



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

VERA MARIA SÉRGIO DE ABREU VIEIRA

**REFLEXÕES SOBRE SAÚDE MENTAL, VULNERABILIDADE E
INTERSECCIONALIDADE ENTRE ESTUDANTES EM UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA**

Salvador
2019

VERA MARIA SÉRGIO DE ABREU VIEIRA

**REFLEXÕES SOBRE SAÚDE MENTAL, VULNERABILIDADE E
INTERSECCIONALIDADE ENTRE ESTUDANTES EM UMA
UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia com concentração em Sistemas de Saúde como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Professora Ph.D. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté

Salvador
2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vieira, Vera Maria Sérgio de Abreu
Reflexões sobre saúde mental, vulnerabilidade e
interseccionalidade entre estudantes em uma
universidade pública brasileira / Vera Maria Sérgio
de Abreu Vieira. -- Salvador, 2019.
95 f.

Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.
Dissertação (Mestrado - Saúde Coletiva) --
Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal
da Bahia, 2019.

1. Saúde mental. 2. Vulnerabilidade em saúde. 3.
Interseccionalidade. I. de Oliveira Nunes de
Torrenté, Mônica. II. Título.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**


Vera Maria Sérgio de Abreu Vieira

**REFLEXÕES SOBRE SAÚDE MENTAL, VULNERABILIDADE E
INTERSECCIONALIDADE ENTRE ESTUDANTES EM UMA UNIVERSIDADE
PÚBLICA BRASILEIRA.**

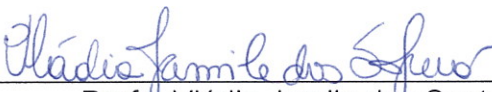
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 04 de julho de 2019

Banca Examinadora:



Profa. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté – ISC/UFBA



Profa. Vlândia Jamile dos Santos Jucá – FFCH/UFBA



Profa. Líliliana Santos – ISC/UFBA

Salvador
2019

Dedico esta pesquisa às/aos estudantes que depositam sua confiança no acolhimento do Núcleo de Atenção à Saúde da PROAE e compartilham seus anseios, dores e esperanças enquanto lutam contra o sofrimento emocional para permanecer nesta universidade até conseguirem a tão sonhada graduação, mesmo quando o mundo com suas regras diz que isso não é possível.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia que me ofertou um espaço organizado para estudar e conhecer pessoas que se interessam pelo bem-estar coletivo.

À minha orientadora, que direcionou meus pensamentos e me despertou para possibilidades que eu sozinha não conseguiria em tão pouco tempo.

Ao pessoal da PROAE que me auxiliou no acesso aos documentos necessários, com destaque para a equipe do NASIE que faz os acolhimentos das/os discentes que constituem a população deste estudo.

Às colegas (e o colega) da querida turma do Mestrado Profissional do ISC 2017.2 por demonstrar sincera preocupação umas com as outras (e com o outro) gerando uma maravilhosa sinergia.

Ao meu pai e minha mãe que me deram um lar onde aprendi a ler e escrever. Posso dizer que essa dissertação começou lá.

Ao meu marido que é o meu grande incentivador e motivador.

E a meu Pai Celestial que em sua infinita bondade permitiu que tudo isso fosse possível.

“De perto ninguém é normal’; é verdade! Mas, pode-se dizer também
que ‘de perto ninguém é anormal’.”

Ernesto Venturini (1995, apud Amarante, 2000 p. 16)

RESUMO

Ao refletir as características da sociedade na qual está inserida, a universidade pública brasileira tem identificado cada vez mais entre seu público estudantil, fatores que desafiam sua qualidade de vida. Dentre eles encontram-se os desafios relacionados à saúde, desigualdades e discriminação social. Neste contexto, esta dissertação realiza uma análise da relação entre vulnerabilidade em saúde e a intersecção de eixos de opressão entre estudantes de graduação acolhidos pela assistência estudantil que apresentam relato de experiência de sofrimento/transtorno mental. A partir das categorias individual, social e programática da vulnerabilidade, expõe resultados fundamentados nas narrativas dos sujeitos participantes. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa no âmbito da Saúde Coletiva que utiliza as técnicas de entrevista semiestruturada e análise documental. Dos 217 estudantes estabelecidas/os como população da pesquisa, 43 foram excluídas/os por documentação incompleta ou inacessível. Com os 174 restantes, foi feita a análise do perfil sociodemográfico. A definição do grupo para realização das entrevistas considerou estudantes que declaram viver em condições de desigualdade e opressão a partir da compreensão da interseccionalidade. De 12 estudantes convidadas/os por e-mail, contato pessoal e/ou por telefonema, 7 responderam positivamente e após agendamento, as entrevistas foram realizadas em dias e horários diferentes. Os resultados apontam que a vulnerabilidade em saúde do/a estudante é largamente influenciada por consequência das opressões interseccionalizadas, principalmente na perspectiva social. Dá-se destaque para preconceitos de gênero, orientação afetivo-sexual, pobreza, cor e estigmas acerca de suas condições de saúde mental. As práticas institucionais, a partir da visão estudantil, favorecem a superação dos desafios identificados, mas, necessitam de melhor planejamento no que tange a divulgação e desburocratização do acesso a estas.

Palavras-chave: saúde mental, estudantes, vulnerabilidade em saúde, interseccionalidade.

ABSTRACT

Reflecting the society characteristics that it is inserted, the Brazilian public university has identified some more factors that challenge the lives' quality of its school people. Some of these factors include challenges about health, inequality and social discrimination. In this context, this reading analyzes the relationship between health vulnerability and the intersection of axes of oppression among the undergraduate students hosted by the student assistance that present a report of mental suffering/disorder experience. By the individual, social and programmatic vulnerability's categories show results based on the participant people's narratives. It is a study of quantitative and qualitative approach in Collective Health that uses the techniques of semi-structured interview and documentary analysis. From 217 students established as a research population, 43 were excluded by incomplete or inaccessible document. With the remaining 174, the analysis of sociodemographic profile was done. The definition of the group to do the interview considered students that declare to live in conditions of inequality and oppression from the understanding of intersectionality. 12 students were invited by email, personal contact or phone, 7 responded positively and after the scheduling, the interviews were done in different days and time. The results indicate the health vulnerability of the student is strong influenced by the consequences of intersectionalised oppression, mainly in the social perspective. The focuses are gender bias, affective-sexual orientation, poverty, color and stigma about their mental health conditions. The institutional practices, by the students' point of view, favor the overcoming of the identified challenges, but they need a better planning regarding the disclosure and unbureaucratization to the access to these practices.

Key words: mental health, students, vulnerability in health, intersectionality.

LISTA DE SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASIE: Núcleo de Atenção à Saúde Integral do Estudante

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PROAE: Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil

PNAES: Programa Nacional de Assistência Estudantil

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMURB: Serviço Médico Universitário Rubens Brasil

UFBA: Universidade Federal da Bahia

WHO: World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados anuais de atendimento/acolhimento

Tabela 2 – Dados anuais de acolhimento – saúde mental

Tabela 3 – Ano de ingresso na UFBA

Tabela 4 – Distribuição de estudantes por curso

Tabela 5 – Distribuição de estudantes por idade

Tabela 6 – Distribuição de gênero por raça/cor

Tabela 7 – Cidade de origem no momento de ingresso na UFBA

Tabela 8 – Distribuição por estado civil

Tabela 9 – Membro da família responsável pelas despesas familiares

Tabela 10 – Número de membros da família

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	14
2. INTRODUÇÃO	16
3. OBJETIVOS	22
3.1 GERAL	22
3.2 ESPECÍFICOS	22
4. O NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DO ESTUDANTE	22
4.1 NASIE EM NÚMEROS	24
5. ELEMENTOS CONCEITUAIS	25
5.1 SAÚDE MENTAL: REFLETINDO A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO	25
5.2 A SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO E SUA HISTÓRIA DE CUIDADO.....	30
5.3 CONTEXTUALIZANDO A VULNERABILIDADE NO ÂMBITO DA SAÚDE	37
5.4 INTERSECCIONALIDADE: QUANDO EIXOS DE OPRESSÃO MUDAM O CONTEXTO.....	43
5.5 QUANDO A INTERSECCIONALIDADE E VULNERABILIDADE DIALOGAM NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	45
6. O MÉTODO	48
7. ASPECTOS ÉTICOS	50
8. OS RESULTADOS	51
8.1 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL.....	52
8.2 VULNERABILIDADE SOCIAL	53
8.3 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	53
8.4 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	54
9. DISCUSSÃO	58
9.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	59
9.1.1 Participantes das entrevistas: contextualizando suas histórias.....	59

9.1.2 O perfil sociodemográfico.....	60
9.1.2.1 Gênero e identidade étnico/racial.....	61
9.1.2.2 Idade, estado civil e dependentes	63
9.1.2.3 O ingresso na universidade	64
9.1.2.4 Família e renda	64
9.2 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	65
9.3 VULNERABILIDADE SOCIAL.....	67
9.4 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA.....	72
9.5 PRÁTICAS INSTITUCIONAIS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE	74
10 CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE 1 – Roteiro base para as entrevistas.....	88
APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
ANEXO 1 – Formulário Socioeconômico	91

1. APRESENTAÇÃO

Falar sobre saúde mental está tornando-se algo cada vez mais comum e necessário à medida que percebemos que mais e mais pessoas próximas a nós estão enfrentando experiências de sofrimento/transtorno mental. Diversos desafios do cotidiano, em grande parte ligados às consequências de viver em uma sociedade baseada em um capitalismo excludente, explorador e segregador, podem gerar desconfortos emocionais e quanto menos as pessoas conseguem responder às suas necessidades e às expectativas que o mundo tem sobre elas - que nem sempre condizem com os próprios anseios -, maior pode ser esse sofrimento. Conviver com essas pessoas que estão enfrentando ou já superaram esse desafio me fez refletir sobre a promoção da saúde de forma a prevenir tais situações, ou, ao menos, evitar seu agravamento. Estudar a temática de forma a me municiar de informações que me auxiliem a agir mais prontamente como suporte para elas foi uma das estratégias encontradas para sentir-me mais útil para a sociedade. Saindo do âmbito pessoal e adentrando o mundo do trabalho, as observações seguem a mesma linha: é cada vez maior o número de pessoas relatando experiências de sofrimento/transtorno mental.

