

Universidade, solidão e saúde mental

Dr. Ernesto Venturini

Psiquiatria Democrática italiana Psiquiatra e ex Diretor do Departamento de Saúde Mental de Imola

Dra. Maria Stella Brandão Goulart

Professora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

94

Resumo

Este ensaio aborda o tema da solidão como risco à saúde mental no âmbito das relações e processos universitários, parte do tema “Por uma vida menos solitária”, que orientou a realização da IV Semana de Saúde Mental e Inclusão Social da Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, promovida pela sua Rede de Saúde Mental. Nele, são indicados riscos e vulnerabilidades no campo da saúde mental aplicados à vida acadêmica e suas possíveis vias de saída. Para tanto, discute-se o significado do sofrimento e a necessidade de desvelamento dos processos que produzem exclusão na vida universitária, em busca de um projeto de saúde mental acolhedor e inclusivo. Nessa direção, são enfatizadas as estratégias que permitem o protagonismo dos sujeitos com experiência de sofrimento mental.

Palavras chave: Saúde Mental. Universidade. Inclusão.

Introdução

As reflexões que ora compartilhamos se desenvolveram a partir de um conjunto de iniciativas universitárias. Aqui se destaca a realização da IV Semana de Saúde Mental e Inclusão Social, que foi organizada pela Rede de Saúde Mental da UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais), em maio de 2016. O tema desse evento - "Por uma vida menos solitária" - se desenvolveu a partir do forte impacto gerado por corajosos testemunhos de estudantes com experiências de sofrimento mental. Por ocasião de uma roda de conversas realizada em ano anterior, no contexto da III Semana de Saúde Mental e Inclusão Social, essas pessoas expressaram publicamente o mal-estar vivido ao longo da experiência de formação, configurando-a, surpreendentemente, como uma

situação de intensa solidão. Associou-se a esses depoimentos a informação, então compartilhada, de que um grande número de servidores, técnicos administrativos e professores se afastavam de suas atividades devido a problemas psicológicos. Naquela ocasião, em maio de 2015, os participantes dessas atividades tornaram-se profundamente conscientes do quanto é relevante a questão da saúde mental na universidade e da necessidade de construção de respostas.

Efetivamente, a consulta à literatura científica indicou que os problemas relativos à saúde mental são bastante comuns dentro das universidades, ocorrendo em diversos países do mundo. As pesquisas internacionais que focavam, por exemplo, distúrbios dos estudantes universitários, apontaram a alta prevalência de transtornos mentais (Segal, 1966; Roberts *et al.*, 2001). Destacou-se geralmente a predominância dos transtornos depressivos (Rimmer *et al.*, 1982) e a maior prevalência destes entre as estudantes do gênero feminino, que apresentavam queixas de sofrimento mental mais frequentes, assim como sinalizavam maiores dificuldades psicossociais (Neves; Dalgalarrodo, 2007). Identificou-se também que os transtornos mentais têm maior chance de surgir, pela primeira vez, principalmente no período universitário (Cerchiari, 2004; Mowbray *et al.*, 2006), sendo documentada uma maior taxa de sofrimento mental entre estudantes universitários, se comparados com outros jovens da mesma idade (Adlaf, 2001). Foi, inclusive, formulada a hipótese de que uma das causas dos transtornos pode ser atribuída ao afastamento dos estudantes do círculo mais estreito de relacionamentos familiares e sociais (Fernandes e Rodrigues, 1993; Cechiari, 2004).

No Brasil, já em 1958, foi realizado o primeiro estudo sobre a saúde mental em estudantes universitários (Loreto, 1958; Loreto, 1972). Também os estudos brasileiros confirmaram a prevalência de um relevante "sofrimento psíquico" (Giglio, 1976; Ribeiro, 2014) e a importância de uma convivência com os pais para promover a saúde mental dos jovens (Cerchiari, 2004; Facundes; Ludermir, 2005).

Naturalmente, permanece em aberto o problema da interpretação desses dados. Por exemplo, as diferentes taxas (incidência) de distúrbios mentais entre estudantes universitários e os jovens não universitários poderiam ser entendidas como valores absolutos? Não poderiam ser atribuídas, talvez, a diferenças de

concepções acerca do mal-estar psicológico, ou, ainda, variar em função de parâmetros sociais e culturais dos dois grupos envolvidos? Além disso, o que significa uma maior incidência de sofrimento mental entre estudantes universitários que estão afastados de suas famílias e relações sociais habituais? Podemos supor que a autonomia dos jovens esteja associada a uma maior probabilidade de adoecimento? Ou esse sofrimento, inerente a um processo de crescimento pessoal, estaria sendo objeto de psicopatologização?

Os dados impõem, sem dúvida alguma, aos gestores da universidade, a exigência de intervir sobre um evidente mal-estar, pensando especialmente nos estudantes de início dos cursos e que estão afastados de suas casas, através de uma resposta de acolhimento responsável que esteja atento às necessidades específicas desses jovens.

Essas reflexões mostram, mais uma vez, a necessidade de aprofundar os aspectos teóricos do problema, e também contribuir praticamente para a saúde mental, individual e coletiva, da comunidade acadêmica, que envolve não somente estudantes, mas uma considerável multiplicidade de sujeitos. A decisão da Rede de Saúde Mental da UFMG de escolher a “solidão” como tema principal da IV Semana de Saúde Mental, foi tomada exatamente nessa direção. Não se trata, aqui, de uma solidão que seja o resultado de uma livre escolha da pessoa; indica-se, ao invés disso, aquele tipo de sofrimento que é gerado por um processo de exclusão social ou por uma significativa desvantagem socioeconômica. Por essa razão, parece adequado falar, primeiro, do peso que tais processos desempenham na saúde mental, de forma ampla.

