramos s/n. Cidade Universitária	Professores Técnicos (Psicólogos, Assistentes sociais, Psiquiatra, em Assuntos Educacionais) Estudantes estagiários e bolsistas Equipe administrativo e de apoio	Ofertar acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico Ser espaço de práticas dos diversos atores nos vários âmbitos da saúde mental.	Estudantes da UFPE, comunidade acadêmica e população em geral.	→ Escutas clínicas e/ou acompanhamentos nas modalidades: plantão psicológico, psicoterapia, psiquiátrico, psicossocial. → Articulação e encaminhamentos para outros dispositivos da rede → Grupo psicossocial com mulheres abordando questões de gênero e violência. → Estágios e grupos de estudos nas diversas áreas. → Encontros Científicos e /ou psicoeducativos (debates, rodas de conversa, oficinas e cursos) com temáticas relacionadas à saúde mental → Projetos de pesquisa e extensão em temas diversos relacionados à saúde mental.	Minimização do sofrimento com oferta de reflexão sobre a demanda e constução de resolutividade. Compartilhamento de saberes e informações que instrumentalizem os interessados à respeito de temas relevantes para a saùde mental.	Fone: 2126.8731 E-mail: spa.psi@ufpe.br Instagram @spa_ufpe	Oferta de Escuta online para comunidade acadêmica pelas plataformas digitais Compartilhamento de informações por meio de material escrito ou vídeos, apresentados pela equipe ou convidados sobre saúde mental e temas relacionados, tais como: comunicação não-violenta, saúde mental na pandemia, ansiedade e crises, violência contra mulheres e crianças e adolescentes. Bem como dicas e sugestões de filmes, atividades para o período de quarentena.

DISPOSITIVO	LOCAL	COMPOSIÇÃO	OBJETIVO	PÚBLICO-ALVO	AÇÕES EM SAÚDE MENTAL	RESULTADOS ESPERADOS	CONTATOS	PANDEMIA
GRUPO DE TRABALHO SOBRE SAÚDE MENTAL DA FACULDADE DE DIREITO DO RECIFE	Instalações da Faculdade de Direito do Recife – FDR	Professores, técnicos em educação e estudantes da FDR.	Construção de arcabouço jurídico sobre a inclusão dos casos de saúde mental no Regime Especial a partir de portaria e resolução específica. Articular intersetorialmente propostas de acolhimento e cuidados específicos para a saúde mental da comunidade acadêmica.	Discentes do Centro de Ciências Jurídicas, demais estudantes da UFPE.	→ Reuniões para discutir Projeto de Portaria da FDR que vai disciplinar o Regime Especial para pessoas com necessidades em Saúde Mental. → Articulações com diversos setores envolvidos com a área de saúde mental: NASE, CE, Dpto de Psicologia, DADSF, DAPSI, Escolaridade e coordenação do CCJ. → Estudo sobre pedidos de regime especial analisando as questões de saúde mental e seus recortes.	Estabelecimento de subsídios jurídicos que contribuam para a formulação de uma Política Institucional na área de atenção à saúde mental na UFPE Construção de ambiente mais inclusivo, mais respeitoso e compreensivo com os discentes com agravos em saúde mental. Minimizar os efeitos adoecedores da academia nos participantes. Mudança de cultura na FDR		Atividades suspensas até metade junho.
ESPAÇO SOBRE SAÚDE MENTAL NA ACADEMIA **DIRETÓRIO ACADÊMICO DE DIREITO Demócrito de Sousa Filho** **Gestão Rebuliço**	Instalações da Faculdade de Direito do Recife – FDR	Estudantes vinculados ao DA, profissionais da área convidados e DAPSI	Proporcionar acolhimento e estimular o autocuidado Identificar os pontos da dinâmica da FDR que contribuem para o sofrimento dos estudantes.	Discentes do Centro de Ciências Jurídicas	→ Rodas de conversas e vivências sobre sofrimento e saúde mental com temas diversos relacionados (racismo, homofobia, bullying)		Rede Social: @dadsfdireito @movimentorebulico Site: rebulicochapa.wixsite.com	Espaços de Promoção de Cuidado e Elaboração de Estratégias em Tempos de Quarentena. DADSF e psicóloga parceira → Encontros virtuais coletivos em plataforma digital (Hangout) para compartilhamento de emoções e vivências e construção conjunta de caminhos de autocuidado no tempo de isolamento social. → Compartilhamento nas redes de outras ações em saúde mental para a comunidade acadêmica

