

INDIVIDUALIZAÇÃO E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA UNIVERSIDADE: ENTRE A CLÍNICA E A EMPRESA DE SI

INDIVIDUALIZATION AND PSYCHOLOGICAL SUFFERING AT THE UNIVERSITY: BETWEEN THE CLINICAL PERSPECTIVE AND THE SELF- ENTREPRENEURSHIP

Thiago Marques Leão 1
Aurea Maria Zöllner Ianni 2
Carine Sayuri Goto 3

Bacharel em Direito (PUC-Sal), Mestre e Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Pós-Doutorando junto ao departamento de Política, Gestão e Saúde da FSP/USP. É Pesquisador do Grupo de Pesquisa “Teoria Social, Mudanças Contemporâneas e Saúde” (CNPq-FSP/USP).
E-mail: thmleao@usp.br

Cientista Social pela USP, Mestre e Doutora em Ciência Ambiental pela Universidade Estadual de Campinas. Livre-Docência em Ciências Sociais em Saúde pela Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP). É docente da FSP/USP e credenciada junto ao Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública e ao programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da Escola de Artes e Humanidades (EACH/USP).

Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Psicanalista e Supervisora Clínico Institucional. Integrante do Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividades Saúde (LATIPPSS).

Resumo: O artigo discute as principais estratégias articuladas, institucionalmente, ao sofrimento psíquico entre estudantes universitários, na Universidade de São Paulo (USP). Analisamos publicações do *Jornal da USP* sobre o tema, em torno da campanha nacional de prevenção ao suicídio, em 2018, entre as quais o mapeamento de serviços e estratégias para lidar com o sofrimento ou adoecimento psíquico. Identificamos e discutimos, ainda, as propostas de educação em saúde mental e a natureza das estratégias de clínico-terapêuticas voltadas para o sofrimento e adoecimento psíquicos, e comportamentos suicidas, no âmbito da USP. Nossa discussão se dá no contexto das mudanças sociais contemporâneas e do processo sócio-histórico de individualização. Concluímos que as estratégias de enfrentamento do sofrimento entre estudantes assumem uma perspectiva individual aquém da complexidade do fenômeno, e recomendamos que sejam assumidos compromissos por parte das instituições de ensino, considerando também as dimensões coletiva, institucional e social do sofrimento.
Palavras-chave: Individualização. Sofrimento Psíquico. Universidade. Mudanças Sociais. Saúde Mental.

Abstract: The aim is to discuss the main strategies articulated, institutionally, by the University of São Paulo (USP), to face psychological suffering among students. We analyzed publications from the «*Journal of USP*» on the theme, throughout the national suicide prevention campaign, in 2018, such as its mapping of services and strategies to deal with suffering or psychological illness. We also identified and discussed the proposals of mental health education and the nature of clinical-therapeutic strategies geared toward the phenomenon. Our discussion takes place in the context of contemporary social changes and the socio-historical process of individualization. We conclude that the strategies for coping with students suffering assume an individual perspective that falls short of the complexity of the phenomenon. Considering these findings, we recommend that commitments be made by educational institutions, also considering the collective, institutional and social dimensions of suffering.

Keywords: Individualization. Psychological Suffering. University. Social Changes. Mental health.

Introdução

O sofrimento na Universidade evidencia as pressões, contradições e impasses da vida universitária, em uma sociedade individualizada, da produção e do desempenho. Vivemos em uma sociedade em constante transformação, na qual há uma crescente subjetivação e individualização dos riscos e contradições socialmente produzidas, em outras palavras, estes riscos e contradições são cada vez mais percebidos como fracasso pessoal e *descolados* de seu contexto social e institucional, para se transformarem em “novas formas de risco pessoal: somam-lhes novas formas de ‘atribuição de culpa’” (Beck, 2010, p. 200). As crises produzidas, social e institucionalmente, são percebidas como crises individuais, à medida que se fragilizam as instituições e redes de proteção social, cada vez menos preparadas para lidar com o sofrimento e adoecimento mental. As respostas ao sofrimento, portanto, também tendem a se organizar de forma individualizada e aquém da complexidade do fenômeno.

Junto a questões eminentemente individuais e singulares (história pessoal, diagnósticos médicos e assim por diante), o sofrimento no ambiente universitário envolve também dimensões socioestruturais, coletivas e institucionais. Isto é, ao mesmo tempo que duas pessoas não experimentam o sofrimento de forma absolutamente igual, há também algo comum, algo *coletivamente individualizado*. 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 e assim por diante), a (ii) questões socioestruturais e econômicas (mudanças das condições objetivas de vida e de consciência, modo de produção capitalista, ciclos e crises político-ideológicas e assim por diante) e (iii) relações ligadas diretamente ao contexto da Universidade (produtivismo acadêmico, jornada de trabalho e estudo, assédio moral e sexual, grade curricular, precarização das condições de trabalho e estudo, e assim por diante). Ao pensarmos o sofrimento nestas quatro dimensões, não podemos desconsiderar como elas se relacionam e se determinam mutuamente, intensificam ou aliviam o impacto sobre os estudantes e pesquisadores. Estas dimensões (individual, social, coletiva e institucional) são indissociáveis, multideterminantes e multideterminadas, para além do quadro específico do sofrimento mental.

As recentes e recorrentes notícias sobre adoecimento mental e suicídio entre estudantes universitários trouxe à tona um fenômeno que, de forma mais evidente ou difusa, vem preocupando a comunidade acadêmica há tempos. A Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP, 2017) relata que, apesar do sofrimento psíquico ser um fenômeno muito presente entre estudantes – com relatos e notícias de suicídio, tentativas ou ideação suicida entre estudantes das Universidades de São Paulo (USP), Federal de São Carlos (UFSCAR), Federal de São Paulo (UNIFESP) e Federal do ABC (UFABC) –, ainda haveria pouca oferta de atendimento. Entre as estratégias citadas pela FAPESP, as ofertas se limitam ao atendimento individual, tomando manifestações mais agudas de sofrimento sob o marco do desvio ou da anormalidade. Outra resposta das Universidades para prevenção ao suicídio, de acordo com a FAPESP, é a capacitação de professores como agentes de prevenção ou acolhimento inicial.

Este artigo tem por objetivo discutir as principais estratégias articuladas, institucionalmente, ao sofrimento psíquico entre estudantes universitários, tomando como base a Universidade de São Paulo (USP). Para tanto, analisamos as publicações do Jornal da USP sobre o tema, em torno da campanha nacional de prevenção ao suicídio de 2018, entre as quais a publicação do *Mapa da Saúde Mental na USP*, que lista serviços e estratégias para lidar com o sofrimento ou adoecimento psíquico.