Minha trajetória profissional é marcada pelo cuidado e promoção do empoderamento do indivíduo, inicialmente com o trabalho técnico em enfermagem e posteriormente com a formação em serviço social. Desde 2014, essa capacitação foi desafiada ao participar de intenso trabalho na construção, implementação e gestão do Núcleo de Atenção à Saúde Integral do Estudante - NASIE na Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil - PROAE da Universidade Federal da Bahia - UFBA. O NASIE se propõe a auxiliar estudantes (prioritariamente cadastradas/os na PROAE) no enfrentamento de questões ligadas à saúde que impactam o desempenho acadêmico bem como na promoção da saúde desse público. Através desse processo, foi possível aprimorar a visão sobre as possibilidades da atenção à saúde como um alicerce essencial para o desenvolvimento da qualidade de vida, agora com foco universitário. Em pouco tempo observou-se um elevado percentual de estudantes com experiência de sofrimento/transtorno mental entre o público estudantil lá recebido, assim, as atividades educativas e a capacitação profissional ganharam o foco da saúde mental.

A oportunidade de estudar o tema de forma sistemática e supervisionada em um ambiente acadêmico com a seriedade e respeito do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, além de promover

melhorias na atuação profissional, aumentou minha capacidade de multiplicar informações de qualidade para as pessoas ao meu redor e a apresentação dessa pesquisa é uma representação desse crescimento pelo qual expresso sincera alegria.

2. INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, publicados em 2016, houve um expressivo aumento no número de matrículas na educação superior (em cursos de graduação e sequencial) no Brasil num interstício de 10 anos – 2006-2016 – ultrapassando a marca de 60%. Para as matrículas realizadas na rede pública, que, no Nordeste diferentemente do sul do país, é maior que na rede privada, o maior acesso ocorre nas instituições federais, sendo que mais de 80% concentram-se nas universidades.

Em 2010, com a criação do Sistema de Seleção Unificada – SISU do Ministério da Educação Brasileiro – MEC, muitos estudantes passaram a acessar estas vagas nas instituições públicas de ensino superior através da avaliação do Exame Nacional do Ensino Médio - ENEM, intensificando a migração para as diversas regiões do país e promovendo maior heterogeneidade ao público estudantil das universidades federais. Assim, o aumento significativo do número de estudantes nas universidades e a heterogeneidade de perfis trouxeram, para dentro deste ambiente de ensino, alguns dos fenômenos da contemporaneidade experienciados por esses grupos sociais. Dentre estas ocorrências, destacam-se mal-estares, sofrimentos sociais e psíquicos e outros desafios existenciais que estes indivíduos vivem, relacionados a fatores econômicos e socioculturais - o que envolve suas dinâmicas familiares, redes sociais, inserção no mundo do trabalho, segurança e saúde – além das relações de gênero, classe e étnico-raciais. Pode-se sugerir, então, que as universidades brasileiras refletem mais fidedignamente a imagem da sociedade na qual estão inseridas quanto mais incluem pessoas pertencentes aos seus diferentes segmentos sociais. Ao receber este público ampliado, contemporâneo e diverso, a universidade torna-se então responsável por buscar compreender sua nova realidade, o que exige contínua procura por respostas que se adequem às expectativas e necessidades de seu público estudantil.

Baseado em relatórios da Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior – Andifes (representante das universidades federais no diálogo com entidades representativas da sociedade e o governo federal), é possível fazer uma análise do perfil socioeconômico das/os estudantes de graduação das IFES brasileiras. Em 1996, no critério socioeconômico, na região Norte, 80,32% da categorial estudantil era potencialmente demandante de assistência ao estudante, seguido da região Centro-Oeste com 50,77%, Nordeste com 49,86%,

Sudeste 39,88% e Sul 34,55% (ANDIFES, 1997, p. 12). Em 2004, 42,8% de estudantes em nível nacional pertenciam a famílias com renda mensal de até R\$ 927,00 (aproximadamente 3,5 salários mínimos, uma vez que o valor vigente na época era de R\$ 260,00), sendo então considerados, pelo documento, como o público com potencial para demandar assistência estudantil (ANDIFES, 2004, p. 33). Em 2014, a estimativa nacional de estudantes com renda per capita de até 1,5 salário mínimo - o equivalente a R\$ 1.086,00 - (nota-se que a variável utilizada nesta pesquisa difere dos anos anteriores, passando a ser considerada a renda per capita), era de 66,19%, com maior concentração destes na região Nordeste. Outro dado importante foi a redução de estudantes com renda bruta familiar de mais de dez salários mínimos, que passou de 34,9% em 2004 para 10,6% em 2014 (ANDIFES 2004, p. 35-36; ANDIFIES 2014 p. 08-09). Esse conjunto de informações permite afirmar que uma parte considerável da comunidade estudantil nas universidades federais brasileiras pertence à classe social economicamente menos favorecida do país, por tanto, mais expostas aos riscos biopsicossociais que se desenvolvem por consequência das desigualdades fortemente presentes nesse meio.

Deste modo, visando ao suporte minimamente necessário para a manutenção desses estudantes e ao êxito no curso de suas trajetórias acadêmicas, o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) – decreto nº 7.234 de 20 de julho de 2010 – apresenta os seguintes objetivos:

- I – Democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal;
- II - Minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência e conclusão da educação superior;
- III - Reduzir as taxas de retenção e evasão; e
- IV - Contribuir para a promoção da inclusão social pela educação. (Art. 2º)

Este programa estabelece dez áreas onde deverão ser desenvolvidas ações para apoio estudantil, sendo elas: moradia, alimentação, transporte, atenção à saúde, inclusão digital, cultura, esporte, creche, apoio pedagógico e acesso, participação e aprendizagem de estudantes com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento, altas habilidades e superdotação. Assim, sob a égide norteadora do PNAES, cabe à gestão das Universidades Federais em âmbito local planejar e executar ações para contribuir na melhoria do desempenho acadêmico, prevenir a evasão¹ e a

¹ Por ser um “fenômeno complexo”, a ANDIFES adota as seguintes dimensões para evasão: “**evasão de curso**: quando o estudante desliga-se do curso superior em situações diversas tais como: abandono (...), desistência (oficial), transferência ou reopção (...), exclusão por norma institucional; **evasão da instituição**: quando o estudante

retenção² decorrentes de exiguidade financeira e outras adversidades que estas/estes estudantes enfrentam.

Na Universidade Federal da Bahia, a gestão do PNAES é responsabilidade da Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil (PROAE), um órgão da administração central da UFBA que estabelece, como uma de suas funções,

Assegurar a permanência bem sucedida de estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, por entender que estes(as) têm maior probabilidade de adiar, ou mesmo interromper, sua trajetória acadêmica devido a condições adversas que interferem concretamente na sua presença no contexto universitário. (www.proae@ufba.br)

Nota-se que, tanto no nível nacional (PNAES) quanto local (PROAE), a categoria permanência é destacada, evidenciando sua importância para a trajetória estudantil na universidade. Para Cislighi (2008), a permanência da/do estudante na instituição de ensino até a integralização do curso é um processo complexo que relaciona fatores ligados às experiências dentro e fora do ambiente acadêmico. Ele apresenta que esta “é entendida como a situação na qual o estudante mantém o interesse, a motivação e encontra na IES as condições que considera essenciais para permanecer, frequentando regularmente o curso de graduação no qual ingressou” (p. 5). Concatenando com este conceito, Nunes e Veloso (2016) destacam que ações institucionais, como ensino de qualidade, apoio psicopedagógico, orientação acadêmica e elementos que colaborem para ambiência adequada, contribuem para a garantia do êxito acadêmico até a almejada integralização do curso.