Situação socioeconômica, exclusão social e psicopatologias

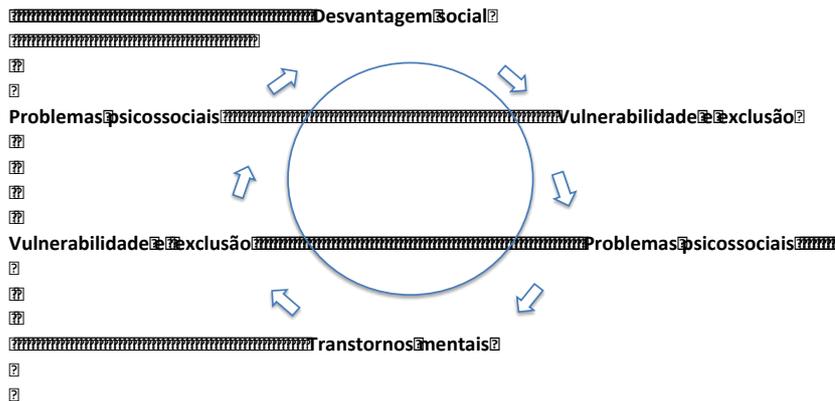
A experiência diária evidencia que há uma dinâmica que vincula a ocorrência de psicopatologias e de sofrimento mental com as condições de desvantagem socioeconômica e de exclusão social.

No entanto, é claro que existem casos de adoecimento independentes dessas condições. Esses casos, porém, não contradizem a afirmação inicial, que conserva um valor estatístico majoritário. O peso da desvantagem econômica e da exclusão social foi examinado e confirmado na literatura científica. Um dos estudos mais interessantes sobre esse tema é o que está representado pelo

“esquema de circularidade”, que se determina entre os transtornos mentais e a marginalização, retratado pela seguinte representação:

Figura 1.1

Esquema de Circularidade entre Doença e Marginalização



Da Dohrenwend B.P. et al. (1992)

A desvantagem social provoca vulnerabilidade e exclusão. Essas condições podem levar ao surgimento de problemas psicossociais, que favorecem o aparecimento de perturbações. Os transtornos mentais, por sua vez, causam vulnerabilidade e exclusão, e essas condições conduzem, inevitavelmente, ao aparecimento de problemas psicossociais, até reforçarem a desvantagem social inicial.

Contudo, há quem interprete de forma diferente essa dinâmica: as perdas sociais seriam simplesmente a consequência da doença e não a sua causa. O ponto de partida da circularidade não seria colocado no alto, como causa (*social causation*), mas na parte inferior do esquema e seria representado pelo transtorno mental (*social selection*). Para os fins dessa discussão, no entanto, é bom ficar longe das controvérsias que acompanham o tema da etiologia do transtorno mental, também porque sobre essa questão há falsas certezas. Muito pragmaticamente, podemos destacar o valor desse esquema, além de qualquer interpretação das causas de uma suposta psicopatologia. Resta indiscutível a importância de uma intervenção, que aja contra os efeitos da marginalização, sem excluir o valor de qualquer outra intervenção médica e psicológica.

Da mesma forma, é bastante intuitivo acreditar que há situações que favorecem o aparecimento do sofrimento mental e outras que, por outro lado, dificultam. Fala-se de fatores adversos, no primeiro caso, e de fatores de proteção, no segundo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, esses fatores afetam características individuais, circunstâncias sociais e fatores ambientais (figura 2).

Figura 2

**Os riscos para a saúde mental.
Uma visão geral das vulnerabilidades e dos fatores de risco**

	Fatores adversos	Fatores de proteção
Características individuais	baixa autoestima, imaturidade cognitiva/emocional, dificuldades de comunicação, doenças somáticas	autoestima, capacidade de resolver problemas e lidar com as adversidades, habilidades de comunicação, saúde física
Circunstâncias sociais	solidão, luto, negligência, conflito familiar, exposição à violência e abuso, pobreza, insucesso escolar, estresse no trabalho, desemprego	apoio social e familiar, experiência familiar positiva, sensação de segurança, segurança econômica, sucesso escolar, realização no trabalho
Fatores ambientais	falta de serviços básicos, injustiça e discriminação, desigualdade de gênero, desigualdades sociais, desastres e guerras	acesso a serviços básicos, justiça social, tolerância, integração, igualdade de gênero, equidade social, segurança física

World Health Organization (2012)

Na categoria das características individuais, os fatores adversos são representados por baixa autoestima, imaturidade cognitiva/emocional, dificuldades de comunicação e doenças somáticas. Entre aqueles fatores de proteção, tornam-se evidentes a autoestima, a capacidade de resolver problemas e lidar com a adversidade, as habilidades de comunicação e a saúde física.

Entre os fatores adversos nas circunstâncias sociais, encontramos solidão, luto, negligência, conflito familiar, exposição à violência e abuso, insucesso escolar, pobreza, estresse no trabalho e desemprego. Já os fatores de proteção são apoio social e familiar, experiência familiar positiva, sensação de segurança, sucesso escolar, segurança econômica, realização no trabalho.

Entre os fatores adversos, entendidos como fatores ambientais, há falta de serviços básicos, injustiça e discriminação, desigualdade de gênero, desigualdades sociais, desastres e guerras. Os fatores de proteção correspondentes são o acesso aos serviços básicos, à justiça social, à tolerância, à integração, à igualdade de gênero, à equidade social e à segurança física.