Setembro Amarelo 2018 e Respostas Institucionais

O *Setembro Amarelo* é uma campanha nacional de prevenção ao suicídio, realizada pela primeira vez em setembro 2015, em Brasília, integrando as atividades do 10 de setembro, *Dia Mundial de Prevenção do Suicídio*. Como parte das atividades do *Setembro Amarelo 2018*, “o Jornal da USP entrevistou especialistas, divulgou iniciativas e publicou artigos sobre o assunto sob os mais variados enfoques” (USP, 2018-b). Pela “tag” “SetembroAmarelo2018”, no site do Jornal da USP ¹, identificamos vinte (20) matérias, no período de 04 de maio a 28 de setembro de 2018, entre entrevistas, colunas e ensaios de professores e pesquisadores da USP sobre saúde mental,

¹ Disponível em <https://jornal.usp.br/tag/setembroamarelo2018/page/2/>. Acesso em janeiro 2019.

sofrimento e comportamento suicida entre estudantes, isto é, tentativas e ideações suicidas e mortes por suicídio. A análise destas matérias permitiu delinear, preliminarmente, a compreensão institucional sobre o fenômeno do sofrimento, bem como discutir as estratégias de prevenção e cuidado que organizam respostas no âmbito da Universidade.

Uma resposta institucional que merece destaque é a criação do *Escritório de Saúde Mental* (ESM) na USP. Quando, em 2018, as notícias sobre adoecimento mental e comportamento suicida entre estudantes universitários, em São Paulo eram manchete em jornais de grande circulação, como a *Folha de São Paulo*² e o *Estado de São Paulo*³; a USP anunciou a criação do ESM. Diretores do Instituto de Psicologia (IP) e de Psiquiatria (IPq) da USP “foram chamados pela Pró-Reitoria de Graduação para elaborar um projeto de acolhimento aos estudantes, sendo colocado como um dos programas principais da nova gestão” (USP, 2018-a). De acordo com o *site* oficial do ESM, seu objetivo é a prevenção de sofrimentos, orientação e acolhimento inicial aos estudantes⁴. No mesmo ano, em meio às atividades do *Setembro Amarelo 2018*, o Jornal da USP publicou o *Mapa da Saúde Mental na USP*, “reunindo serviços na USP que trabalham o tema e oferecem apoio e atendimento especializado” (USP, 2018-b).

No município de São Paulo, o *Mapa* lista um total de doze (12) serviços, incluindo o ESM: oito (8) com atendimentos individuais com psicólogos, psiquiatras ou psicanalistas; dois (2) com terapias em grupo; um (1) serviço com atendimentos individuais e familiares, e de prevenção de uso problemático de álcool e outras drogas e; um (1) projeto de tutoria no qual “o estudante é auxiliado em diversos problemas relacionados à faculdade, desde questões administrativas até psicossociais” (USP, 2018-b). Nos demais *Campi* do Estado, há outros treze (13) serviços mapeados: um (1) no *Campus* de Lorena (1), um (1) em Pirassununga, dois (2) em Piracicaba, e outros dois (2) em São Carlos e três (3) em Ribeirão Preto, totalizando dez (10) serviços que oferecem atendimento individual com psicólogos e ou psiquiatras. Há ainda dois (2) serviços de terapia em grupo, um (1) no *Campus* de Piracicaba e outro (1) no de Santos, enquanto no *Campus* São Carlos, há uma (1) estratégia que busca promover bem-estar e saúde mental, através de práticas de vida saudáveis, e oferece cursos de introdução à meditação e de práticas de yoga. De acordo com o *Mapa*, o *campus* Bauru não conta com serviços específico em saúde mental, apesar de uma parceria com o Centro de Valorização da Vida (CVV), mas “serviços voltados para essa área estão em fase de elaboração”.

Além dos serviços listados pela Jornal da USP, a Universidade vem oferecendo disciplinas sobre o tema, como a disciplina on-line “Do Estresse à Boa Saúde Mental na Universidade” anunciada pela USP (2019), cursos de extensão como “Introdução à Prevenção e Posvenção do Suicídio” e “Vivências de Inteligência Emocional”, e as disciplinas de graduação “Prevenção do Comportamento Suicida” e “Saúde e bem estar para os estudantes”⁵. Estas disciplinas são oferecidas como resposta possível à crescente preocupação com os casos de adoecimento psíquico e (ideações e tentativas) de suicídio na Universidade. Elas assumem duas linhas de ação estratégica: a formação de recursos humanos em saúde, para identificar, prevenir e cuidar do sofrimento e adoecimento psíquicos, e do suicídio, em outras palavras, o “desenvolvimento de competências para a prevenção do comportamento suicida”, como consta na ementa da disciplina “Prevenção do Comportamento Suicida”⁶. Atende à expectativa geral de formação de profissionais de saúde que saibam cuidar do sofrimento ligado à ideação e ou tentativas de suicídio, e de pessoas enlutadas (como amigos, familiares, colegas e professores), mas também à convocação para “prestar atenção nas pessoas

2 Folha de São Paulo: “USP tem 4 suicídios em 2 meses e cria escritório de saúde mental para alunos”. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/08/usp-tem-4-suicidios-em-2-meses-e-cria-escritorio-de-saude-mental-para-alunos.shtml>. Acesso em: agosto 2018.

3 O Estado de São Paulo: “Aumento de transtornos mentais entre jovens preocupa universidades”. Disponível em: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,aumento-de-transtornos-mentais-entre-jovens-preocupa-universidades,70002003562>. Acesso em: outubro 2018.

4 Disponível em: <https://sites.usp.br/esm/prevencao/>.

5 Também encontramos iniciativas como estas em outras Universidades, como a disciplinas “Tópicos Especiais em Engenharia: Felicidade”, da Universidade de Brasília, cujo objetivo é “Proporcionar um espaço de vivências favoráveis a uma boa qualidade de vida no ambiente acadêmico. Apresentar estratégias comportamentais e cognitivas que possam auxiliar o estudante a lidar com os fatores estressores do dia-a-dia. Cultivar o autoconhecimento, a solidariedade, o respeito às diferenças e o diálogo no ambiente acadêmico”. Disponível em https://www.noticias.unb.br/images/Noticias/2018/Documentos/Plano_de_ensino_felicidade.pdf. Acesso em abr. 2019.

6 Ementa disponível em: encurtador.com.br/zBL19. Acesso em mar. 2019.

ao nosso redor”, e à necessidade de “capacitação de profissionais especializados para atender em continuidade pessoas em sofrimento existencial” (Kovacs, 2018). Esta formação, portanto, não se dirige apenas a profissionais de saúde, mas à capacitação de professores, funcionários e dos próprios estudantes como agentes de identificação, prevenção e acolhida do sofrimento. Vai ao encontro, portanto, das estratégias de resposta descritas pela FAPESP (2017).