Cislighi (2008) expõe um modelo com diferentes perspectivas e possibilidades de intervenção institucional para a promoção da permanência que contempla as especificidades das IES brasileiras. Uma dessas perspectivas refere-se aos recursos da instituição (bolsas acadêmicas, vagas para moradia, melhorias em bibliotecas, etc.) e a outra – onde as IES têm maior espaço para atingir resultados mais significativos – envolve ações que influenciam a/o estudante para que esta/este continue frequentando o curso no qual ingressou e agrega fatores como “satisfação, motivação, segurança, condições para progresso no aprendizado” (p. 74-75). Neste campo, os

desliga-se da instituição na qual está matriculado; **evasão do sistema**: quanto o estudante abandona de forma definitiva ou temporária o ensino superior (ANDIFES 1996, p. 13, 15)

² Para o Ministério da Educação – MEC “fica definido por Aluno Retido o aluno que permanece matriculado por período superior ao tempo previsto para integralização do curso” (BRASIL, 2015, art. 4º)

estudos de Vincent Tinto (1997; 2003) apontam que as atividades em sala de aula têm influência direta sobre a permanência, porque podem modificar a forma como alunos e professores interagem, e, ao perceber o ganho vinculado ao estudo, a/o estudante tem maior tendência a permanecer até a conclusão do curso. Ele destaca cinco fatores que devem ser considerados na avaliação de aspectos da permanência: as expectativas das/dos estudantes, o apoio social e acadêmico, as questões relacionadas à aprendizagem, avaliação e feedback, o envolvimento acadêmico e interação e as ações administrativas. Ele ainda ressalta que a experiência na universidade, influenciada pela integração (envolvimento) acadêmica e social, é vivida e sentida de forma diferente por cada sujeito e pode se modificar no transcorrer do curso.

Baseado no exposto, a permanência estudantil está mais relacionada com as condições que as instituições oferecem às/aos estudantes do que com os atributos e esforços individuais de cada um; assim, as ações institucionais para a permanência devem se estender para além do suporte financeiro. Devem estimular a formação de redes sociais dentro do ambiente acadêmico, promover ensino motivador, suporte psicopedagógico, ambiente propício à superação de preconceitos e violências e outras questões que se manifestam neste ambiente à medida que ele se (trans)forma na interação com a sociedade.

Um dos desafios que tem ganhado destaque na gestão do PNAES na UFBA para assegurar e democratizar a permanência é o suporte às questões relacionadas à saúde estudantil. Ao definir saúde, a Organização Mundial de Saúde estabelece uma conexão entre o bem-estar físico, mental e social; sendo assim, qualquer desordem em uma dessas esferas pode significar o comprometimento da saúde global do indivíduo. Especificamente sobre saúde mental, a mesma organização aduz que, devido aos aspectos subjetivos que a envolvem, como por exemplo aqueles relacionados às diferenças culturais, este conceito pode sofrer variações. De um modo geral, no entanto, para a WHO (2004) há consenso ao estabelecê-la como um bem-estar consequente à capacidade do indivíduo de perceber-se produtivo, contribuir positivamente para a sociedade e administrar o stress natural da vida.

Como forma de exemplificar a importância de intervenções na área da saúde mental, dados da OMS (2017) indicam que a depressão é uma doença de proporções mundiais de grande impacto, com mais de 300 milhões de pessoas acometidas por ela em 2015 e que o Brasil apresenta as maiores taxas de prevalência de depressão e ansiedade da América Latina. Destaca-se também que

a depressão está intrinsicamente relacionada com mortes por suicídio (cerca de 800.000 por ano) e nesse mesmo ano, entre jovens de 15 a 19 anos, o suicídio representou a segunda principal causa de morte no mundo. No Brasil, segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde publicado em 2017, de 2011 a 2015 a taxa de mortalidade por suicídio entre jovens de 20 a 29 anos foi de 6,8 por 100 mil habitantes. Dos casos de tentativas de suicídio de jovens dessa mesma faixa etária registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN entre 2011 e 2016 cujo desfecho não resultou em óbito, 8.551 foram do sexo feminino e 4.646 do sexo masculino.

Como já apresentado, a UFBA, por participar do quadro nacional de expansão do acesso ao ensino superior e também por receber um público heterogêneo oriundo dos diversos municípios do país, em algum nível, reflete em seu público estudantil alguns dos fenômenos que ocorrem na sociedade brasileira, incluindo a esfera das complicações de saúde. Por ausência de dados epidemiológicos que comprovem a representatividade desse público e contribuam para a generalização de todo o contingente estudantil desta universidade, em escala menor – e não representativa de todo esse público – este pressuposto de uma variedade de problemas de saúde relacionados à diversidade de grupos sociais pode ser identificado no conjunto de estudantes que são assistidos pelas ações da PROAE através do Núcleo de Atenção à Saúde Integral do Estudante. Esse núcleo tem, entre seus objetivos, a proposta de “acolher, encaminhar e acompanhar o estudante (...) nos casos que envolvam a saúde do mesmo com foco na melhoria da qualidade de vida universitária” (Projeto NASIE-PROAE-UFBA, 2014). No ano de 2017, cerca de 52% dos acolhimentos de novos discentes feitos por sua equipe apresentaram queixas relativas à saúde mental.

Considerando que a PROAE atende prioritariamente estudantes com renda per capita de até 1,5 salário mínimo (associado ou não a outros agravantes sociais), pode-se sugerir que os dados que ela produz falam, de modo muito mais relevante, de uma população mais pobre e socialmente vulnerável. Sobre a saúde mental deste segmento populacional, é significativo ressaltar estudos, como o apresentado em 2004 por Almeida-Filho e colaboradores, indicando que há maior prevalência de fenômenos de sofrimento/adoecimento mental entre indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Nunes e Campos (2014) a partir de estudos epidemiológicos, percebem que situações de vulnerabilidade expandem taxas de transtornos mentais comuns e que pessoas acometidas de transtornos mentais graves tendem a decrescer na escala social e afirmam

que “condições de pobreza aumentam o risco de adoecimento mental” (p. 501). Gama, Campos e Ferrer, 2014 destacam que

As relações entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social são muito complexas e exigem uma série de reflexões e contextualizações para serem compreendidas de forma que não reproduzam uma lógica simplista que associa “loucura” e “pobreza”, reforçando a estigmatização e o preconceito com relação à população menos favorecida. Ao mesmo tempo, problematizar esta questão pode indicar direções para boas práticas na área de saúde mental. (p. 70)

Existe uma vasta publicação de trabalhos que mostra o interesse da comunidade acadêmica na produção de informação científica sobre a saúde mental de estudantes de nível universitário, apresentando dados que despertam a necessidade de intervenção institucional. Especialmente para o público atendido pelo NASIE, encontram-se os agravantes da vulnerabilidade socioeconômica e os relatos de sobreposição de processos discriminatórios, desigualdades e manifestações de opressão o que torna mais instigante compreender como estes fatores se relacionam entre si a partir da narrativa de estudantes que enfrentam desafios relacionados ao comprometimento da saúde mental. Como forma de buscar resposta para os muitos questionamentos que podem eclodir ao planejar estratégias para acolher e orientar esse grupo de estudantes com características tão específicas, essa pesquisa se debruça sobre o desafio de ampliar olhar sobre a seguinte problemática: diante do elevado percentual de estudantes com experiência de sofrimento/transtorno mental, a subjetividade enquanto campo que considera as manifestações das histórias individuais, culturas, formas de lidar com os desafios, desejos, expectativas etc., expande largamente o leque de possibilidades de reações diferentes e necessidades múltiplas de suporte para o enfrentamento de seus desafios, mesmo quando essas/esses estudantes são expostos/os às mesmas condições, tornando a tarefa de estabelecer e qualificar as ações institucionais que o atendam satisfatoriamente, demasiadamente complexa. Assim, analisar fenômenos que podem compor o aspecto multifatorial da saúde mental torna-se uma tarefa de grande importância, contribuindo para a construção de uma universidade mais atenta aos desafios da contemporaneidade.

Para expor os resultados da pesquisa este estudo está dividido em capítulos que expõem reflexões teóricas e informações quantitativas e qualitativas produzidas a partir dos dados coletados e da revisão de literatura. Os primeiros capítulos tratam da aproximação pessoal com a temática e contextualiza dados que atestam a pertinência do estudo. O capítulo cinco está dividido em cinco seções que apresentam os elementos conceituais: saúde mental, vulnerabilidade em saúde e

interseccionalidade, percorre a história expondo o surgimento da ideia do cuidado da saúde mental de estudantes universitários e o diálogo entre vulnerabilidade e interseccionalidade neste campo. Os capítulos seis e sete tratam do método e aspectos éticos. No capítulo oito estão expostos os resultados a partir de três categorias da vulnerabilidade: individual, social e programática e os dados sociodemográficos. A discussão desses dados é feita no capítulo nove e apresenta também a caracterização das/os sete participantes da fase de entrevistas e a construção do perfil sociodemográfico a partir dados dos 174 estudantes que compõem a população total da pesquisa.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar a intersecção de desigualdades e a vulnerabilidade em estudantes com experiência de sofrimento/transtorno mental

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico do público estudantil acolhido pelo NASIE com experiência de sofrimento/transtorno mental.
- Analisar os casos paradigmáticos, identificando suas dinâmicas interseccionais e sua relação com a vulnerabilidade.
- Identificar a partir das narrativas, as práticas institucionais quem favoreçam a superação dos problemas (desigualdades sociais interseccionadas e experiência de sofrimento/transtorno mental) vividos pelas/pelos estudantes.