Falando de fatores de risco, é preciso esclarecer que eles não levam, automaticamente, a um sofrimento mental. Há muitas outras razões, complexas, que deveriam ser consideradas nesses casos. E, de fato, ao referir-se à etiologia dos transtornos mentais, falamos, de forma genérica, de uma gênese biopsicossocial. A amplitude e a indeterminação desse paradigma confirmam o que foi afirmado anteriormente: basicamente, sabemos ainda muito pouco sobre o que foi convencionado como “doença mental” e sobre as variáveis responsáveis pelo aparecimento e desenvolvimento de psicopatologias. Contudo, agir sobre os fatores de risco constitui uma possibilidade importante de prevenção e, muitas vezes, de melhoria real de um transtorno já manifesto.

De acordo com a figura acima, a solidão é um fator adverso para a saúde mental das pessoas. Seu efeito negativo é atribuído, basicamente, ao peso desempenhado pelas circunstâncias sociais na vida do indivíduo. Desenvolveremos o tema acerca da solidão, limitando a análise a alguns fatores presentes nessa tabela anterior e destacando outros aspectos que não aparecem nela. A esse respeito, deve-se notar que os fatores de risco, relatados na figura 2, não são os únicos possíveis. São apenas os mais frequentes, estatisticamente. De fato, há uma considerável quantidade de fatores de proteção e fatores adversos; a escolha feita dentre eles está ligada, substancialmente, aos contextos com os quais nos deparamos.

Vamos usar uma outra figura (Figura 3) para deixar mais claras as nossas considerações.

Figura 3

Solidão, recuperação e saúde mental

	Fatores adversos	Fatores de proteção
Características individuais		Recuperação (Personal Recovery)
Circunstâncias sociais	Solidão	Autoajuda
Fatores ambientais	Universidade excludente / solitária	Universidade inclusiva / solidária

A solidão é aqui colocada como um fator de risco para a saúde mental. O risco aumenta quando o contexto de vida da pessoa, potencialmente exposta a problemas de saúde mental, é excludente ou indisponível para a solidariedade. Em nosso caso, esse ambiente pode ser, logicamente, identificado como o espaço da universidade. Entre os fatores que contrastam a solidão, identificamos a “recuperação”, como um elemento que o indivíduo pode *descobrir* e valorizar. A situação de autoajuda pode ser uma valiosa ferramenta social, e também procuramos destacar a importância de um ambiente (a universidade, no nosso caso) inclusivo e solidário. Esquemáticamente, partimos do pressuposto de uma universidade em sofrimento e excludente como fator adverso e de uma universidade acolhedora e inclusiva, como fator de proteção.

A universidade: entre adversidade e proteção

Primeiro gostaríamos de chamar a atenção para o papel da universidade, que pode se tornar fator adverso ou de proteção para a saúde mental dos seus membros.

Na sua proposta educacional, a universidade se apresenta como um conjunto de "possibilidades e obstáculos" para os estudantes, determinados a obter um resultado positivo. Se são respeitados os critérios de uma "frustração positiva", a superação dos obstáculos pode se tornar um fator de crescimento.

Mas quando isso não acontece, ocorre o fenômeno do “fracasso escolar” com possíveis repercussões sobre o sentimento de autoestima dos estudantes.

Além disso, como qualquer outro ambiente de trabalho, a universidade pode influenciar também a saúde mental de seus trabalhadores – professores, técnico-administrativos e funcionários. Suas razões podem estar especificamente no seu sistema institucional ou podem resultar de causas externas à sua organização. Não devemos esquecer que a universidade, de fato, é inserida no contexto societário. E, hoje, na sociedade brasileira, parece dominar a incerteza e o individualismo (Venturini; Goulart, 2016).

Ecoando o padrão de fatores adversos ou de proteção, podemos esquematizar o que significa, a nosso ver, uma universidade excludente e solitária (em sofrimento), em contraste com uma universidade acolhedora e inclusiva.

Para expressar isso, apresentamos, livremente, uma lista dupla de propriedades e prerrogativas da universidade, referindo-nos aos fatores que são mais frequentemente identificados como positivos ou negativos. Escolhemos essas características de acordo com um critério puramente subjetivo, baseado na nossa experiência.

A universidade está em sofrimento e produz exclusão (figura 4) em presença de:

Figura 4

Universidade Excludente/Solitária

Ocorrência de:
1. espírito competitivo dominante;
2. tendência seletiva, como resultado de uma ideologia meritocrática;
3. significativo desconforto dos estudantes, evidenciado pela baixa participação, desatenção;
4. elevada evasão universitária (não realização ou falseamento das tarefas e estudos, <i>drop out</i>);
5. incapacidade geral de análise autocrítica ou obstáculo à sua manifestação;
6. pressão excessiva que visa apenas a um aumento quantitativo na produção científica;
7. desatenção aos problemas frustrantes e estressantes aos quais são submetidos professores, funcionários, estudantes;
8. "ausência de envolvimento" dos funcionários nas escolhas políticas e organizacionais da universidade;
9. incentivo exclusivo de aprendizagem individual, em detrimento da coletiva e da social;
10. incapacidade de reconhecer as situações de risco potencial (<i>sensation-seeking</i> e <i>risk-taking</i>).

Mas, acima de tudo, a universidade é excludente quando ela se coloca como insensível aos problemas sociais, de renovação cultural e de transformação dos costumes (encastelada, como na famosa metáfora da torre de marfim do conhecimento elitista).