Mas estas disciplinas buscam também atender uma crescente demanda dos estudantes e da sociedade por instrumentos para autocuidado e autogestão do sofrimento, como forma de prevenir o adoecimento e os comportamentos suicidas ou autodestrutivos. Aqui entra em cena (sabidamente ou não) a discussão de Dardot e Laval (2016), a partir da noção de “asceses do desempenho” de Éric Pezet: a ideia de que, através de uma série de diferentes saberes psicológicos e técnicas de autorregulação e autocuidado, é possível atingir um ideal de desempenho e produção, neste caso, acadêmica, sem os obstáculos do sofrimento desde que o estudante saiba identificar e controlar seus sentimentos, saiba se organizar, pratique atividades físicas, durma e se alimente bem, e assim por diante. Estas disciplinas inserem-se na “ideologia da autocriação que hoje sustenta a sociedade de consumo”, como diria Salecl (2012, p. 12), o autoengano “de que supostamente somos capazes de nos administrar, e que existe uma escolha sobre como lidamos com nossas emoções, está ligada a percepção do ‘eu’ que domina a sociedade no capitalismo tardio” (idem, p. 14). É a falsa ideia de que com a técnica adequada somos capazes de administrar tudo, até mesmo nossos sentimentos e afetos, da mesma forma que um empresário administra sua empresa. Assim, pressupõem que, pela aquisição de conhecimentos técnicos, é possível a (auto)promoção de saúde mental.

Em linhas gerais, estas estratégias podem ser agrupadas em duas macro-estratégias, (1) estratégias clínico-terapêuticas e (2) estratégias de educação em saúde. O que há de comum às estratégias como um todo, é seu enfoque individual e individualizante da experiência de sofrimento psíquico entre estudantes, ainda que se reconheça outras dimensões ou fatores que influenciam a experiência de sofrimento e os comportamentos autodestrutivos. São estas duas macro-estratégias que vamos discutir neste artigo, considerando as mudanças sociais contemporâneas e a teoria da Individualização de Ulrich Beck (Beck, 2010; Beck, Beck-Gernsheim, 2002).

Mudanças Sociais, Individualização e sofrimento psíquico na Universidade

Os momentos de grandes transformações sociais da Modernidade são, historicamente, acompanhados por sentimentos generalizados de inadequação, mal-estar ou sofrimento psíquico. Na virada do Século XX, Simmel (2004 [1903]) discutiu os impactos psicológicos do processo de urbanização, o impacto subjetivo da modernização das condições objetivas de vida nas metrópoles emergentes, que forneciam “o local para a luta e para as tentativas de conciliação” (idem, p. 93) do processo de individualização, em que os indivíduos, liberados dos laços históricos, eram reconduzidos às novas exigências da divisão social do trabalho e da convivência em grandes aglomerados urbanos. Estudos da década de 1920 e 1930 relatam a emergência de sentimentos de ansiedade e inadequação, certamente ligados à depressão econômica, mas também à perda de referências de condução da vida: “parecia haver uma confusão quanto aos papéis que [os indivíduos] supostamente deveriam assumir (...) em meio ao caos de padrões que se mostravam conflitantes no tocante às exigências culturais” (Salecl, 2005, p. 13).

Como destaca May (2012 [1953]), é Freud quem melhor descreve a marca do *mal-estar* do indivíduo moderno no início do século XX. Em seu seminal *Mal-Estar na Civilização*, Freud (1996 [1930]) discute o antagonismo entre os indivíduos e as novas conformações da Modernidade, com “frequentes, múltiplas e inevitáveis sensações de sofrimento e desprazer” (idem, p. 44). Ele discutiu as relações entre o sofrimento de gênese social e a constituição psíquica individual, a “parcela de natureza inconquistável” que coloca em xeque as tentativas de prevenção do sofrimento (idem, p. 56). Como explica Birman (1998, p. 125), Freud tecia comentários sobre a condição do sujeito moderno e o “desamparo da subjetividade no novo espaço social”. Freud não tratava do sofrimento genérico da humanidade, mas do mal-estar específico da Modernidade e de um sujeito necessariamente histórico (Birman, 2012). Ansiedade, medo, tristeza, sentimentos de inadequação, solidão e vazio, incapacidade de tomar decisões, e falta de perspectivas eram, para May (2012 [1953], p. 30), “sintomas de uma mesma coisa subjacente, isto é, as traumáticas mudanças sociais ocorridas na sociedade ocidental”. Expressões de um sentimento particular, e simultaneamente coletivo, de *desamparo*.

Nos últimos 50 anos, estes sentimentos de ansiedade, desamparo e desencontro entre o indivíduo e a sociedade não apenas se intensificaram, como se generalizaram nas mais diversas experiências de vida em sociedade. A *subjetivação* da experiência acompanha as profundas mudanças estruturais na sociedade ocidental moderna, que expressa o impacto destas transformações sobre o indivíduo. Se o sofrimento e adoecimento psíquicos parecerem uma consequência direta de eventos e crises conjunturais – depressão econômica, convulsões políticas, guerras, desemprego, surtos epidêmicos e assim por diante –, Salecl (2005, p. 11) alerta que “não devemos esquecer de que tem origem na percepção alterada do sujeito em relação a si mesmo, bem como das mudanças de sua posição dentro da sociedade como um todo”. As transformações sociais modernas atingiram os próprios fundamentos da Modernidade e de suas instituições, que não são mais capazes de atuar como mediadores sociossimbólicos, e assim os riscos e inseguranças socialmente produzidos, progressivamente, são vivenciados e suportados como responsabilidade individual. Na contemporaneidade, há uma dissolução do “sistema intrassocial de coordenadas da sociedade industrial”: nossa compreensão da ciência e da tecnologia, família e profissão, atores e palcos tradicionais da política, papéis sociais fixos para o homem e a mulher, oposição entre trabalho e não-trabalho, e assim por diante (Beck, 2010, p. 107).

Conforme Ianni (2004, p. 39), “sob vários aspectos, é possível demonstrar que está em curso um novo ciclo da história. Mais do que em outras épocas, indivíduos e coletividades, em todo mundo, começam a reconhecer que estão inseridos em uma nova configuração histórico-social”, que por vezes entra em choque e frustra as expectativas passadas ou *hábitos mentais* dos indivíduos. Nas palavras de Beck (2013, p. 27), momentos de discrepância entre as expectativas e a realidade social levam à “Perplexidade, medo, não saber, frustração, inquietação, mas também desejo de mudança – tudo isto é típico destas situações confusas, nas quais as expectativas das pessoas deixaram de ser compatíveis com os arranjos institucionais que deveriam satisfazê-las”. Os momentos de transição cultural e transformações sociais podem abalar radicalmente os quadros sociossimbólicos de referência individual e das coletividades, levando a sentimentos de desamparo e inadequação, ansiedade e entristecimento profundos, e à perda de perspectivas.