4. O NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DO ESTUDANTE

Como já apresentado, a PROAE é o órgão na UFBA responsável pela gestão do Programa Nacional de Assistência Estudantil. Esta unidade possui três coordenações: a de Ações Afirmativas, Educação e Diversidade – CAAED, a Administrativo-Financeira e a Coordenação de Programas de Assistência Estudantil – CPAE. O NASIE encontra-se vinculado a esta última. Em 2014, após o Reitor João Carlos Salles indicar nova gestão para a PROAE, a Pró-reitora que assumiu a função propôs a criação de um núcleo para pensar em estratégias sobre como melhor atender as demandas de saúde das/os estudantes, considerando os limites e possibilidades da assistência estudantil. Em

seu projeto inicial, o NASIE estabeleceu como objetivo central acolher, orientar, encaminhar e acompanhar as/os estudantes vinculadas/os à PROAE nos casos relacionados à saúde. Esse objetivo foi se materializando através do acolhimento individualizado à medida que espontaneamente as/os estudantes buscavam ajuda da PROAE para resolver suas dificuldades relacionadas a saúde e eram direcionados ao núcleo por profissionais do próprio órgão. Esta ferramenta até agora é usada seguindo os mesmos princípios propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) que define que “o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes” (BRASIL, 2008). Importante destacar que o NASIE, por não se tratar de um serviço de saúde, não compõe a Rede de Atenção à Saúde - RAS que busca integrar o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro englobando ações e serviços de saúde ofertados nas três esferas de governo e complementado pela iniciativa privada. O Glossário de análise política em Saúde (2017) define a RAS como um

Termo genérico que permite três acepções: a) serviços de saúde como sinônimo de ações de saúde, a exemplo de consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares, vacinação etc.; b) serviços de saúde como sinônimo de estabelecimentos de saúde, como centros de saúde, ambulatórios, hospitais etc. e c) serviços de saúde como sinônimo de instituições ou sistemas, uso que se verifica quando se fala de “serviços públicos” ou “serviços privados”. (p. 194)

Este campo abre espaço para a discussão do que deve ser a atuação da assistência estudantil na área da atenção à saúde preconizado pelo PNAES dada a ausência de normatização desse decreto. Diante das responsabilidades do Sistema Único de Saúde, o que cabe à assistência estudantil? Em meio aos possíveis e legítimos questionamentos, uma função é muito clara, visto que pode ser executada por qualquer instituição ou cidadão: a difusão de informações. Baseado nas observações destes quatro anos de atuação, é possível afirmar que o acesso à informação de qualidade pode ser o grande diferencial para a superação de entraves na atenção à saúde (promoção, proteção e recuperação da saúde). Neste sentido, baseado nas demandas mais frequentes, o NASIE busca identificar ações e serviços dentro da RAS do município de Salvador (e em alguns casos, também busca entre outros municípios) que correspondam às necessidades destas/destes estudantes para que, durante os atendimentos, possam ser informados mais prontamente sobre onde localizar e como acessar o que necessitam. A disseminação de informações também é feita através de ações

educativas como feiras de saúde e palestras para que possa alcançar outras/os estudantes além daquelas/es que buscam individualmente atendimento na PROAE.

A equipe do núcleo, desde o início, foi composta por profissionais de saúde que desempenham todas as funções necessárias para o alcance de seus objetivos. Este olhar interdisciplinar agrega saberes muitas vezes determinantes para a tomada de decisões sendo um diferencial dentro da assistência estudantil.

4.1 NASIE EM NÚMEROS

Os relatórios anuais do núcleo evidenciam que a proposta de trabalho em alguma medida atinge o objetivo, pois, a cada ano, o volume de trabalho aumenta e mais profissionais (da PROAE e de outras unidades da UFBA) indicam que as/os estudantes busquem atendimento lá. Abaixo, segue uma tabela indicando parte do funcionamento do núcleo em termos numéricos.

Tabela 1 – Dados anuais de atendimento/acolhimento

	Outubro 2014 - Dezembro 2015	2016	2017
ATENDIMENTOS PRESENCIAIS	517	694	887
ACOLHIMENTO	213	127	203

Fonte: elaboração própria

Entende-se por atendimento, o contato presencial com as/os estudantes na sede da PROAE feitos por agendamento prévio ou demanda espontânea. Por acolhimento, compreende-se o número de novos estudantes atendidos pelo NASIE. Na tabela acima, o número de acolhimentos está contido no número geral de atendimentos presenciais. Observa-se um aumento crescente de atendimentos nos três anos observados e uma comparação entre o primeiro ano de atuação e 2017 evidencia um aumento de aproximadamente 172%.

Tabela 2 – Dados anuais de acolhimento – saúde mental

	Outubro 2014 - Dezembro 2015	2016	2017
ACOLHIMENTO - SAÚDE MENTAL	55%	48%	52%

Fonte: elaboração própria

Esses dados mostram o expressivo percentual de estudantes com queixas relativas à saúde mental entre os novos acolhidos pelo núcleo, o que ratifica a realização de pesquisas como esta que podem nortear a responsabilidade da PROAE de preparar-se melhor para responder a essa demanda através de planejamento, redefinindo e/ou potencializando suas ações.

5. ELEMENTOS CONCEITUAIS

5.1 SAÚDE MENTAL: REFLETINDO A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO

Definir saúde para seres humanos, observando sua amplitude, requer considerar as funções orgânicas do corpo, os aspectos subjetivos do indivíduo e explorá-la como um fenômeno complexo e multidimensional influenciado por diversos fatores condicionantes e determinantes. Esse ângulo de visão vai além da trivial relação biológica da saúde com a presença ou ausência de doença, sendo essa uma perspectiva limitada que desconecta o corpo humano dotado de complexidade de sua interação com a vida social, ideológica, econômica e outras possibilidades. Caponi (2009) destaca que a problematização da saúde deve considerar o que a visão biomédica, a experiência subjetiva e do entorno do sujeito enxergam sobre a mesma realidade. Desse modo seria possível ao mesmo tempo considerar as questões biológicas, que podem atingir qualquer indivíduo independente de sua percepção, e as subjetivas, que consideram diferentes culturas, determinações sócio históricas, trajetórias, expectativas e significados intrínsecos ao reconhecer-se saudável, visando assim congregar em uma todas as questões que permeiam a saúde e a tornam tão peculiar.

Para Czeresnia (2009), a saúde não é um objeto delimitado, e, sim, uma forma de manifestar vida e é carregada de experiências subjetivas e ímpares, o que dificulta a tarefa de conceituá-la, pois estabelecer conceitos exige elevado grau de objetividade. Porém, não se espera que isso inviabilize a tentativa dessa construção, pois seu potencial explicativo e operacional é imprescindível para o direcionamento de políticas, programas, projetos e ações direcionadas à promoção da saúde.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde propôs um conceito insuficiente e generalista que, longe de ser uma realidade possível, trouxe para o campo das discussões teórico-metodológicas o retrato de um estado de plenitude e equilíbrio entre os aspectos mental, físico e social que não abre espaço para possíveis considerações individuais nem mesmo coletivas, já que não se imagina a existência de uma tal realidade. Evidentemente, deve-se ter uma perspectiva crítica em relação à expectativa lançada pela OMS de se atingir um estado pleno de saúde, sabendo-se que esse objetivo pode ser compreendido, muito mais, em uma perspectiva utópica que define

um horizonte a ser perseguido. Contudo, não se trata de descartar a ampla produção científica que relaciona saúde a padrões de normalidade, ao risco e ao adoecer, mas de reconhecer suas limitações, problematizando-as, inclusive em função das variáveis históricas e contextuais que as produzem.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tratou do tema da saúde como um direito social, defendendo que não se trata de uma concepção abstrata, mas que se afirma em cenário produzido pela sociedade em um período específico de sua história.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (p. 12)

Desta maneira, ao mesmo tempo em que o termo saúde abarca questões de caráter pessoal, também envolve conteúdo estrutural que, muitas vezes, vai além do desejo ou compreensão individual; logo, para atender esses requisitos, o conceito de saúde precisa corresponder à conjuntura social contemporânea, absorvendo diversas influências de seu contexto histórico ao mesmo tempo que concede espaço à subjetividade humana.

Gama, Campos e Ferrer (2014), destacam que

A existência de uma pessoa inclui os erros, os fracassos, as privações, as opções de vida, os desejos, as angústias existenciais, os desafios e as contradições. Quando criamos um conceito de saúde que impede uma conexão com a vida cotidiana, que exclui as oscilações, as possíveis aventuras e as escolhas singulares, relacionando qualquer afastamento da regra a uma espécie de crime e merecedor de um determinado castigo, estamos, ao contrário de produzir saúde, normatizando o comportamento (p. 72).