Porém, a universidade seria, por outro lado, acolhedora e inclusiva se a atitude se transformasse na direção que indicamos abaixo (figura 5):

Figura 5

Universidade Acolhedora/Inclusiva

Ocorre quando:
1. existe um clima humanamente estimulante e motivador, no qual os estudantes encontram oportunidades de formação, e que lhes permite construir ativamente suas identidades;
2. há riqueza de opções, sociais, culturais, de lazer, que melhoram o horizonte humano e a autoestima do estudante;
3. é promovida a formação de professores com competência relacional, em gestão educacional e de grupo, com vista à formação ao longo da vida (<i>lifelong learning</i>);
4. existe atenção para o papel da vida emocional e para a qualidade das relações humanas;
5. as relações humanas não são desenvolvidas estritamente para a comunicação de conhecimentos, mas também para sua produção;
6. é promovida a participação, constante e ativa, dos <i>stakeholders</i> internos e externos à organização universitária;
7. é desencadeada uma ética que opera em sintonia com princípios coletivistas;
8. há atenção para a compreensão das situações de distúrbios psicológicos e para implementar ações de proteção;
9. estimula-se um <i>fortalecimento</i> da comunidade universitária, essencial para gerar a solidariedade.

A lista das propriedades da universidade inclusiva poderia ser muito longa, mas seria interessante fixar a atenção apenas naquilo que poderia ser a prioridade essencial: a necessidade de abrir, o máximo possível, a universidade para a sociedade; abri-la aos problemas, tensões, conhecimentos tumultuosos da sociedade, atualizando seus conhecimentos, mas também acolhendo as novidades, as inovações. Afinal, o quê e o quanto o mundo acadêmico tem entendido acerca de mudanças cruciais para a democracia brasileira, como a sustentação da reforma sanitária e a da saúde mental? O conhecimento prático, que foi acumulado ao longo dos anos, a partir de excelentes iniciativas sócio-sanitárias (programas e ações), como as que ocorreram em Belo Horizonte, encontrou sua adequada e suficiente sistematização nos currículos, nos projetos e nas pesquisas da universidade?

Em nossos dias, o cancelamento tecnológico das distâncias de tempo-espaco retira do território seu significado e sua capacidade de atribuir identidades. A diminuição dos espaços públicos torna mais difícil o processamento dos conhecimentos locais e diminui o papel das lideranças e parcerias informais. Os espaços públicos são os lugares onde, privilegiadamente, é produzido capital social, porque é lá que se pode desenvolver contatos, relacionamentos, confiança, sentimento de reciprocidade e intercâmbios entre pessoas de diferentes grupos étnicos e situações sociais.

A universidade se mantém, ainda hoje, como um dos poucos espaços públicos que pode executar essa tarefa fundamental, e, portanto, é objeto de grande responsabilidade. Ela precisa construir e reconstruir o capital social, na direção de uma ética de solidariedade e participação, dentro e através da educação universitária. É o lugar privilegiado para desenvolver uma comunidade em que o bem comum seja construído, dia a dia, compartilhando problemas e participando em experiências coletivas.

Em essência, o ensino universitário deveria criar oportunidades de participação e deveria oferecer aos estudantes, professores, técnico-administrativos e funcionários as oportunidades para um desenvolvimento social, aumentando a consciência da interdependência entre o conhecimento e a vida política.

Recuperação e protagonismo

Até agora, foi examinado o ambiente onde o indivíduo, em solidão, vive a sua experiência de estudo ou de trabalho. Vimos como a universidade pode apresentar-se como um fator de proteção para a emergência de transtornos mentais ou, pelo contrário, como pode agravá-los. Examinemos, também, os outros dois fatores de proteção indicados anteriormente: a “recuperação” (*recovery*) e a “autoajuda”.

O que se quer dizer com “recuperação” e com “autoajuda”? De que maneira elas desempenham uma função de proteção?

Limitemo-nos a uma definição genérica da noção de recuperação: a chamada reconstrução do significado da própria vida, que algumas pessoas podem *descobrir* e escolher em um determinado momento da sua existência. É como se, em algum momento, uma pessoa em situação de sofrimento mental pudesse, hipoteticamente, dizer:

"Agora é o momento de parar de pensar como se, em mim, houvesse algo de errado - como muitos entendem. É o momento de parar de me pensar como perigoso, como inferior. Parar de considerar que eu seja a doença que me diagnosticaram. Eu tenho um nome próprio, uma identidade. Às vezes, acontecem momentos de crise, mas eu não sou essas crises, ou melhor, eu sou também os momentos de crise, mas não posso considerar como negativos aqueles momentos e apenas positivos aqueles em que estou 'normal', na opinião

daqueles que estão em torno de mim. Eu não posso viver na angústia de evitar, a todo custo, esses momentos, talvez me enchendo de drogas e fazendo de mim um tolo, um zumbi. O que significa evitar a crise, se a qualidade dos momentos de 'nenhuma crise' é igualmente ruim? Claro que estou consciente das minhas limitações, das minhas dificuldades. Estou bem ciente do meu sofrimento e daquele que eu provoço nos outros que estão perto de mim. Reconheço que eu preciso de ajuda, mas eu quero ser sempre o compartilhador do meu plano de cuidados. Quero que as pessoas escutem minha opinião e quero que estejam próximas de mim, as pessoas em que eu confio. Então, o que significa ser curado, o que significa ser normal? 'De perto ninguém é normal!' Eu quero viver minha vida com todas as suas limitações, e com todo o meu potencial, que certamente vou descobrir - talvez com a ajuda de quem vive ou viveu essa mesma experiência ... "

Isso, mais ou menos, é o que se entende quando falamos de "recuperação" (*recovery*). Como isso acontece, quando, por que e de que modo ele pode ser favorecido não são questões simples e referem-se a discussões muito mais complexas. Mas o fundamental é que essas discussões envolvam, como protagonistas corresponsáveis, as pessoas que têm a experiência e a vivência em relação ao assunto, pois não se trata de um problema estritamente técnico.