Uma questão-chave para entender as transformações sociais contemporâneas é o aquilo que Beck nomeou *Processo de Individualização* (Beck, Beck-Gernsheim, 2002, 2017; Beck, 2010, 2012), que envolve simultaneamente liberdade individual e dependência institucional, anseios por uma vida independente e, ao mesmo tempo, por laços de intimidade e comunidade, busca por amor, companheirismo e solidariedade. A Individualização apresenta um complexo processo de (i) flexibilização e liberação com relação às formas sociais da sociedade industrial; (ii) a perda de seguranças tradicionais devido às transformações na família, relações de trabalho, estatuto social de gênero e assim por diante e; (iii) uma nova forma de enquadramento social, controle e reintegração que se impõe pelas demandas autobiográficas e do mercado de trabalho.

Segundo Han (2015, p. 23), a sociedade do século XXI é uma sociedade de desempenho e seus habitantes se chamam “sujeitos de desempenho e produção. São empresários de si mesmos”, confrontados com riscos do excesso de trabalho e consumo, da ideologia da autocriação e do sujeito autônomo, orientado pela eficiência técnica, sucesso profissional e liberdade individual. É neste quadro que os riscos escapam às instituições e são *redistribuídos* e assumidos individualmente. Com o processo de Individualização, à medida que há uma dissolução das instituições modernas e das mediações sociossimbólicas, os indivíduos são convocados a avaliar os riscos, tomar decisões e responsabilizar-se, individualmente, pelas consequências destas escolhas.

Neste sentido, a possibilidade e a imperatividade de escolhas e *auto-responsabilização* individuais passam a definir os indivíduos na Contemporaneidade, crescentemente sobrecarregados e *abandonados à sua liberdade* (Beck, 2010). A contemporaneidade coloca o indivíduo (seus conflitos e impasses, medos e desejos) como referência dos processos de subjetivação e autoprodução biográfica, como centro produtor de significado das experiências de vida em sociedade. Isto porque o processo social de Individualização não atinge apenas as condições materiais de vida, mas também promove uma transformação subjetiva: novas formas sociais de vida e trabalho determinam também novas formas de consciência, quadros mentais de referência e laços sociais de organização do inconsciente (Leão, 2018). Novas condições materiais de vida levam a novos modos de estar no mundo, de se relacionar e de estar só, produzir e consumir, amar e sofrer, novos modos

de agir e pensar. Contudo, nestes momentos de transformação das condições objetivas de vida, o desencontro entre os quadros mentais de referência passados, e estas novas formas emergentes e incertas de estar no mundo, pode levar a sofrimentos e impasses profundos. Em situações extremas, a combinação entre desamparo, inadequação e *auto-responsabilização* (culpa) individual se manifesta em ideias ou tentativas de suicídio, tristeza profunda, e crises de desconstrução da realidade psíquica, como formas de afastar (recusar inconscientemente) os impasses e a sobrecarga individual insuportáveis.

A regra é *sua vida, sua culpa*⁷ e a responsabilidade é *coletivamente individualizada*, de forma que não se trata apenas de uma autopercepção particular, mas uma *cultura de atribuição de responsabilidade*, assim, mesmo o desemprego estrutural e a precarização do trabalho, ou a falta de oportunidades no mercado de trabalho depois da graduação podem ser convertidos em culpa e responsabilidade pessoais. O Processo de Individualização leva à formação do que nos referimos como um quadro de referências *subversivo*, que remete o indivíduo a si mesmo em uma *subjetivação reflexiva*, levando à constante autoconfrontação (Leão, 2018). Neste sentido, quando o professor tem que lidar com estudantes de ímpeto egocêntrico e *emoções à flor da pele*, ou demandas ligadas a um sofrimento intenso; não se trata apenas de um desvio particular de natureza unicamente individual. Deparamo-nos com um *sintoma* desta *subjetivação reflexiva*, resultado de intensas transformações estruturais. Somos confrontados com estudantes que não sabem ao certo como lidar com os sentimentos de desamparo e inadequação, neste momento de transição e desencontro entre a experiência social e a experiência individual.

As escolhas e a sobrecarga individuais da autoconstrução biográfica e identitária implicam em biografias e subjetividades de risco, mais do que nunca suscetíveis a crises e sofrimento subjetivos: quanto mais avança o processo de Individualização, mais psicológico e subjetivo (particularizado e personalista) é o ponto de partida para as relações interindividuais, no ambiente de trabalho ou na formação acadêmica, entre o indivíduo, a ação política e a sociedade. O indivíduo é constantemente confrontado por suas escolhas, tendo que as justificar, negociá-las e se responsabilizar por suas consequências individualmente. Não é à toa que a *subjetivação reflexiva* é acompanhada por um crescente sentimento de ansiedade, desamparo, solidão e isolamento, diagnósticos de depressão, adicção, suicídios, alto consumo de medicamentos psiquiátricos e assim por diante. O indivíduo se sente plenamente *autônomo* (Salecl, 2012) e, ao mesmo tempo, *impotente*. Neste sentido, quanto mais se aprofunda o Processo de Individualização, mais se tem uma *sociedade psicológica*, do mal-estar e do risco de crise subjetiva, afinal, com a dissolução das instituições moderno-tradicionais e o deslocamento destas funções, atribuições e referências para os indivíduos, elas se tornam intensa e crescentemente subjetivas e orbitam em torno do “eu”. Como afirma Han (2017, p. 10), vivemos hoje em uma sociedade cada vez mais narcisista, na qual o indivíduo só reconhece aquilo que o espelha, “só encontra significação ali onde consegue reconhecer de algum modo a si mesmo. Vagueia aleatoriamente nas sombras de si mesmo até que se afoga em si mesmo”. Neste cenário, o desencontro entre a experiência (expectativa) individual e a experiência social pode ser insuportável, potencializando crises e sofrimento intensos.

Na medida em que as contradições sociais são sentidas como culpa ou responsabilidade individual, a resposta se torna também mais subjetiva e menos política: conflitos e demandas de estudantes que antes seriam respondidos com protestos, paralizações, abaixo-assinados e intensa atuação nos espaços institucionais de participação; hoje emergem como sofrimento mental, como depressão, demandas por acolhimento (incondicional) dos professores e atendimento clínico, e sob a forma de categorias nosológicas da Psiquiatria⁸. Isto não quer dizer que não haja, efetivamente, um sofrimento ou adoecimento mental que precisa ser endereçado e cuidado também terapêuticamente. O sofrimento é real e traz uma demanda legítima por atenção clínica, contudo destacamos que a expressão destas contradições sociais, predominantemente, como adoecimento ou sofrimento mental é um traço próprio da sociedade individualizada, e as formas de lidar com o

7 Beck e Beck-Gernsheim fazem um trocadilho com o *slogan* (de tom publicitário) adotado por movimentos identitários, como os ligados às sexualidades e ao feminismo: *my life, my rules*. Este *slogan* representa, fielmente, o fenômeno de reinterpretação e apropriação de valores como autonomia, liberdade e autodeterminação pelo neoliberalismo *progressista* (Žižek, 2011; Fraser, 2013).