Tratando da abordagem negativa da saúde - quando esta é baseada na relação de oposição lógica à doença -, Almeida Filho e Andrade (2009) chamam a atenção para pormenores da qualidade da vida e sua ligação com o que é aceito como saudável. Indivíduos portadores de doenças podem ser reconhecidamente ativos e produtivos, contribuindo positivamente para a sociedade em que estão inseridos, ao passo que, seguindo a mesma compreensão, indivíduos que não possuem evidência clínica de doenças podem apresentar incapacidades e limitações que comprometam sua participação na construção social, logo “nem todos os sujeitos sadios acham-se isentos de doença’ e ‘nem todos os isentos de doença são sadios’” (p. 104). Os autores enfatizam

que existem diversas possibilidades de viver com saúde, o que torna a definição negativa de saúde ilógica tanto na avaliação individual quanto coletiva.

Rivera e Artmann (2009) também descartam esse olhar sobre a saúde por percebê-la para além do ponto de vista biológico, como um produto social decorrente de “fatos econômicos, ideológicos, políticos e cognitivos (p. 188), e que as ações da sociedade sobre os fatos que a determinam podem de forma direta aperfeiçoá-la ou avariá-la.

Porto e Pivetta (2009) propõem o aspecto ecossocial como componente importante para avançar nessa discussão. Essa abordagem se baseia na interdependência dos sistemas sociais naturais e construídos, o que reforça a pluralidade dessa elaboração. Nessa concepção, a saúde depende de como as relações e conflitos se desenvolvem nas estruturas de poder, que são mais agudizadas em sociedades iníquas, ao mesmo tempo que depende dos “recursos existentes no mundo material, físico e biológico” (p. 212).

As reflexões teóricas feitas até aqui servem para encabeçar a discussão sobre a definição de saúde mental. Amarante (2007) expõe que saúde mental é ao mesmo tempo um campo de conhecimento e uma área de atuação técnica, sendo a segunda norteada por políticas públicas. O autor reconhece que ambos os casos, estão para além de uma relação vulgar com a presença ou ausência de doenças mentais e apresentam características como complexidade, simultaneidade, pluralidade e transversalidade de saberes. Neste sentido, não se pode limitar a apreciação do tema por ciências que buscam explicar o fenômeno a partir da investigação sistemática, pois esta esfera também abarca as percepções das “manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades e povos” (p.16). Esse aspecto polissêmico da saúde mental permite entrecruzar olhares que podem coexistir sem necessariamente a presença de um excluir o outro - apesar de em algum momento poderem ser conflitantes - e é neste ponto que se pode questionar quais são de fato seus limites. Em meio a esta seara fértil de observações, o autor discute o assunto enquanto um “estado de bem-estar mental” (p. 18). É preciso destacar que um estado, expressa a situação do indivíduo em um recorte de tempo específico, logo, esta condição não é estática e pode modificar-se a depender das variáveis que a influenciam, assim, gozar de saúde mental pode requerer adaptar-se a novas condições biopsicossociais, culturais, ambientais etc. e reconhecer novas possibilidades de sentir-se sadio quando exposto a um novo contexto. Deve-se arrazoar também que se trata de um fenômeno que envolve histórias, cultura e até mesmo a diversidade papéis e formas de

organização social, trazendo à tona a característica da subjetividade, o que a torna tão peculiar. Veras (2009) ratifica esta observação enfatizando o vínculo da saúde mental com as especificidades das ideologias sociais modernas, exigindo de quem a analisa o conhecimento de fatores contemporâneos que a ela se vinculam.

Quanto a noção da multideterminação que se adere à temática, Jucá (2003) alerta para que não seja considerada apenas como um conjunto de elementos autônomos hierarquizados que se manifestam de forma igualitária para todos. A autora recomenda que deve ser feito um esforço para reconhecer como estes fatores que determinam a condição de bem-estar mental se constituem e relacionam, e refletir que a partir das diferentes histórias individuais, eles adquirem diferentes graus de influência.

Também chamada pela OMS de bem-estar psicológico, a saúde mental é conceituada por esta organização seguindo o mesmo viés da percepção geral de saúde. É compreendida como parte da capacidade do indivíduo em atingir a plenitude na vida, incluindo a manutenção de relacionamentos e a tomada de decisões sobre vários aspectos pessoais como educação e emprego. Por outro lado, transtornos no bem-estar mental pode representar perdas individuais, familiares e para a sociedade, visto que este indivíduo tem sua capacidade de contribuir com a comunidade comprometida. Baseado nesta premissa, para a WHO (2004; 2013) tanto a saúde mental quanto os transtornos mentais são determinados pela interação de múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos.

Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) apresentam um exemplo interessante da multiplicidade de olhares que, quando direcionados para o objeto da saúde mental, evidenciam sua característica multifacetada.

A depressão é mais que uma “doença” no sentido clínico, mais que um “transtorno” no sentido estrutural psicopatológico, mais que um “risco” no sentido epidemiológico, mais que uma “morbidade” no sentido da saúde pública, mais que um “processo complexo” no sentido socioecológico, mais que um “protótipo” no sentido “semiológico”, e não se reduz a uma “forma”, componente do imaginário social (p. 120).

É importante destacar que, ao ponderar que fatores além das questões biológicas matizam a experiência da saúde mental, é arriscado estabelecer como padrão - para afirmar ser mentalmente saudável -, o alcance de uma “vida plena” (WHO 2013, p. 7). O dicionário Aurélio Online aclara que o adjetivo “pleno” indica o auge, ponto de maior intensidade, inteiro, perfeito, etc.; assim,

baseado nesse padrão quimérico, quantos indivíduos poderiam ser realmente considerados saudáveis em termos de saúde mental?

Gama, Campos e Ferrer (2014) enfatizam que a própria experiência do adoecer constitui parte do movimento natural e dinâmico da vida, o que desperta a necessidade de “trabalhar com um conceito de saúde mental que possibilite uma certa liberdade ao sujeito (...), sem submetê-lo totalmente a um discurso normativo, restando um espaço para sua singularidade (p. 79).

Nunes (2012) enriquece essa discussão apresentando a importância dos “valores, símbolos, construções de pessoa e modos de fazer compartilhados e produzidos em contextos sociais definidos a partir de uma conjuntura histórica, que envolve relações de poder e econômicas” (p. 906). Esses aspectos, segundo a autora, têm influência direta sobre como a “densa textura social” (p. 909) se relaciona de forma concreta com a saúde mental, em um jogo cíclico de mútua influência, pois, à medida que a atmosfera social (incluindo as relações de poder e econômicas) influencia a saúde dos indivíduos, estes reconstroem os laços sociais, produzindo novos contextos e tessituras sociais.

Almeida Filho, Coelho e Peres (1999), ao discutirem a temática, destacam que esta é uma tarefa transdisciplinar, pois

A saúde mental significa um socius saudável; ela implica emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, enfim, qualidade de vida. Por mais que se decrete o fim das utopias e a crise dos valores, não se pode escapar: o conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política. (p. 123)

Considerando que para esta pesquisa a temática é contemplada enquanto campo de saber e o percurso conceitual traçado, é possível extrair alguns pontos fundamentais sobre o que vem a ser saúde mental. É um fenômeno multifacetado, multideterminado e complexo. Não pertence a um único campo de saber, sendo objeto de apreciação de diversas disciplinas e além de ser teórico-científico também engloba o saber não científico. No curso da história e da interação do homem com o meio natural, ele é socialmente (re)construído, ganhando novas nuances e formas de compreensão que abarcam as especificidades e enredos da vida moderna. Por fim, longe de pretender estabelecer o conceito ideal para saúde mental por reconhecer ser esta uma tarefa consideravelmente complexa, estas reflexões enfatizam que esta deve ser uma atividade em

permanente discussão devido ao seu nível de importância numa sociedade onde, segundo a OMS, (2010) “condições de saúde mental afetam milhões de pessoas no mundo” (p. 02, tradução nossa).

5.2 A SAÚDE MENTAL DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO E SUA HISTÓRIA DE CUIDADO

Os relatos pioneiros de cuidados com a saúde mental de estudantes na universidade são registrados nos Estados Unidos no começo do século XX, sendo os primeiros serviços formais de apoio psicológico desenvolvidos em 1910 na Universidade de Princeton, Nova Jersey, em 1914 na Universidade de Wisconsin-Madison e em 1920 (serviço de aconselhamento e curso de Higiene Mental) no Washburn College, Kansas. (LORETO, 1985)

Em 1920, durante uma reunião da American College Health Association, foram definidos quatro objetivos para a higiene mental nas universidades:

1) Não permitir que os estudantes intelectualmente capacitados fossem obrigados a interromper os estudos; 2) prevenir o fracasso total em consequência de doenças nervosas e mentais; 3) minimizar o fracasso parcial sob a forma de mediocridade, inadequação, ineficiência e infelicidade; 4) proporcionar a cada um o mais pleno uso de sua capacidade intelectual, através da ampliação da esfera de controle consciente”. (LORETO, 1985, p. 12)

Esta reunião mostrou que a preocupação com o tema estava se espalhando pelo país. Em um levantamento feito em 1938 concluiu-se que 93,5% das universidades norte-americanas dispunham de algum tipo de preocupação com a higiene mental de seus estudantes e, dessas, 41,3% ofereciam serviço assistencial (LORETO, 1985). Na Inglaterra, o primeiro serviço com essa intencionalidade data de 1927, mas os problemas emocionais deste público passaram a ter maior enfoque após estudo publicado em 1951 que indicava que a ocorrência de suicídios era 11 vezes maior entre estudantes graduandos da Oxford quando comparado com a população da mesma faixa etária³ (CERCHIARI, 2004 p.73). Mesmo com esse indicativo, 23 anos depois, Crown et al. (1974 apud GIGLIO, 1976) alertavam que, diante da “contribuição potencial dos estudantes à comunidade, o crescimento de

³ O registro não indica se o estudo compara estudantes universitários da Oxford com a população de mesma idade não graduando, ou se são universitários de outra universidade.

clínicas de Higiene Mental para estudantes tem sido irrelevante naquele país” (p. 7). Loreto (1985) indica que, na França em 1956, foram inaugurados um pequeno hospital e um ambulatório para esse público, ofertando inclusive tratamento “médico-pedagógico” para os casos mais graves (p.15) e, na Alemanha nos anos 60, quase todas as instituições de ensino superior possuíam algum serviço de suporte à saúde mental de seus estudantes.