O que é, por outro lado, a "autoajuda"? O nosso hipotético (im)paciente, pessoa com sofrimento mental, concluiu suas reflexões, acima delineadas, expressando o desejo de encontrar-se com alguém que tivesse uma experiência semelhante à sua. Se, no entanto, a pessoa escolhida expressar pessimismo e desconfiança, talvez seja apropriado procurar exatamente o oposto: tentar sair da fixação em seu próprio sofrimento e entrar em contato com situações que o ajudarão a distanciar-se dele. Pode-se fazê-lo participando, por exemplo, das atividades de um Centro de Convivência da Rede de Saúde Mental ou inserindo-se em outras atividades psicossociais. Mas se houver a possibilidade de entrar em contato com alguém que possa comunicar uma sua experiência bem-sucedida com o sofrimento mental, e que tenha uma atitude otimista que pode inspirar esperança, então, isso se torna o caminho guia para a "recuperação". Nessa filosofia, nasceram os grupos de autoajuda.

As primeiras experiências foram os de Alcoólicos Anônimos, que, desde os anos 1940, enfrentaram, com algum sucesso, a luta contra o vício em álcool. Contudo, essa técnica demonstrou os seus limites, sendo excessivamente proibicionista e moralista. Nas últimas décadas, a metodologia de autoajuda encontrou uma renovação e um relançamento, com uma postura mais secularizada e menos ideológica. Em saúde mental, foram realizados os grupos de “auto-mútua-ajuda” para usuários e/ou familiares. Os grupos podem ser constituídos apenas por pessoas que compartilham do mesmo problema ou podem prever sua presença, constante ou intermitente, e de especialistas. O grupo assumiu um valor terapêutico mais significativo, quando tomou como princípio básico o da reciprocidade. Grupos de autoajuda converteram-se em grupos de “auto-mútua-ajuda”.

Por outro lado, os grupos de autoconsciência, aqueles de gênero ou mesmo o simples estar entre amigos, não são, de alguma maneira, extraordinários momentos de autoajuda? Falar de si com pessoas que podem entendê-lo, ouvir seus comentários e conselhos e aprender com experiências práticas, têm, sem dúvida, um elevado valor curativo e protetor.

A solidão

A solidão é, sem dúvida, uma condição social muito desfavorável. Pode levar a um sofrimento mental intenso e significativo. No mecanismo circular, descrito anteriormente, o transtorno mental agrava a condição de solidão e esta, por sua vez, irá aumentar o sofrimento psíquico.

Concentremos a atenção apenas em um tipo particular de solidão: aquela que acompanha a presença de um grave sofrimento físico e psíquico. A escolha desse caso extremo permite uma maior evidência dos mecanismos psicológicos que acompanham a solidão. As reflexões desenvolvidas pelo filósofo italiano Salvatore Natoli (1986) nortearão a discussão a ser aqui delineada.

Nós sempre tentamos conectar nossos desejos com nossas possibilidades. A felicidade consiste em perceber que o mundo está em harmonia, não em oposição, em referência aos nossos desejos. Quando a dor intervém em nossa vida, se determina uma interrupção das nossas possibilidades. Sofremos não apenas por causa da intensidade da dor, mas

também pela perda que esse evento produz, ou seja, sofremos pela perda da relação com o mundo.

Quando a dor é muito forte, estamos tão pressionados (perdemos o fôlego e a razão), que não estamos cientes do que se rompe naquele momento. Mais tarde, porém, percebemos o impedimento: não podemos fazer mais o que estávamos fazendo e que os outros, no entanto, continuam a fazer. Mesmo na dor mental, na psicose ou na depressão que acompanha o luto, há uma barreira nas relações com os outros. Toda a dimensão das possibilidades, que tivemos diante de nós, está perturbada. Há uma incapacidade de expressar nossos sentimentos e fazer uso de símbolos compartilhados. Quando a crise é aguda, estamos oprimidos pela angústia e, quando a dor é crônica, domina a solidão.

A dor física e psíquica se manifesta como uma radical experiência de individualização: interrompe relacionamentos, produz uma distância entre o desejo e as possibilidades, cria um afastamento entre nós e os outros. A solidão é acentuada quando a pessoa que sofre é confinada em instituições de assistência ou serviços (hospital geral, hospício, hospital psiquiátrico) que configuram uma espécie de "mundo paralelo". Com a dissolução das comunidades tradicionais do passado, nasceu a "sociedade de serviços", que resolve os déficits de humanidade, especialmente através do uso do dinheiro. Para as instituições de serviço se requer competência, profissionalismo, por meio de compensação direta ou indireta, através do Estado, mas não se pode reivindicar também a *pietas* (piedade), que é bastante típica da relação de parentesco ou da amizade, e que, em muitos casos, seria a necessidade real do doente. Às vezes, se crê que a relação técnica, componente de um tratamento psicofarmacológico ou mesmo de um psicoterapêutico, possa substituir a fundamental exigência de empatia que evocamos no termo *pietas*. Certamente, a empatia que emerge de uma relação paternalística, que frequentemente caracteriza as relações assistenciais entre usuário e profissional (ou técnico) de saúde mental, não é necessariamente real. Há nessas relações um recorrente exercício bastante desequilibrado e desigual de poder, como ocorre com a prática clínica, de maneira geral. A resposta da sociedade de serviços nos defronta com os desafios da institucionalização, da psiquiatrização, da medicalização e da psicologização (Freitas; Amarante, 2015).