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DA PESQUISA DO PROJETO PARA O BEM-ESTAR E SAÚDE MENTAL (PROBEM) DO CAC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROJETO PARA O BEM ESTAR E SAÚDE MENTAL DO CAC- UFPE

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora *Jucele Gomes* de Sales, o acesso aos arquivos do "Mapeamento das ações em humanização, bem-estar e saúde emocional da UFPE" para serem utilizados na pesquisa: "*Saúde Mental do* Estudante na UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde", que está sob a orientação do Prof. Arthur Leandro Alves da Silva.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

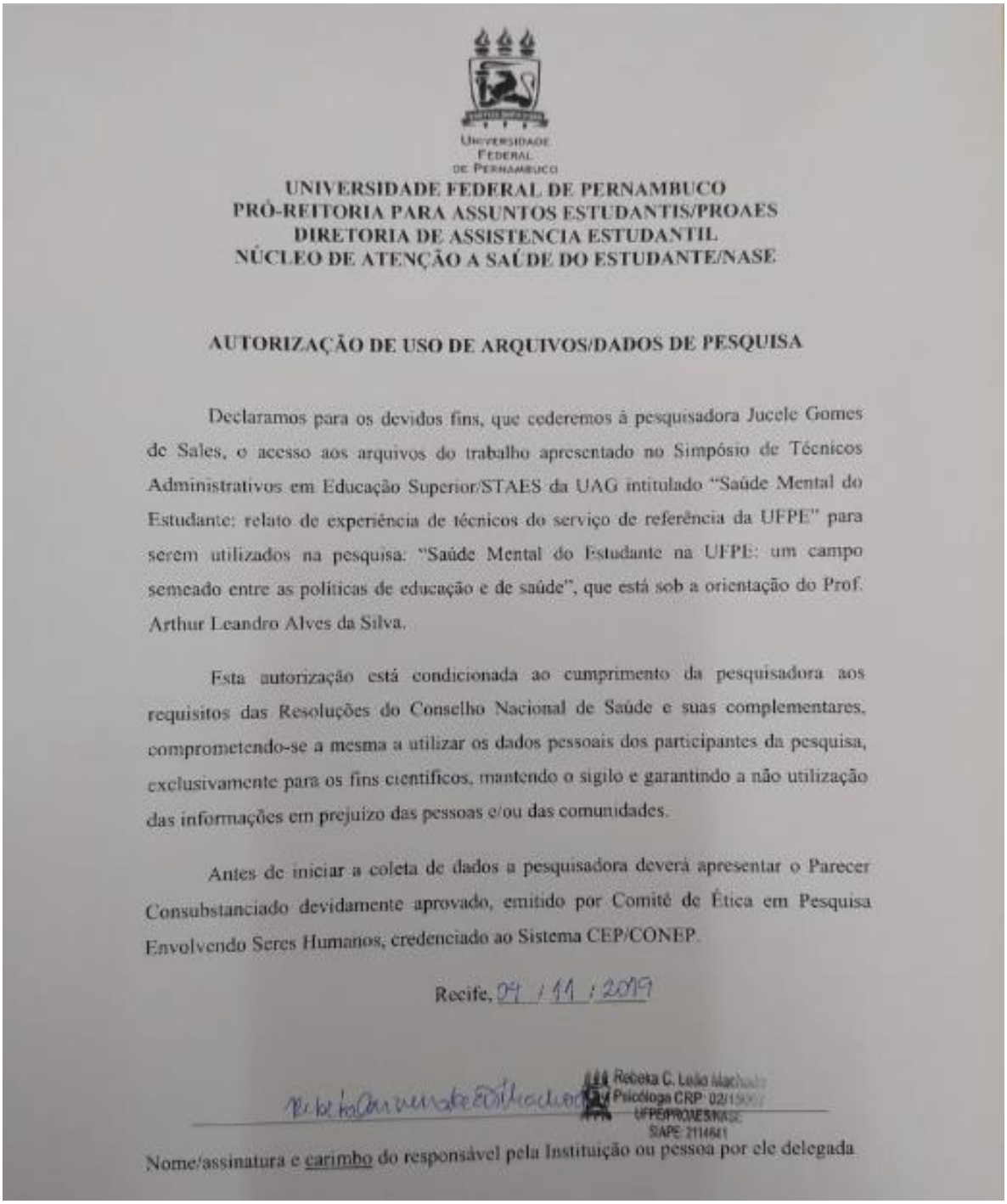
Recife, 09 / 10 / 2019

Viviane Louro

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela instituição ou pessoa por ele delegada

Profª Viviana dos Santos Louro
Coordenadora do Projeto
Extensão PROBEM do CAC
Mat. SIAPE: 2323107

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS DO TRABALHO APRESENTADO PELA EQUIPE DE PSICOLOGIA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ESTUDANTE DA UFPE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS ESTUDANTIS/PROAES
DIRETORIA DE ASSISTENCIA ESTUDANTIL
NÚCLEO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO ESTUDANTE/NASE

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Jucele Gomes de Sales, o acesso aos arquivos do trabalho apresentado no Simpósio de Técnicos Administrativos em Educação Superior/STAES da UAG intitulado "Saúde Mental do Estudante: relato de experiência de técnicos do serviço de referência da UFPE" para serem utilizados na pesquisa: "Saúde Mental do Estudante na UFPE: um campo semeado entre as políticas de educação e de saúde", que está sob a orientação do Prof. Arthur Leandro Alves da Silva.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 04 / 11 / 2019

Rebeka C. Leão Machado
Psicóloga CRP: 02/19[illegible]
UFPE/PROAES/NASE
SIAPE 2114681

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

ANEXO C – COMPROVANTE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFPE

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - CAMPUS RECIFE - UFPE/RECIFE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE NA UFPE: UM CAMPO SEMEADO ENTRE AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE

Pesquisador: JUCELE GOMES DE SALES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23557219.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.759.974

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado "SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE NA UFPE: UM CAMPO SEMEADO ENTRE AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE", sob a responsabilidade da pesquisadora JUCELE GOMES DE SALES, mestranda do Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, tendo como professor orientador Arthur Leandro A da Silva.

Pesquisa qualitativa, descritiva exploratória do tipo estudo de caso que pretende mapear os dispositivos institucionais da UFPE direcionados para a saúde mental do estudante e verificar se os mesmos estão em consonância com as bases legais nacionais e locais sobre assistência estudantil e sobre saúde mental. A pesquisa tomará como caso a Universidade Federal de Pernambuco, campus Recife.

Será realizado (1) um mapeamento dos dispositivos institucionais em saúde mental voltados para estudantes da UFPE através das páginas virtuais, documentos da PROAES, PROEXC, PROACAD, PROPESQ e PROGEPE e levantamento de informações de material de dominio publico de ações e campanhas área de saúde mental realizadas na UFPE.

(2) Análise documental a partir da "consulta de documentos legais e regimentais dos dispositivos e das políticas educacionais e de saúde serão acessados por meio de páginas virtuais das instâncias envolvidas (Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Pró-reitorias, Departamentos)" e

documentos das pro-reitorias indicadas acima; e (3) entrevistas com responsáveis ou representantes dos dispositivos encontrados. O levantamento inicial identificou cerca de 18 dispositivos.
Critério de inclusão - Ser a pessoa responsável (ou um representante por este indicado) dos dispositivos institucionais da UFPE direcionados à saúde mental do estudante. Ser maior de 18 anos. Os dispositivos serem desenvolvidos no campus Recife.
Critérios de exclusão - Representantes que se recusarem a participar ou que estiverem ausentes no período da pesquisa. Dispositivo que não tenha como especificação de público-alvo os estudantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Compreender os dispositivos institucionais em saúde mental desenvolvidos pela UFPE para os estudantes e seus desafios na atualidade.