O padrão comum no surgimento desses serviços é que cada universidade possuía o seu próprio programa que variava conforme o potencial financeiro de cada uma para investimento, mas uma iniciativa em Boston, em 1966, inaugurou o Boston Mental Health Center, uma organização sem fins lucrativos de iniciativa privada com equipe composta exclusivamente por psiquiatras que funcionava como uma espécie de terceirização para a atenção à saúde mental de estudantes das universidades que contratavam, geralmente, por não terem condições de manter serviços próprios (LORETO, 1985).

Um livro publicado em 1942 serviu de inspiração para discussões e para a criação de novos programas universitários de saúde mental ao redor do mundo, o *Mental Health in College*, escrito por Clements Collard Fry com a colaboração de Edna Rostow. O livro é um estudo de caso, baseado em relatórios de atendimentos feitos a estudantes por psiquiatras que trabalhavam na Divisão de Higiene Mental da Universidade de Yale situada em New Haven, Connecticut, fundada em 1701, sendo esta a terceira instituição de ensino superior mais antiga dos Estados Unidos. O Serviço de Higiene Mental para estudantes foi inaugurado em 3 de outubro de 1925 estimulado pelo Movimento de Higiene Mental⁴ que se desenvolvia nos EUA e propagava ideias sobre transtornos

⁴ O Movimento de Higiene Mental apresentou-se como uma contraposição ao Movimento Eugênico que se desenvolvia nos Estados Unidos. O termo eugenia foi criado pelo matemático Francis Galton na Inglaterra e relacionava-se com o controle da qualidade racial em termos físicos e mentais, em outras palavras, uma forma de garantir a geração seres humanos melhores. Alguns exemplos de tratamentos eugênicos utilizados nos EUA eram segregação étnica e institucional, testagem de Quociente de Inteligência, controle matrimonial, esterilização involuntária de pacientes mentalmente doentes e controle migratório. As doenças mentais tinham lugar de grande importância para o pensamento eugênico e algumas delas estavam associadas a comportamentos criminosos, devassidão sexual e outras condutas vistas como anormais, assim, para evitar a transmissão hereditária dessas doenças era necessário impedir a procriação entre pessoas sanas e insanas. O psiquiatra Abraham Myerson foi um dos primeiros a questionar o Movimento Eugênico nos EUA. A publicação do livro “A mind that found itself” em 1908 por um ex paciente de asilo psiquiátrico, Clifford Beers, onde ele descreveu sua experiência neste espaço, foi um grande estímulo para questionamentos sobre esse tipo de recurso. Em 1908, foi fundada a Sociedade de Higiene Mental de Connecticut e, em 1909, o Comitê Nacional de Higiene Mental em New York. O Movimento de Higiene Mental buscava alternativas para combater a superlotação dos asilos psiquiátricos, os tratamentos ineficazes e os longos internamentos propondo ações de controle social em diversos segmentos, entre eles as escolas, daí a influência na criação de serviços de higiene mental nas universidades (PICCININI, 2001 e SOUZA e BOARINI, 2008).

emocionais e experiências com tais problemas. Esses atendimentos duravam em média uma hora e o tratamento focava em auxiliar o estudante a superar ideias errôneas sobre si mesmo e seus relacionamentos interpessoais. O período do tratamento variava de acordo com o desejo e necessidade de cada estudante e de sua relação com o psiquiatra. No geral, os estudantes buscavam informações sobre sexualidade, casamento, orientação vocacional, transtornos mentais e relacionamento com membros da família.

Durante os 10 anos definidos como recorte temporal para a divulgação do trabalho, foram atendidos aproximadamente 1257 estudantes da *Undergraduate School*, da Escola de Direito, da Escola de Medicina, da Escola de Teologia, de Silvicultura, da Escola de Belas Artes, da Escola de Música, da Escola de Enfermagem e da pós-graduação. Destes, 787 eram da graduação. Neste grupo, 134 começaram o tratamento no último ano do curso, 299 no primeiro ou segundo ano e 354 ainda como calouras/os, representando 44,98% de todas/os as/os estudantes de graduação.

Entre 1929 e 1932 para os casos mais complexos, assistentes sociais fizeram visita aos pais, professores da escola preparatória e outros que poderiam contribuir com informações sobre a história de vida deles.

A pesquisa destaca que os relacionamentos familiares, atitudes e comportamentos referentes ao amadurecimento da sexualidade, reações ao ambiente universitário (ajustes às atividades universitárias e sociais) e transtornos de personalidade (maníaco-depressivo, depressão, esquizofrenia) eram os principais temas a serem debatidos nas ocorrências relativas aos problemas emocionais das/os estudantes.

A experiência de ir para a faculdade para a maioria das pessoas, geralmente, coincide com o ápice da transição da vida adolescente em termos físicos, emocionais e intelectuais para a vida adulta. Neste novo contexto, este indivíduo é exposto a um ambiente diferente e, paralelo a isso, em muitos casos, é ofertada uma medida de liberdade pessoal até então desconhecida, o que pode gerar muitas expectativas e tomadas de decisão sem orientação. A habilidade esperada de organizar a própria vida nesse ambiente novo depende, em muito, da capacidade individual de assumir responsabilidades de forma autônoma. Diante dessa inusitada realidade, o indivíduo é colocado em uma estrada que conduz à independência. Essa nova condição de independência pode suscitar uma variedade de problemas para os quais geralmente esse indivíduo tem pouca preparação para enfrentar. Se em sua rotina anterior ele não tinha sido, em alguma medida, o responsável pelo

gerenciamento de seu tempo e pela tomada de decisões, é improvável que, de forma repentina, ele sinta-se capaz de assumir a direção de todas as novas atividades da própria vida e da universidade. E é nesta batalha, para aprender a manobrar suas recém-conhecidas cargas e evitar problemas desnecessários, que essas/esses estudantes vivem conflitos emocionais, a produtividade acadêmica muitas vezes é comprometida e as relações interpessoais são prejudicadas.

Pessoas diferentes enfrentam problemas comuns de diferentes maneiras e os desafios podem ser simples, ou tornarem-se complexos de acordo com a personalidade e a experiência de cada um para superá-los.

[e]m um ambiente estranho e crítico; os de humor ansioso podem tornar-se inseguros e temerosos. O indivíduo alegre, egocêntrico, por outro lado, acolhe mudanças e estabelece-se facilmente entre novas pessoas. Algumas pessoas, mais uma vez, crescem facilmente através dos estágios de desenvolvimento sexual, mas outros têm dificuldade em um ou todos os períodos de crescimento. Seus distúrbios emocionais podem surgir por ignorância, ou porque eles se tornam agitados e ansiosos quando estimulados sexualmente, ou porque eles acham que determinados tipos de comportamentos medem seu prestígio.

Quando problemas familiares são atribuídos à personalidade do estudante, quando à sua primeira experiência ou às personalidades e vidas de seus pais? Quando um problema sexual é atribuído principalmente à ignorância e quando ao temperamento ou à força ou fraqueza dos impulsos individuais? Quão significativa em sua vida sexual é a relação do estudante com sua família e amigos? (...) Como características da psique, da inteligência, do ego, temperamento, e impulso afeta o comportamento individual, suas atitudes e valores, seus relacionamentos com as pessoas? As respostas para estas e outras perguntas devem ser procuradas na história de individual de cada um. Os problemas de personalidade de estudantes levantam uma série de questões e envolvem muitos aspectos da experiência humana que em ordem adequada para tratar cada indivíduo sua personalidade deve ser analisada em ampla perspectiva do conhecimento médico, social e psicológico. (FRY e ROSTOW, p. 16, tradução nossa)

Cientes de que será natural para a maioria das/os estudantes a vivência desses desafios dentro do ambiente acadêmico, o estudo conclui que nenhuma universidade pode se isentar da responsabilidade de auxiliá-las/os neste período de desenvolvimento físico, emocional e social se pretende atingir seus objetivos educacionais.