8 Conforme o *medium* de expressão desta subjetividade passa pela popularização do vocabulário clínico-diagnóstico e a disseminação incontestável de uma subjetividade orientada pela neurociência.

sofrimento podem também passar pela ressignificação destas contradições e reengajamento dos indivíduos em torno de respostas políticas e coletivas.

Sem generalizações, encontraremos estudantes que parecem politicamente indiferentes ou que lidam com a política como algo personalista e subjetivo, cujas contradições e impasses, simultaneamente, colocam em xeque sua cidadania, e seus sentimentos e realização pessoais. Estudantes que demandam atenção e cuidado, mas que não se mobilizam, necessariamente, no ambiente acadêmico. Ou se mobilizam em torno do que Habermas (2003, p. 246) chama de *clientelização*: “um posicionamento genérico de demanda que espera atendimento sem querer propriamente, impor decisões”. Isto se deve, em grande medida, às constantes exigências, sobrecarga e ao imperativo de escolhas individuais, mas que levam a sentimentos de inadequação, desamparo e impotência, como sintomas desse desencontro entre experiências sociais e subjetivas, resultante das *traumáticas* mudanças sociais dos últimos 50 anos.

A individualização e subjetivação das contradições sociais é significada pela *gramática* nosológica da psiquiatria e pela cultura de (auto)atribuição de culpa pessoal. O sofrimento é percebido exclusivamente em sua dimensão individual, é assim externalizado e demanda cuidado também individualizante. Mas não podemos perder de vista que, junto com a dimensão estritamente individual do sofrimento, ele pode estar ligado também a fatores supra-individuais coletivos, institucionais e socioestruturais. Mais do que reconhecer isto é preciso, coerentemente, pensar o fenômeno e as estratégias para lidar ele, de forma a atingir também estas dimensões supra-individuais, considerando a complexidade da experiência de sofrimento e o necessário protagonismo dos estudantes.

Estratégias clínico-terapêuticas

As estratégias clínico-terapêuticas compõem simultaneamente as estratégias de prevenção ao sofrimento e suicídio, como as chamadas estratégias de “pósvenção” (Kovacs, 2018) e terapêuticas. Elas se estruturam, majoritariamente, em torno da clínica individual, e do conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, em suas mais diversas formas: identificação, prevenção, diagnóstico, ato terapêutico e reabilitação. Por um lado, funcionam como espécie de prevenção primária e secundária, intervindo seja nas condições do sofrimento ainda não convertido em adoecimento psíquico, seja pelo diagnóstico e tratamento precoces, antes que o sofrimento se intensifique e chegue a extremos de desconstrução da realidade, comportamentos autodestrutivos e suicidas. Seu objetivo, neste sentido, buscam revelar “o diagnóstico precoce para instituir rapidamente a terapêutica, corresponde a buscar formas para impedir que a enfermidade se enraíze ou provoque danos de tal monta que dificulta ou mesmo inviabiliza a possibilidade de tratamento” (Birman e Costa, 1994, p. 55).

Por outro lado, funcionam como mecanismo de medicalização e individualização das contradições e impasses geradores do sofrimento, sejam estes impasses quais sejam. Isto não significa que o cuidado clínico não seja importante quando, em determinados casos, é necessário. Afinal, o impasse pode ter um fundamento concretamente libidinal ou predominantemente pessoal. Contudo, a inserção do sofrimento psíquico sob a tutela da psiquiatria, e sua abordagem majoritária pela clínica, radicaliza o processo de individualização e, no limite, pode intensificar a sobrecarga individual e sofrimento, e (quando mal-conduzida) alienar o indivíduo dos impasses e contradições sociais, que são causa material do sofrimento. Podem ter o efeito contrário do que se espera de uma clínica psicanalítica emancipadora, como meio de “evitar o enfrentamento com [nossas] questões subjetivas” (Kehl, 2009, p. 16) e suas condições materiais de produção, no lugar de coloca-las em questão. Isto porque ao medicalizar o sofrimento e reafirmá-lo como um processo individual, recoloca-se sobre o indivíduo a responsabilidade por impasses que podem, também, ter natureza supra-individual: demandas excessivas da universidade, demandas familiares e de trabalho, relações abusivas, dificuldades de formação e desempenho acadêmico, e assim por diante. São contradições essencialmente sociais e políticas que, ao serem medicalizadas, são *psicologizadas*, individualizadas e descoladas de seu contexto social e político, e das possibilidades de serem coletivamente articulados.

De fato, ainda que haja estratégias diferenciadas no *Mapa da Saúde Mental na USP* (como terapias de grupo e aulas de meditação e yoga), 68% dos serviços listados são ofertas

de atendimento psicológico e psiquiátrico individual. Exceção feita ao Instituto de Física de São Carlos (IFSC/USP) que aposta em palestras, acolhimento e orientação, e ao programa de tutorias da Faculdade de Odontologia (FO/USP) – que corresponde a 8% dos serviços listados; ainda que os demais 24% apostem em práticas complementares e terapias de grupo, estas são também estratégias individualizantes e não há nenhuma perspectiva de pensar o sofrimento e possibilidades de resposta coletivamente organizadas, transformações institucionais, ou sob o ponto de vista socioestrutural. Há espaços na USP que tentam pensar o sofrimento sob outra perspectiva, ou suas causas institucionais, a exemplo de comissões de acolhimento e orientação como na Faculdade de Economia e Administração de Ribeirão Preto (FEA-RB USP), ou o Comitê de Ética e Direitos Humanos da Faculdade de Saúde Pública (FSP/USP). Mas a ausência de espaços desta natureza no mapeamento (feito a partir de respostas das próprias unidades) do Jornal da USP, revela muito sobre a percepção do que diz respeito à saúde mental dos estudantes e o que não diz. Revela sobre o entendimento de que a saúde mental é um monopólio clínico-terapêutico, majoritariamente individual, e que demanda esforços de normatização. E aqui reside outro aspecto problemático desta lacuna no *Mapa*.