Objetivos Específicos:

• Mapear os dispositivos institucionais em saúde mental desenvolvidas pela UFPE para os estudantes;

• Analisar os dispositivos institucionais em saúde mental à luz das diretrizes da Política Nacional de Assistência Estudantil e dos GTs de saúde mental do FONAPRACE;

• Desenvolver um produto virtual (aplicativo ou site) com a compilação dos dados da pesquisa sobre o mapeamento, como meio para articulação da rede e compartilhamento de informações sobre saúde mental do estudante para ser acessado e alimentado por toda a comunidade acadêmica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios delineados nas versões do projeto, bem como no TCLE.

"Riscos: Aos responsáveis pelos dispositivos poderão sentir-se constrangidos ao falar de suas opiniões e percepções sobre saúde mental por ser considerando ser tema sensível. O uso do recurso da gravação também poderá causar algum desconforto Entretanto, no sentido de minimizar estes riscos, a entrevista acontecerá em local reservado e será informado a garantia do uso do material apenas para fins da pesquisa e o sigilo nas identificações.

Benefícios: Todos os participantes serão informados dos objetivos do estudo e de sua importante colaboração para a construção de um produto virtual que beneficiará o acesso a informações sobre a rede de saúde mental da UFPE e comunicação entre os dispositivos e para a melhoria da atenção

institucional nesta área e consequentemente a assistência prestada ao estudante."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante que atende aos requisitos de pesquisa com seres humanos e pode contribuir com politicas e ações de cuidado, prevenção e assistência as demandas relacionadas a saúde mental dos estudantes da UFPE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1.FOLHA DE ROSTO – anexada
2.CARTAS DE ANUÊNCIA – anexadas 5 versões referentes a PROGEPE, PROAES, PROPESQ, PROEXC e PROACAD
3.TCLE – anexado
4.CURRÍCULO LATTES do pesquisador – anexado
5.CURRÍCULO LATTES do orientador – anexado
6.PROJETO DETALHADO (conforme as normas da ABNT) - anexado
7. PDF DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO - anexado
8.TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE – anexado
9.DECLARAÇÃO DE VÍNCULO – anexado
10.DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS – anexado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo

Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1451044.pdf	05/12/2019 23:38:29		Aceito
Outros	cartaderespostaaspendenciasjucelesales.doc	05/12/2019 23:37:11	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadojucelecorrecaopendencias.doc	05/12/2019 23:35:21	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	cartaanuenciaproacadassinada.pdf	05/12/2019 12:26:13	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadojucele.docx	16/10/2019 10:30:12	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	cartaanuenciaproexcassinada.pdf	14/10/2019 15:17:01	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	curriculojucelesales.PDF	13/10/2019 18:50:25	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	11/10/2019 12:28:28	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18concluido.docx	11/10/2019 09:48:53	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	curriculolattesorientador.pdf	10/10/2019 13:42:20	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	declaracaodevinculo.pdf	10/10/2019 12:17:59	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadeassinado.pdf	10/10/2019 12:17:05	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

Outros	autorizacaodadosprobemassinado.pdf	10/10/2019 12:16:03	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	cartaanuenciapropesqassinada.pdf	10/10/2019 12:14:41	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	cartaanuenciadadosproaesassinado.pdf	10/10/2019 12:14:01	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito
Outros	cartaanuenciacomdadosprogepeassinado.pdf	10/10/2019 12:13:14	JUCELE GOMES DE SALES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 11 de Dezembro de 2019

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

ANEXO D – FOLDER DE DIVULGAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

HUMANIZAR O ACOLHIMENTO

A violência contra as mulheres é uma grave violação dos direitos humanos. Ela pode ter consequências físicas, psicológicas e sociais para mulheres e meninas, incluindo a morte. Ela nega a vivência plena de direitos arduamente conquistados e afeta a participação feminina na sociedade. As consequências negativas não são apenas para as vítimas, mas também para suas famílias, para a comunidade e para o país em geral.