No entanto, a dor é um teste que nos dá a medida de nós mesmos. O sofrimento que acompanha a dor física, ou a condição de sofrimento psicológico, pode ser visto, paradoxalmente, como um investimento em si mesmo. Na dor, estão barradas as estradas normais, mas não necessariamente estão barradas todas as possibilidades de saída. Podemos "descobrir" uma parte de nós mesmos que era até então desconhecida, que revela um potencial e que inclusive poderia nos enriquecer... Certamente, esperamos, naturalmente, não sofrer! Mas, realisticamente, podemos concordar que a dor, mais cedo ou mais tarde, vai ser uma ocorrência de nossa vida. É inevitável. Devemos reconhecer, então, que o sofrimento expressa, paradoxalmente, um fluxo de vida: sofreremos porque estamos vivos. Mas se tivermos a vontade de viver, há uma energia que pode ser reinvestida. Na condição de saúde, vivemos, com certa indiferença (anonimato) na rotina das nossas amizades, do nosso trabalho, da nossa vida diária. Muitas vezes estamos pouco vigilantes a um limiar de atenção à vida: não há denominação.

A dor, ao contrário, ela nos subtrai da indiferença, do anonimato. É uma experiência que, em todo o seu drama, nos personaliza, nomeia. Ela estimula a nossa percepção da vida. A dor física, a dor psicológica, a ansiedade, elas impulsionam para o diálogo com o "cuidar de si mesmo". Às vezes, isso ocorre de forma desordenada e decomposta, mas o confronto com o sofrimento pode também auxiliar o sujeito a encontrar um recolhimento, mesmo que esquecido ou até desconhecido. Acontece, paradoxalmente, que quanto mais estamos perto da morte, mais estamos voltados para a vida.

Consideremos, então, duas atitudes fundamentais que podem desenvolver-se no sofrimento.

A primeira é uma sensação de fechamento, que leva à depressão. A dor pode resultar em egocentrismo: "*O que significa o mundo se ele é um universo fechado de possibilidades para mim?*" Há, por parte das pessoas que sofrem, uma dimensão legítima de "inveja" relativa ao bem-estar dos outros. Além disso, o sujeito dolorido identifica que a pessoa que não sofre não sabe realmente o que dizer ou fazer, além de palavras circunstanciais ou das amenidades. É difícil penetrar na intimidade da dor! O sofredor parece condenado a ficar sozinho. Em um belo filme argentino/espanhol, dirigido por Cesc Gay, intitulado "Truman"

(2014), o personagem principal, representado pelo ator argentino Ricardo Darin, tem um câncer terminal. Quando encontra amigos e conhecidos, eles fingem não o reconhecer, porque não sabem o que dizer. Darin, vivendo o personagem de Julian, quebra a regra implícita do silêncio, desmascara a hipocrisia e declara a eles que se sente ofendido. É interessante notar como, diante da solidão e do sofrimento, reagimos impondo outra solidão: a indiferença. Operamos muitas vezes por esse processo mental, que nos torna cegos para o sofrimento, para as injustiças; fechando-nos em nós mesmos, nos empobrecendo.

A segunda atitude que pode desenvolver-se no sofrimento é uma lógica de total reversão. É a capacidade de tomar distância do seu sofrimento com uma atenção para as preocupações dos outros: *"Há outros que estão sofrendo e eu posso colocar minhas qualidades a serviço deles"*. Essa capacidade de distanciar-se de seus sentimentos, de seu narcisismo com uma sensação de empatia para os outros, abre a possibilidade de introspecção: a possibilidade de conhecer a si mesmo.

Pode-se tolerar mais ou melhor o próprio sofrimento, na medida em que ele é compartilhado ou quanto mais ele é interpretado como um segmento da dor universal! O princípio da lógica de inversão permite passar de uma situação de impotência a uma lógica ativa de relacionamento. É o mesmo processo que identificamos anteriormente nas terapias de autoajuda e auto-mútua-ajuda.

Cuidado, porém: não se quer aqui celebrar a mística da coragem! É importante, pelo contrário, que a pessoa dolorida tenha a força para demonstrar a sua fragilidade, seu próprio medo; tenha a coragem para superar seu orgulho e sua vergonha e saiba pedir ajuda.

Esse comportamento, no entanto, não é fácil, e ocorre somente quando a pessoa já está acostumada a estar no controle de si mesma, quando é capaz de se renovar. Essa capacidade de retomar sua vida em suas próprias mãos, de ter esperança - que chamamos de recuperação ou *recovery* - refere-se à maneira com que, anteriormente, nas nossas vidas diárias, temos tentado estruturar nosso caráter, cuidar de nós mesmos. Dever-se-ia, sempre, cuidar de si; ser competente sobre o que se pode ou não fazer, estar consciente dos nossos limites e saber como os administrar. Mas raramente, em nossas vidas, encontramos alguém que nos ajudasse, nos "educasse" na direção da nossa

capacidade de autogoverno. Ao contrário: somos projetados no mundo dos serviços através de uma lógica da exclusão.