No Brasil, a primeira universidade a oferecer um serviço com o objetivo de identificar entre estudantes do curso de medicina aquelas/es que necessitassem de suporte para saúde mental foi a Universidade Federal de Pernambuco em 1956. Nos anos 60, mais quatro universidades implantaram serviços para cuidados à saúde mental dos estudantes, foram elas: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Minas Gerais e

Universidade Federal do Rio de Janeiro (LORETO, 1985). Na UFBA em 1952 foi criado um serviço para atender às demandas de saúde dos estudantes, no entanto sem pretensão de ofertar cuidados diretos à saúde mental.

Analisando motivações que levaram estudantes a buscar os serviços oferecidos pelas universidades no século XX, alguns autores (FRY e ROSTOW 1942, GIGLIO 1976, LORETO 1985) observam que, mesmo apresentando culturas diferentes e variações no padrão de desenvolvimento socioeconômico dos países, estas se mostraram semelhantes: dificuldades no relacionamento com a família e também por afastamento prolongado desta, transtornos mentais preexistentes com destaque para depressão, esquizofrenia e neurose obsessivo-compulsiva, dificuldades naturais do desenvolvimento psicossocial dos jovens, dificuldades psicosssexuais, problemas econômicos e culturais, dificuldades de adaptação à rotina universitária devido às diferenças do modelo de estudo do ensino médio para a graduação e dúvidas na escolha do curso.

No século XXI, alguns autores (FIGUEIREDO e OLIVEIRA 1995, CERCHIARI, CAETANO e FACENDA 2005, ACCORSI 2015 e CASTRO 2017) mostram em suas pesquisas fatores que interferem negativamente na saúde mental e afetam a vida pessoal e sua relação com a universidade: morar longe da família, a passagem do ensino médio para o superior, questões sexuais, relações interpessoais, pressão para atender às rotinas acadêmicas, transtornos mentais prévios ao acesso à universidade, ter que atender às responsabilidades com a família e trabalho ao mesmo tempo que estuda, dificuldades de concentração, mudança de país para estudar, discriminação e a compreensão dos novos papéis sociais que precisam assumir por estar em uma fase natural de transição para a autonomia da vida adulta.

Em pesquisa realizada em 2014 pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes) através do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis - FONAPRACE para avaliação do perfil socioeconômico e cultural de estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino Superior do Brasil, 79,8% do total dos respondentes da pesquisa assinalaram que vivenciaram dificuldades emocionais nos doze meses anteriores à pesquisa. As dificuldades listadas que podem ter, de alguma forma, interferido na rotina acadêmica foram:

Ansiedade; tristeza persistente; timidez excessiva; medo/pânico; insônia ou alterações significativas de sono; sensação de desamparo/desespero/desesperança; sensação de

desatenção/desorientação/confusão mental; problemas alimentares (grandes alterações de peso ou apetite; anorexia; bulimia); desânimo/ falta de vontade de fazer as coisas; sentimento de solidão; ideia de morte, e pensamento suicida. (p. 233)

Destas, a de maior destaque foi a ansiedade com 58,36%, seguida de desânimo/falta de vontade de fazer as coisas com 44,72%. A ideia de morte e o pensamento suicida somados representaram 10,51%. A mesma pesquisa também revela que 30,45% já procuraram atendimento psicológico alguma vez na vida sendo que 6,86% fez isso nos últimos doze meses. Quanto ao uso de medicação psiquiátrica, 8,9% declararam que já fizeram uso, mas não tomam mais, e 3,67% continuam usando. Referente ao público que continua usando medicamento psiquiátrico, 22,34% procuraram atendimento psicológico nos últimos doze meses. Entre os 87,43% que nunca fizeram uso deste tipo de medicamento, 4,94% procuraram atendimento psicológico nos últimos doze meses e 2,51% permanecem em acompanhamento.

Um estudo feito por PADOVANI et al. (2014) em seis instituições de ensino superior (públicas e privadas) em três estados brasileiros (um do Nordeste e dois do Sudeste) investigou indicadores de vulnerabilidade e bem-estar psicológicos em estudantes maiores de 16 anos regularmente matriculados em cursos das áreas de Ciências Sociais, Exatas, Humanas, Biológicas e da Saúde. Apesar da amostra total ser composta por 3.587 estudantes do sexo masculino e feminino (com maior representatividade para esse gênero - 66,63%), as variáveis investigadas (estresse, ansiedade, depressão, Burnout e sofrimento psicológico) tiveram amostras de tamanhos diferentes. Os instrumentos de coleta de dados para cada variável foram aplicados em dois centros de estudo, exceto para a síndrome de Burnout que foi aplicado em apenas um centro de estudo. O estresse foi investigado em 783 estudantes (Exatas, Humanas, Biológicas, Saúde e Sociais) e a prevalência foi de 52,88%, e desses, 42,7% encontravam-se na fase intermediária (resistência) e 1,8% em fase de exaustão. Para os sintomas ansiosos foram avaliados 709 estudantes (Humanas, Biológicas, Saúde e Sociais) com prevalência de 13,54%. Sintomas depressivos foram investigados em 689 estudantes (Humanas, Biológicas, Saúde e Sociais) e a prevalência foi de 7,26% com sintomas moderados e graves. O sofrimento psicológico foi avaliado em 1.403 estudantes (Humanas, Biológicas, Saúde e Sociais) com prevalência de 39,97% de sofrimento significativo. A síndrome de Burnout foi a única avaliada em apenas um curso - Medicina - com amostra de 468 estudantes e prevalência de 5%. Os autores destacam que os instrumentos escolhidos podem gerar diferenças nos resultados encontrados em outras pesquisas.

Observa-se que, mesmo com o passar dos anos, motivações similares continuam afetando estudantes de graduação dentro e fora do ambiente acadêmico, produzindo transformações tanto no indivíduo quanto na universidade e essa relação de mútua influência também se reflete na sociedade, pois ambos são parte constituinte desta, elevando assim a importância de programas, projetos e ações que visem intervir de forma preventiva nesta questão.

Frente a essa responsabilidade que lhe cabe de dar respostas às necessidades do público estudantil, Loreto (1972, apud GIGLIO, 1976), sugere que

Em termos ideais um programa de saúde mental para universitários deveria começar então por uma série de medidas de assistência socioeconômica que lhes proporcionasse as condições ótimas para o cumprimento de suas obrigações escolares. Exigiria, além disso, uma reforma lenta e progressiva do espírito e dos métodos do ensino superior que permitisse à Universidade integrar a tarefa de transmissão de informações e técnicas dentro de um trabalho mais amplo e mais profundo de formação global da personalidade dos estudantes. (p. 15)

Essa afirmação evidencia o caráter transdisciplinar desse desafio que mescla a abordagem direta de saúde à pedagógica e exige uma identificação precoce de qualquer expressão de sofrimento mental.

Nestes mais de 100 anos de história de cuidado com a saúde mental de estudantes universitários, nota-se importante difusão do tema em termos mundiais e crescimento significativo de programas idealizados e executados por universidades com o intuito de promover saúde entre seus estudantes. Todavia, muito ainda pode ser feito, considerando que, mesmo que as necessidades expressas pelas/os estudantes se mantenham similares ao longo do tempo, o contexto histórico e fatores como modelos contemporâneos de família, novas expressões de poder e organização econômica acrescentam características específicas a determinados grupos sociais, devendo-se assim evitar generalizações no que se refere ao tema. Todavia, ter ciência de que o sofrimento emocional é um fenômeno observado há tanto tempo entre estudantes, favorece o planejamento institucional para este fim, aumentando a possibilidade de sucesso na promoção da saúde deste público.

5.3 CONTEXTUALIZANDO A VULNERABILIDADE NO ÂMBITO DA SAÚDE

Sendo a saúde um fenômeno multideterminado, torna-se adequado agregar à sua discussão conceitos que abarcam em sua essência a possibilidade de ampliar a percepção de fatores vinculados à subjetividade do indivíduo e da sua relação com as questões coletivas que em certa dimensão refletem sobre o alcance do bem-estar. Neste caso, a vulnerabilidade apresenta-se como uma contribuição adequada por ser capaz de, além de captar elementos abstratos associados ao potencial de cada indivíduo ao adoecimento, também considera o potencial de resposta a essas condições e o potencial de não adoecer. Ademais, ao apontar as fragilidades que produzem e/ou agudizam estados de sofrimento/adoecimento, termina por desvendar áreas para onde devem ser direcionados esforços e recursos para o embate.