Toda terapêutica é, em última instância, uma tentativa de retorno à normalidade. Esta normalidade pode ser orgânica, como o retorno à normatividade biológica de Canguilhem (2012), ou de retorno à normalidade social: o retorno ao espaço da comunidade, da família, do trabalho, da Universidade, e ao desempenho normal das atividades nestes espaços de sociabilidade, onde se desenrola nosso mundo da vida. Na perspectiva terapêutico-preventivista, que marca as estratégias clínicas, o adoecimento psíquico é “falhar nos mecanismos interativos da ‘Comunidade’ constituída, e curar é restabelecer este equilíbrio” (Birman, Costa, 1994, p. 56), das tensões que caracterizam espaços como o trabalho ou a Universidade e que, em dado momento, tornou-se insuportável para quem (por isto) adoeceu. A promoção de reequilíbrio pela clínica não toca nestas tensões, tampouco cria mecanismo para disputa-las.

As tensões, contradições, impasses e eventuais omissões ou abusos, que compõem o ambiente universitário demandam participação política e articulação coletiva dos estudantes. Desconhecer isto significa sobrecarregar o estudante com estas demandas, reafirmando-as como responsabilidade individual, ou aliená-lo de seu protagonismo enquanto se retomam respostas individuais para questões coletivas, institucionais, políticas ou sociais.

Educação em saúde mental

Sobre a estratégia de educação em saúde mental através de disciplinas de graduação, extensão e pós-graduação; assim como o atendimento clínico, destacamos a importância de criar espaços de formação de recursos humanos para o cuidado em saúde mental, assim também para difusão de conhecimentos, e discussão entre estudantes quebrando o silêncio e estigma relacionado ao sofrimento. Contudo, adotá-las como estratégias isoladas, sem levar em conta as dimensões supra-individuais ligadas ao fenômeno, mostra-se uma aposta ineficaz e, no limite, potencialmente agravadora da situação.

Há, portanto, que se considerar alguns aspectos problemáticos desta estratégia. Primeiramente, quanto à formação de professores, estudantes e funcionários da Universidade como agentes de identificação, prevenção, acolhimento inicial de estudantes: é imperativo que a Universidade se comprometa com a contratação, parcerias com outras instituições de ensino, com coletivos da sociedade civil, ou outro mecanismo institucional adequado de ampliação do acesso a atendimento com profissionais capacitados, experientes e com formação adequada para acolher o sofrimento psíquico (Fukumitsu, 2018; USP, 2018-c, 2018-d; Kovacs, 2018; Vedana, 2018). Investir na formação de estudantes, professores e funcionários como agentes de prevenção pode desconsiderar e intensificar o sentimento de insegurança e sobrecarga individual destes atores.

Desconsidera ainda as contradições do trabalho docente, responsabilizando-os pela identificação do sofrimento entre estudantes, ao mesmo tempo em que silencia sobre desgaste e sobrecarga dos docentes, falta de condições materiais (tempo, espaço físico, rede de apoio e retaguarda) e técnicas para lidar com a complexidade do sofrimento, além do fato crucial de que muitos professores e funcionários passam também por sofrimento e adoecimento, e isto precisa ser levado em consideração e cuidado. Estas perspectivas preventivistas e clínico-individuais

condizem com a percepção de que o sofrimento é traço individual e desconsidera dimensões supra-individuais.

Outra questão central é qual a ligação entre educação e saúde mental, isto é, qual relação há entre educação em saúde mental e a prevenção de sofrimento ou comportamentos destrutivos. Esta não é, de forma alguma, uma questão nova e, já nos séculos XVIII e XIX, os movimentos higiênico-pedagógicos buscaram promover saúde e higiene através da educação, apoiados na família e nas escolas (Costa, 2003). Nos Estados Unidos da América, Costa (1980, p. 61) descreve “faraônicos programas educativos de saúde mental dos anos 60 [que] em nada alteraram a sanidade psicológica daquele povo”. No Brasil, a educação em saúde mental foi vastamente perseguida pela Liga Brasileira de Higiene Mental, no primeiro quarto do século XX, e a discussão foi retomada nos anos 1970 e 1980, em meios aos debates da Psiquiatria Preventiva e Comunitária. Como explica Costa, educar em saúde mental significa, na prática, passar conhecimento técnicos – psicológicos, médico-psiquiátricos, neurolinguísticos e assim por diante – aos estudantes, seja por profissionais de saúde, pela família, ou instituições de ensino, como a USP, a partir do que cada educador entende como *boa saúde mental*: “O raciocínio é simples: existirão tantas ‘boas educações psicológicas’ quantas forem as preferências teóricas dos responsáveis pela educação” (idem, p. 60).

A oferta de disciplinas para promoção de saúde mental, ou prevenção de sofrimento, entre estudantes parte do pressuposto de que há uma relação *positiva* entre maior saúde mental e a aquisição de conhecimentos técnico-científicos em saúde mental, isto é: quanto mais conhecimento sobre o sofrimento ou o suicídio, mais “bem-estar” e saúde mental e menos casos de comportamento suicida. A prática técnica se caracteriza pela manipulação de instrumentos técnico-científicos empregados na transformação de determinado objeto (Donnangelo, 1979) que, neste contexto, refere-se genericamente ao sofrimento ou adoecimento psíquico, sejam estes tomados como demanda natural ou produto social. Em outras palavras, estas disciplinas pressupõem que a aquisição de conhecimento técnico-científico sobre o sofrimento e o suicídio contribui para sua prevenção, e desenvolveria competência para transformar positivamente o quadro individual de saúde mental, reduzindo o sofrimento, e ideações e comportamentos destrutivos nos estudantes que adquiriram estes conhecimentos técnico-científicos.

A experiência história não nos mostra um horizonte otimista. Em parte, porque quando se educa em saúde mental, não é saúde mental que se produz, mas antes se produz normalidade social, no sentido já discutido: o retorno ao desempenho de atividades e comportamento normais em espaços de sociabilidade, como o trabalho ou a Universidade. O que se adquire não são instrumentos para encontrar bem-estar e felicidade, mas técnicas de autogoverno ou auto-gestão. A aquisição de conhecimentos técnico-científicos em saúde mental tem por objetivo reforçar determinados comportamentos e práticas de *ascese pessoal* e autodisciplina, apresentados através de saberes psicológicos, para “fortalecer o eu, adaptá-lo melhor à realidade, torna-lo mais operacional em situações difíceis” (Dardot, Laval, 2016, p. 339), uma ideologia de que o *verdadeiro-eu* é uma questão de escolhas e esforço pessoal, como fetichização do indivíduo autônomo.