No sofrimento mental, talvez seja exatamente essa dificuldade de autogoverno que adoece mais profundamente. O sujeito, e certamente não por sua culpa, não foi ajudado a se “dobrar” suavemente sobre si mesmo, a olhar para dentro de si, para reconhecer o seu potencial e suas fragilidades. Não foi possível - ou melhor, não foi *ainda* possível - tornar-se um ponto de resistência à adversidade pessoal e humana. O sujeito *ainda* não se tornou valioso para si mesmo. Não foi ajudado - e isso é talvez o elemento mais importante - a investir no seu próprio sofrimento, vinculando-o com a dor dos outros, saindo de seu isolamento, da solidão.

Estamos acostumados a sistemas de ajuda assimétricos: quem está em situações de deficiência espera receber ajuda de outro, mas a relação é, muitas vezes, paternalista ou técnica e, em uma situação assimétrica, não se pode desenvolver uma lógica de reversão.

No processo de desinstitucionalização ocorrido em Imola (Venturini, 2016), era fundamentalmente o princípio de reciprocidade que motivava as escolhas. Pensava-se sobre o que os usuários poderiam oferecer à comunidade que os acolhia, em vez de operar apenas a partir das necessidades dos usuários como carências. Quando, por exemplo, estava sendo construída uma casa para as pessoas que recebiam alta do hospital psiquiátrico, procurava-se fornecer também o que faltava ao bairro: um campo de futebol, de basquetebol, um jardim aberto para o público. Pensar em termos de reciprocidade não é apenas "terapêutico": é também, e sobretudo, o exercício de um direito. A reciprocidade é cidadania!

Assim sendo, como seria a prática de recuperação em uma situação de sofrimento, ultrapassando as respostas mais usuais de encaminhamento para o mundo ou a sociedade dos serviços?

Uma entre as respostas é a criação informal e formal de momentos de auto-mútua-ajuda: coletivos capazes de reciprocidade. Eles são fatores de proteção de comprovada eficácia. São configurações germinativas, que, além dos efeitos positivos para os seus participantes, indicam também aos “outros não doloridos” o que se pode fazer para melhorar a vida. Eles mostram que, sempre,

podemos compartilhar e nos autovalorizar, mesmo em situações difíceis. E, se a recuperação do indivíduo se associa a um movimento, a um grupo, a uma coletividade, ela torna-se um elemento através do qual o sujeito, adoecido ou não, se desenha como uma nova identidade coletiva: reconhecer-se como cidadão. Desenvolve-se, assim, uma rede social, que é produtora de bem-estar e de saúde para todos. Participar de movimentos de recuperação, ser ativo em momentos de auto-mútua-ajuda, mas, também, se comprometer com os grandes problemas sociais e políticos da sociedade em que vivemos, tudo isso nos leva a uma dimensão social, em que a nossa dor pode se tornar dizível. Ela pode se tornar algo em que, mesmo aqueles que não sofrem, podem se espelhar, porque somos todos potencialmente vulneráveis, expostos ao sofrimento físico e mental. Se entendermos que o sofrimento é um momento de existência e que não pode ser eliminado, se percebermos que a dor e a doença, física e mental, pertencem à vida e que a vida é tecida de alegrias e tristezas, então podemos nos tornar responsáveis por nós mesmos, enquanto sofreremos, e dizer sim à vida, apesar de tudo.

Concluimos enfatizando um conceito já expresso anteriormente. Uma pessoa em situação de sofrimento estabelecerá sua condição de recuperação, abrindo-se a uma possibilidade de reciprocidade, somente se, previamente, tiver experimentado o cuidado consigo mesma. Aqui se colocam alguns elementos-chave. Para atingir o objetivo da sua recuperação, seria necessário conquistar o hábito de luta, manter um forte sentimento de dignidade e de beleza, ter determinação e procurar um objetivo, em todos os dias da vida. É o que constata Ribeiro, em estudo sobre os estudantes de medicina da UFMG:

O autocuidado e interesse pela própria vida são fatores de imprescindível investimento pela comunidade acadêmica, sobretudo ao se considerar que diversas pesquisas apontam que, na prática profissional, ocorre a reprodução das vivências do período de graduação. (Ribeiro, 2014, p. 148)

O hábito de luta e a atenção solidária e diária ao sofrimento dos outros são ainda mais necessários, porque vivemos em uma sociedade centrada na indiferença, pouco cuidadosa em relação à dor e à solidão, e que procura cinicamente inculcar um sentimento de impotência: *“Não vale a pena lutar contra as injustiças que nos afetam e que estão à nossa volta. É muito poderoso o sistema que as implementa, é inútil lutar contra ele”*. Em vez disso, temos que

lutar, sempre, pelas coisas em que acreditamos e que consideramos justas, com a vontade de não ceder, com a capacidade de ser tenaz nas decisões, mesmo em face das derrotas. É necessária uma forte determinação para procurar uma razão para agir e entregar-se a uma tarefa (é claro, positiva). Às vezes, estamos deprimidos porque nos sentimos inúteis. Mas nós existimos porque somos uma entidade dotada de potência. Pelo próprio fato que nós existirmos, nós somos energia, somos oportunidades, ocorrência de efeitos: somos, até o último momento de nossas vidas, entidades que se transformam, sem parar.

Deveríamos cultivar, em última análise, um sentido de dignidade e de respeito para com nós mesmos e todos os outros. Afirmar, como foi dito, o senso da beleza - a nossa, a dos outros, a da natureza exuberante, das coisas que estão perto de nós. Infelizmente, estamos condicionados a ver, quase sempre, o mau e o feio em torno de nós... Inclusive no impossível da academia e da universidade. Estamos em um tempo em que o sono da responsabilidade e o afastamento da política produz monstros. Estamos em um momento em que estamos ameaçando o nosso capital social e humano.