A UFPE não está livre da violência de gênero. Por isso, resolvemos lançar esta campanha. Procuramos ouvir o maior número possível de mulheres e instituições que buscam lutar contra esse tipo de violência, a agressão sexual e outras formas de violência. Participaram da formulação da campanha o grupo **"A Universidade é Pública, meu corpo não"**, docentes, psicólogos e assistentes sociais do **NASE-UFPE** (Núcleo de Atenção à Saúde do Estudante), sob a coordenação da Pró-reitoria de Assuntos Estudantis - **PROAES.**

O mais importante é que não estamos apenas alertando para a questão da violência de gênero, mas divulgando um conjunto de orientações que foram definidas institucionalmente e envolvem a Segurança Institucional, o NASE, a Ouvidoria e a PROAES. Todas estas unidades estão na linha de frente do combate à violência contra mulheres.

Protocolo de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência na Universidade Federal de Pernambuco.

O principal objetivo do Protocolo é acolher, acompanhar e encaminhar estudantes mulheres da Universidade Federal de Pernambuco vítimas de violência à rede socioassistencial e jurídica. Esse modelo prega que acolhimento humanizado é um conjunto de medidas, posturas e atitudes éticas que garantam credibilidade e consideração à situação de violência.

CASO 01: Violência física ocorrida nos campi da UFPE.

Quando ocorrer violência física nos campi da UFPE, a segurança institucional, SSI, deverá ser acionada através do telefone **2126.8062.** A SSI acompanhará a vítima a um dos serviços de referência (Serviço de Apoio à Mulher Vilma Lessa, Hospital Agamenon Magalhães ou Hospital da Mulher).

A SSI informará a equipe do NASE para posterior acompanhamento biopsicossocial da vítima.

Observação: não é necessário boletim de ocorrência para acessar esses serviços.

Importante: No caso de mulheres não estudantes que forem vítimas de violência dentro do campus, a SSI também realizará o seu encaminhamento aos serviços de referência.

CASO 02: Violência física ou sexual ocorrida a estudante da UFPE fora dos campi.

A recomendação é que a vítima seja encaminhada diretamente ao serviços de referência (Serviço de Apoio à Mulher Vilma Lessa, Hospital Agamenon Magalhães ou Hospital da Mulher) Após o atendimento, a vítima deve procurar o NASE pelos telefones **2126.8486** ou **2126.8439.**

CASO 03: Atendimento sem encaminhamento à rede.

Estudantes vítimas de violência física, psicológica ou sexual poderão, através de demanda espontânea, ter acesso ao NASE, sem a necessidade de encaminhamento da rede.

EM TODOS OS CASOS: Denuncie na Ouvidoria.

Estudantes vítimas de assédio serão orientadas pela equipe do NASE a realizar denúncia na Ouvidoria da UFPE, através do telefone **2126.8195** ou pelo e-mail **ouvidoriageral@ufpe.br.**

COMO FUNCIONA O ATENDIMENTO NO NASE?

ACOLHIMENTO/ TRIAGEM (Enfermagem/Serviço Social):
1-Acolhimento/escuta qualificada;
2-Encaminhamento aos outros profissionais do NASE;
3-Encaminhamento a hospitais, Delegacias, Ministério Público, CRAS, CREAS, NASF, Defensoria Pública etc.;
4-Será realizada notificação compulsória nos casos de violência contra a mulher, conforme a Lei 10.788, de 2003;
5-Será realizada notificação compulsória, encaminhada ao Conselho Tutelar, caso seja adolescente, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e Adolescente.

ACOMPANHAMENTO:
1-Médico/psiquiatrico;
2-Nutricional;
3-Psicológico.

ENDEREÇOS IMPORTANTES:

NASE:
Telefones: 2071.8486 ou 2071.8430
Endereço: Rua Acadêmico Hélio Ramos, S/R, Várzea, Recife/PE
Serviço de Segurança Institucional:
Telefone: 2126.8062
Ouvidoria Geral:
Telefone: 2126.8195
E-mail: ouvidoriageral@ufpe.br