No âmbito da Universidade, não é necessariamente mais saúde mental que se produz com a educação em saúde mental, mas possivelmente maior resiliência e adaptabilidade a uma lógica de ensino adoecedora; adquire-se instrumentos não para promover saúde mental, mas para melhor navegar o campo minado do ambiente acadêmico e suas exigências de desempenho e produtividade intelectual – sem, contudo, alterar este ambiente problemático. É possível que as disciplinas ajudem a prevenir situações disparadoras de sofrimento. Mas, como é sedimentado no campo da Saúde Coletiva, saúde e doença não são dois lados de uma mesma moeda (Ayres, 2007) e tentar prevenir o sofrimento psíquico não se traduz, necessariamente, em maior saúde mental ou bem-estar, mas apenas na (tentativa de) evitação de situações de conflito e tensão.

A formação para competências em saúde mental, ecoa por analogia as discussões sobre “competência médica” em Boltansky (1979) e “competência psicológica” de Freire Costa (1980). Acredita-se que a educação em saúde poderia contribuir para uma re-apropriação, por parte dos estudantes, do seu próprio sofrimento: ainda que não promovesse saúde mental, propriamente dita, poderia aumentar “a capacidade de traduzir sensações psíquicas em sintomas psicopatológicos” (idem, p. 62). Mas Costa, na década de 1980, já sinalizava a contradição inerente desta competência em saúde mental, ou psicológica: o que cresce não é “a taxa de sanidade psicológica mas a clientela

psiquiátrico-psicoterápica. Este fenômeno, que Castel **tão bem denominou de ‘apetite terapêutico’** das elites urbanas, é entendível quando vemos a ligação estreita que ele mantém com a educação” (idem, 62-3).

Com a presença massiva de serviços médico-psiquiátricos no mapeamento dos serviços de saúde mental da USP (2018-b), e a defesa do tratamento médico-psiquiátrico e psicofarmacológico como tratamento do adoecimento psíquico e para prevenção do suicídio (2018-d, 2018-e); além de uma ampliação do mercado médico-farmacêutico, a “competência em saúde mental”, nestes termos, contribuiria para a medicalização da vida acadêmica e a subjetivação individualizante das contradições sociais e políticas, e tensões da Universidade. Isto significa produção daquilo que se quer prevenir: sobrecarga, individualização, sofrimento. A subjetivação e individualização das contradições socialmente produzidas intensifica a responsabilização e culpabilização pessoais, e impõe um reducionismo nosológico, que descola estas contradições de seu contexto social. Assim, quanto mais se aprofunda a individualização, mais temos uma *sociedade psicológica*, do mal-estar e do risco de crise subjetiva. Reforça aquilo que denominamos *psicocultura*, quando categorias clínico-diagnósticas assumem lugar de código explicativo das crises, conflitos, riscos e contradições promovidos pelas mudanças sociais contemporâneas, que passam a ser significadas como questões psicológicas individuais, a serem compreendidas, enfrentadas e “curadas” individualmente.

Contudo, os afetos e a constituição psíquica individual resistem como a “natureza inconquistável”, que coloca em xeque as tentativas de prevenção do sofrimento (Freud 1996 [1930], p. 56), ainda que as maneiras dessa natureza individual se constituir sejam inevitavelmente sociais e histórica, isto não significa que sejam administráveis. Reputar o sofrimento individual como uma questão de autogestão, de autocuidado, é recoloca-lo como uma questão do indivíduo fazer escolhas certas (Beck, 2010; Beck e Beck-Gersheim, 2002; Salecl, 2005, 2012), é recolocar a questão sob o imperativo de escolhas e *auto-responsabilização* individuais, dependente de maior e melhor esforço, maior e melhor resiliência, melhor e mais eficientes técnicas de autogestão, melhores e mais eficientes escolhas individuais. Enfim, é reafirmar a cultura de (auto)culpabilização individual que intensifica o sofrimento, ainda que a intenção se oriente no sentido oposto.

Considerações Finais: Defesa de uma perspectiva supra-individual do sofrimento psíquico

O sofrimento psíquico é um fenômeno complexo, que envolve dimensões e relações de múltipla causalidade, e envolve questões extremamente delicadas de se lidar. Considerando esta complexidade, é necessário que as estratégias sejam articuladas também de forma complexa, entre as diferentes dimensões que podem gerar sofrimento e, em alguns casos, levar a evasão de estudantes, grave adoecimento, comportamentos autodestrutivos, comportamentos suicidas ou crises de desconstrução da realidade psíquica.

Não é possível pensar e atuar sobre o sofrimento sem considerar sua dimensão individual, que não diz respeito apenas ao sofrimento existencial e demandas libidinais, mas também história de vida, relações familiares, crises biográficas e assim por diante. A assistência clínica pode e deve ser uma estratégia central para lidar com o sofrimento, em um cuidado com profissionais qualificados e experientes, em uma clínica emancipatória e não-alienante, que leve o indivíduo a enfrentar suas questões subjetivas. Mas, mesmo na dimensão individual, isto não é suficiente e o sofrimento pode estar também ligado a fragilidades financeiras ou de formação educacional prévia, problemas de moradia e outras demandas de permanência estudantil e, portanto, demandará da Universidade políticas específicas para apoiar as demandas individuais e coletivas destes estudantes. Este deve ser um compromisso de toda instituição de ensino superior efetivamente preocupada com o sofrimento e comportamento suicida entre estudantes. Combinado à dimensão e eventuais causas individuais do sofrimento, ao pensar estratégias de ação e políticas institucionais, é imprescindível considerar fatores coletivos, institucionais e sociais.

As disciplinas sobre sofrimento e suicídio podem ser espaços fundamentais para pensar o fenômeno, para ampliar o debate e combater ao estigma, para formar quadros profissionais qualificados em saúde, bem como abrir espaço para que os estudantes se organizem coletivamente, em torno das demandas que associam com o sofrimento. Não apenas para demandar e consumir políticas universitárias, mas para atuar com protagonismo na elaboração, planejamento, execução e fiscalização destas políticas. Não sofremos sozinhos, e não sofremos apenas por fatores particulares. Sofre-se enquanto sociedade, sofre-se enquanto estudantes, professores, profissionais, sofre-se

como pessoa negra, mulher, LGBT, pessoa com deficiência e assim por diante. Então, há dimensões e determinações coletivas e institucionais do sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, é claro, que temos determinações particulares (história pessoal, crises familiares, constituição psíquica etc.), também há essa dimensão do comum, do coletivo e do social. Além da ampliação do acesso ao cuidado e projetos de educação em saúde mental, precisamos compreender quais determinantes supra-individuais influem no sofrimento, e buscar respostas efetivas na Universidade, compreendendo estas questões como demanda política na esfera pública: melhores condições de trabalho e estudo, segurança, melhorias na Universidade, financiamento para pesquisa, orçamento da educação, concurso para novos professores e funcionários diminuindo a sobrecarga sobre os trabalhadores e assim por diante.