Retomemos a missão da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tal como descrito no Plano de Desenvolvimento Institucional de 2013: “Gerar e difundir conhecimentos científicos, tecnológicos e culturais, destacando-se como instituição de referência nacional, formando indivíduos críticos e éticos, com uma sólida base científica e humanística, comprometidos com intervenções transformadoras na sociedade e com o desenvolvimento sócio-econômico regional e nacional.” (UFMG, 2013)

Seria, então, missão da academia dialogar com o sofrimento, como um recurso potencializador. Desvelar os sujeitos doloridos é promover o seu protagonismo e fortalecer, através do princípio da reciprocidade, a sua base institucional e normativa. Ultrapassar a frieza da indiferença e encontrar nas situações emocionais os recursos da geração e difusão de conhecimentos: inclusive existenciais.

Trata-se de vencer o desânimo inicial e realçar, apreciar, saborear a alegria da beleza dos sentimentos, a alegria da beleza das pequenas coisas que tornam valiosa, dia após dia, a nossa vida. Trata-se de construir a universidade

acolhedora, inclusiva e solidária: um efetivo espaço de vida, com todos os desafios que a constituem.

Abstract

This essay addresses the loneliness theme, as risk to mental health in the university life. The theme -"For a less solitary life"- guided the realization of the Fourth Week of Mental Health and Social Inclusion of Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG. The Mental Health Network of UFMG promoted this week. In this article, the authors describe risks and vulnerabilities in the mental health field applied to the academic life and its possible exit routes. Therefore, the meaning of suffering is discussed and the need for disclosure of the processes that produce exclusion in university life, in search of a welcoming and inclusive mental health project. In this direction, this article emphasized strategies allowing the protagonism of the people with mental suffering experience.

Keywords: Mental Health. University. Inclusion.

Referências bibliográficas:

ADLAF, E. M.; GLIKSMAN, L; DEMERS, A; NEWTON-TAYLOR, B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. **Journal of American College Health**. 50(2):67-72, 2001.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. Campinas, 2004. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2004.

DE SANTI, A; GUERRA, R; MOROSINI, P. (Ed.). **La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni**. Roma: Superiore di Sanità; 2008.

DOHRENWEND, B. P.; LEVAV, I.; SHUROUT, P. E.; SCHWARTZ, S.; NAVEH, G.; LINK, B. G.; SKODOL, A. E.; STUEVE, A. Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. **Science**, New series, v. 255, n.5047, 1992.

FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. **Rev Bras Psiquiatr**. 27(3):194, 2005.

Freitas, F.; Amarante, P. *Medicalização em psiquiatria*. RJ: FIOCRUZ, 2015.
GIGLIO, J. S. **Bem-estar emocional em estudantes universitários**. [tese de doutorado]. São Paulo, Campinas: FCM/UNICAMP, 1976.

LA ROS, S. (a cura di). **La qualità delle relazioni umane nell'Università**. Ires (Istituto di Studi e Ricerche Economiche). Milano: Franco Angeli, 2010

LORETO, G. Sobre problemas de higiene mental. **Neurobiologia**. 21(3-4):274-83, 1958.

LORETO, G. Saúde mental do universitário. **Neurobiologia**. 35:253-76, 1972.

MENDONZA, M. R.; MEDINA-MORA, M. E. Validez de uma versão del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología em estudantes universitários. **Salud Mental**. 10(3):90-7, 1987.

MOWBRAY, C. T.; MEGIVERN, D.; MANDIBERG, J. M.; STRAUSS, S.; STEIN, C. H.; COLLINS, K.; KOPELS, S.; CURLIN, C.; LETT, R. Campus mental health services: recommendations for change. **Am J Orthopsychiatry**. 76(2): 226-37, 2006.

NATOLI S. **L'esperienza del dolore**. Le forme del patire nella cultura occidentale. Milano: Feltrinelli, 1986.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **J. bras. psiquiatr**. vol.56, no.4, Rio de Janeiro, 2007.

REIS, H. T.; Collins, W; Berscheid, E. The Relationship Context of Human Behavior and Development. **Psychological Bulletin**, 2000 Vol. 126, No. 6, nov 2000.

RIBEIRO, M. G. S. **Sofrimento psíquico entre estudantes de medicina da UFMG**: uma contribuição da Assessoria de Escuta Acadêmica.[Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, UFMG, 2014.

RIMMER, J.; HALIKAS, J. A.; SCHUCKIT, M. A. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. **JACH**. 30(4):207-11, 1982.

ROBERTS, L. W.; WARNER, T. D.; LYKETSOS, C.; FRANK, E.; GANZINI, L.; CARTER, D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. **Comprehensive Psychiatry**. 42(1):1-15, 2001.

SEGAL, B. E. Epidemiology of emotional disturbance among college undergraduates: a review and analysis. **J. Nerv. Ment. Dis.** 143:348-62, 1966.

UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais. *Plano de Desenvolvimento Institucional 2013-2017*. Belo Horizonte: UFMG, 2013. Disponível em <https://www.ufmg.br/conheca/pdi_ufmg.pdf> acesso em 25 setembro de 2016.

VENTURINI, E.; GOULART, M.S. B. L'insicurezza sociale in Brasile. **Aut aut**, no. 370, giugno 2016, il Saggiatore, Milano, 2016.

VENTURINI, E. **A linha curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

WHO. World Health Organization. **Risks to mental health**: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by Who secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan, 2012.