Há uma cultura enraizada, socialmente aceita e subjetivamente internalizada de atribuição individual de culpa e responsabilidades. Trata-se de uma forma social historicamente construída: a responsabilização pessoal é uma construção ideológica, cultural e histórico-social. Não nos culpamos apenas porque alguém diz que é nossa culpa, mas porque a própria sociedade hoje se constituiu, historicamente, de forma a colocar o indivíduo no centro e como motor da sociedade (Beck, 2010). Isto não significa que não é possível buscar formas de re-coletivizar os desafios da Universidade, e ressignificar o sofrimento de forma a não culpabilizar exclusivamente o indivíduo. Uma dessas formas é ter espaços de discussão que desconstruam o imaginário social que leva à (auto)culpabilização individual.

É fundamental que os estudantes possam se articular coletivamente para que estas demandas sejam resolvidas. Cabe à universidade incentivar esta organização dos estudantes, garantir espaços e condições para os estudantes se organizarem, e meios institucionais para estas demandas serem reconhecidas. Estes espaços não substituem a organização dos estudantes, mas podem e devem ser canais de articulação e apoio das demandas estudantis.

Referências

AYRES, J. R. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17 (1), pp. 43-62, 2007.

BECK, U. **Sociedade de Risco**: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2010.

_____. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In BECK, U., GIDDENS, A., LASH, S. **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. 2. Ed. São Paulo: Editora UNESP, pp. 11-87, 2012.

_____. **A Europa alemã**: de Maquiavel a “Merkievel”: Estratégias de poder na crise do Euro. Lisboa: Edições 70, 2013.

BECK, U; BECK-GERNSHEIM, E. . **Individualization**: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences. London: Sage Publications, 2002.

_____. **O Caos Totalmente Normal do Amor**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2017.

BIRMAN, J. O Mal-Estar na Modernidade e a Psicanálise: A Psicanálise à Prova do Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 8 (1), pp. 123-44, 1998.

_____. **O sujeito na contemporaneidade**: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

BIRMAN, J., COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In. AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 41-72, 1994.

BOLTANSKY, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, Jurandir Freire. Saúde Mental, produto da educação? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 11, pp. 59-66, 1980.

____. **Violência e Psicanálise**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

DARDOT, P., LAVAL, C. **A nova razão do mundo**: Ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DONNANGELO, M. C. Saúde e Sociedade. In , DONNANGELO, Maria Cecília F., PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, pp. 11-94, 1979.

FREUD, S. Os Arruinados pelo Êxito (1916). In **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (1914-1916)**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

____. O Mal-Estar na Civilização (1930). In **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (1927 - 1931)**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FUKUMITSU, K. O. Suicídio e a verdade levada juntamente com quem se matou. **Jornal da USP**, São Paulo, 04 mai. 2018. Disponível em <https://jornal.usp.br/artigos/suicidio-e-a-verdade-levada-juntamente-com-quem-se-matou/>. Acesso em out. 2018.

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DE SÃO PAULO (FAPESP). Distúrbios na academia: Universidades trabalham no desenvolvimento de estratégias de prevenção e atendimento psicológico de alunos de graduação e pós-graduação. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, edição 262, dez. 2017. Disponível em <http://revistapesquisa.fapesp.br/2017/12/28/disturbios-na-academia/>. Acesso em Janeiro/2018.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural na esfera pública**: Investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

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

HOBSBAWM, E. **Era dos Extremos**: O breve século XX 1914-1991. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IANNI, O. **Capitalismo, violência e terrorismo**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2004.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão**: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.

KOVACS, M. J. Suicídios: o que ainda precisa ser dito. **Jornal da USP**, São Paulo, 06 ago. 2018. Disponível em <https://jornal.usp.br/artigos/suicidios-o-que-ainda-precisa-ser-dito/>. Acesso em out. 2018.

LEÃO, T. **Loucura, psiquiatria e sociedade: o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil**. 325 pp. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.

MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SALECL, R. **Sobre a ansiedade**. São Leopoldo-RS: Editora Unisinos, 2005.

____. **Sobre a felicidade**: ansiedade e consumo na era do hipercapitalismo. 2 ed. São Paulo: Alameda, 2012.

SIMMEL, G. As metrópoles e a vida mental. In _____. **Fidelidade e gratidão e outros textos**. Lisboa:

Relógio D'Água Editores, pp. 75-94, 2004.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Escritório de Saúde Mental da USP atende alunos em sofrimento. **Jornal da USP**, São Paulo, 22 ago. 2018-a. Disponível em <https://jornal.usp.br/atualidades/escritorio-de-saude-mental-da-usp-atende-alunos-em-sofrimento/>. Acesso em out. 2018.

____. Conheça os serviços voltados à saúde mental na USP. **Jornal da USP**, São Paulo, 18 set. 2018-b. Disponível em <https://jornal.usp.br/universidade/setembroamarelo/>. Acesso em out. 2018.

____. Atividade física diminui tentativa de suicídio entre adolescentes. **Jornal da USP**, São Paulo, 02 jul. 2018-c. Disponível em <https://jornal.usp.br/atualidades/atividade-fisica-diminui-tentativa-de-suicidio-entre-adolescentes/>. Acesso em out. 2018.

____. Suicídio de universitários alarma psicólogos. **Jornal da USP**, São Paulo, 02 jul. 2018-d. Disponível em https://jornal.usp.br/atualidades/___trashed-8/. Acesso em out. 2018.

____. **Jornal da USP**, São Paulo, 24 jul. 2018-d. Disponível em <https://jornal.usp.br/atualidades/psicose-nem-sempre-tem-cao-conhecida/>. Acesso em out. 2018.

____. Estigma dificulta tratamento de estudantes com doenças mentais. **Jornal da USP**, São Paulo, 02 fev. 2018-e. Disponível em <https://jornal.usp.br/atualidades/estigma-dificulta-tratamento-de-estudantes-com-doencas-mentais>. Acesso em abr. 2018.

____. Pró-Reitoria de Graduação lança oito novas disciplinas este ano. **Jornal da USP**, São Paulo, 23 abr. 2019. Disponível em <https://jornal.usp.br/institucional/pro-reitoria-de-graduacao-lanca-oito-novas-disciplinas-este-ano/>. Acesso em abr. 2019.

VEDANA, K. A necessidade de profissionais que enfrentem o suicídio. **Jornal da USP**, São Paulo, 25 set. 2018. Disponível em <https://jornal.usp.br/artigos/a-necessidade-de-profissionais-que-enfrentem-o-suicidio/>. Acesso em out. 2018.

ŽIŽEK, S. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.

____. **Vivendo no fim dos tempos**. São Paulo: Boitempo, 2012.

Recebido em 29 de abril de 2019.

Aceito em 24 de junho de 2019.