Ayres et al. (1999) expõem que o termo vulnerabilidade emerge das discussões dos Direitos Humanos, referindo-se aos grupos e indivíduos fragilizados no que concerne aos seus direitos enquanto cidadãos. No campo da saúde, este termo começa a ser usado entre as décadas de 60-70 na América Latina no planejamento em saúde em um método conhecido como CENDES-OPAS (Centro de Desenvolvimento - Organização Pan-Americana da Saúde). Esta proposta tratava da “vulnerabilidade do agravo à intervenção dos serviços de saúde” (p. 51). Este conceito se modifica e difunde-se mais amplamente na saúde a partir dos estudos da Escola de Saúde Pública de Harvard, passando a referir-se “à suscetibilidade dos indivíduos e populações a agravos ou riscos” (p. 51). Em livro publicado em 1992 nos Estados Unidos – *Aids in the world* - Mann et al. apresentaram a relação deste conceito com a então epidemia de AIDS que se difundia no mundo. Apesar de reconhecerem que existe influência das conexões sociais (coletividades e programas governamentais) sobre as ações individuais, há uma sobrecarga de responsabilização sobre o indivíduo no que se refere à sua susceptibilidade à doença ou agravo. Algumas afirmações como “o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade” e “a responsabilidade pessoal é a antítese da vulnerabilidade” (p. 276 e 277 respectivamente – edição brasileira publicada em 1993) deixam claro esse direcionamento. Apesar de expor uma abordagem comportamentalista e focada no indivíduo, este estudo pioneiro conseguiu inserir mais amplamente no campo da saúde a inversão do agravo como enfoque da intervenção para o indivíduo como centro das preocupações e ações.

Sem intenção de suplantar o conceito de risco⁵ apresentado pela epidemiologia, Ayres et al. (1999), baseados na exposição de Mann et al. (1992), analisam a positividade da influência do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde. Destacam que este conceito não pretende diferir a probabilidade de um indivíduo se expor a doenças e agravos, mas subsidiar a avaliação das chances que um indivíduo ou grupo específico tem de ser afetado por adoecimento como decorrente da influência de um conjunto de aspectos para além do individual, englobando questões coletivas produzidas no contexto estrutural da sociedade onde se concretizam as relações entre as pessoas e instituições, acarretando maior suscetibilidade ao adoecimento ao mesmo tempo que maior disponibilidade ou carência de recursos protetores. Ao longo de mais de duas décadas, as discussões sobre esse conceito propiciaram sua solidificação no campo da saúde como uma proposição relevante que aponta para o repensar das práticas de saúde com vistas a produzir respostas sociais mais adequadas.

Oviedo e Czeresnia (2015) realizaram análise crítica de estudos que tratam da vulnerabilidade na esfera sanitária e alertam que sua aplicação descuidada e simplista pode desdobrar-se em equívocos conceituais que limitem sua capacidade enquanto teoria e destacam que “a abordagem mais característica da vulnerabilidade procura desvendar como dinâmicas sociais e culturais mais abrangentes, em conexão com aspectos individuais, criam condições que acrescentam a possibilidade de certos perigos e ameaças concretizarem-se” (p. 239).

Assim sendo, o estado de vulnerabilidade é condicionado por variáveis que interagem de forma simultânea mesmo sendo oriundas de esferas diferentes, revelando seu atributo multidimensional. Destaca-se também que não é uma conjuntura imutável, uma vez que varia à medida que as condições que a determinam também sofrem alterações. Do mesmo modo, não se trata de uma resposta positiva ou negativa no sentido de ser ou não vulnerável, pois a possibilidade de adoecimento é real para qualquer ser humano em graus que variam em períodos diferentes da vida. Assim, ao enfatizar a responsabilidade dual da vulnerabilidade – individual e coletiva - a análise do tema neste estudo ressalta os enfoques individual, social e programático.

No nível individual, vulnerabilidade é aceita como o inverso de *empowerment*, um termo em inglês que foi traduzido para o português como empoderamento. A entidade das Nações Unidas

⁵ Para Almeida-Filho 1989, risco é “a probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma dada doença em um período de tempo” (p. 24)

para a Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres) e o Pacto Global das Nações Unidas (2016) definem que o empoderamento refere-se à liberdade de decidir e agir sobre a própria vida e é, ao mesmo tempo, o processo e o resultado. Trata-se de uma marcha continuada de emancipação política e social que apontam para a transformação da realidade, impulsionando a capacidade de atuar para o próprio bem-estar e deliberar criticamente sobre o que lhe diz respeito. Pode-se dizer que é uma reação interior a uma provocação exterior, oriunda do contexto sociocultural, político e ideológico em que se está inserido, que lhe permite o despertar crítico para identificar capacidades, o que não necessariamente anula a estrutura que o coloca nesta condição, mas pode instrumentalizá-lo para a contraposição. Segundo Berth (2018), opera como “uma movimentação interna de tomada de consciência ou do despertar de diversas potencialidades que definirão estratégias de enfrentamento” (p. 17). Logo, no contexto da saúde, quanto menos empoderado, maior possibilidade de o sujeito tornar-se vulnerável.

Ayres et al. (2009) afirmam que vulnerabilidade

Diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras. (p. 127)

Concebendo que todas as pessoas são vulneráveis ao adoecimento e suas consequências, algumas mais e outras menos e esse estado pode variar à medida que o tempo passa e o sujeito adquire capacidades e recursos para intensificar sua proteção; assim, é importante considerar as condições que podem influenciar a vulnerabilidade individual. O conjunto de aspectos citados a seguir, baseados em Ayres et al. (1999), devem conduzir a uma autoavaliação de perspectiva qualitativa e crítica que produza reflexão, sem a inclinação para um somatório quantitativo de características que indiquem um estágio determinado de vulnerabilidade. O aspecto cognitivo diz respeito mais que ao simples acesso a informações seguras oriundas de fonte confiável, mas também à habilidade de perceber e entendê-las. A apropriação da informação se dá de forma única para cada pessoa e esse processo tem relação com questões biológicas, anseios, crenças e outras competências agregadas à história de vida. O quesito comportamental envolve as características e habilidades individuais que largamente determinam a disposição e capacidade de transformar o conhecimento adquirido em atitudes de proteção para si e outros em seu entorno. Envolve as características pessoais que impulsionam o indivíduo para a ação como o desenvolvimento

emocional, a percepção de ações que, se executadas, o tornariam mais ou menos suscetível ao agravamento e outras habilidades que auxiliem na promoção da saúde. Por último, o social corresponde aos recursos de ordem cultural, econômico e outros que facilitem o acesso a suportes de assistência à saúde.

O nível social envolve o contexto geral em que o indivíduo se encontra e tem a capacidade de ao mesmo tempo influenciar os níveis individual e programático da vulnerabilidade. Questões clássicas e contemporâneas, como as relacionadas ao gênero, valores éticos, hierarquias de poder, efeitos colaterais da globalização e do domínio do capital, fazem parte da coletânea de temas que se desenvolvem no cotidiano social, produzindo influências sobre a capacidade do indivíduo de atuar a seu favor, minimizando a vulnerabilidade individual. Atua também sobre o planejamento das instituições, exigindo permanente revisão de procedimentos e ações a fim de atingirem suas metas, responsabilidades e objetivos. Elementos como o acesso à informação, serviços de saúde e assistência social, índice de desenvolvimento humano e investimentos governamentais em áreas como educação e saúde, são indicadores para avaliação deste nível.

O nível programático, também chamado de institucional, diz respeito às políticas, programas, projetos e ações de iniciativa do Estado nas suas diferentes esferas - municipal, estadual e federal - da rede privada e da sociedade civil organizada direcionados para minimizar condições de vulnerabilidade. Como as instituições se organizam para o enfrentamento dos problemas que de acordo com a conjuntura social modifica-se periodicamente, evidencia o grau de compreensão da intensa e complexa tessitura social e a preocupação que se tem com os problemas identificados. A forma como interagem com outros setores que, de alguma forma, atuam com fatores determinantes e condicionantes da saúde, como a educação, cultura, economia e justiça no sentido de reduzir contextos de iniquidade e, por consequência, promover suporte à promoção da saúde, pode ser um suporte concreto que direcione o indivíduo para o empoderamento e redução da vulnerabilidade. As instituições agem como aglutinadoras de “de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalizador/amplificador das necessidades e contradições socialmente postos” (AYRES et al., 1999, p. 59). Quanto maior o grau e a qualidade do comprometimento gerencial, recursos, monitoramento e acompanhamento dos programas voltados para a assistência à saúde dos indivíduos, menor tende a ser a vulnerabilidade programática.

Sanchez e Bertolozzi (2007), ao analisarem as contribuições do conceito da vulnerabilidade para a Saúde Coletiva, recomendam a superação de estudos que restringem a compreensão da verdadeira complexidade dos fatores que envolvem os processos de saúde-doença e destacam “o modelo de vulnerabilidade que interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos”, porque este “reconhece a determinação social da doença e se coloca como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade” (p. 322).

Um aspecto importante para a decisão de utilizar a vulnerabilidade enquanto ferramenta teórico-prática para a promoção da saúde é conhecer seus limites e possibilidades. A apresentação até então feita sobre seu conceito e elementos constitutivos mostram que seu uso tem o potencial de auxiliar na leitura das situações subjetivas a que estão expostos os sujeitos sociais. Ayres et al. (2009) apresentam alguns elementos que identificam como desafios para sua operacionalização e um deles reporta-se à possibilidade de vitimizar e tutelar determinados grupos. A ocorrência não se daria por estigma, como ocorreu com a noção de grupo de risco aplicado como estratégia na luta contra o HIV/AIDS na década de 80, mas, ao identificar na análise de conjuntura que determinados processos sociais como questões de gênero, econômicas e étnico-raciais estão de alguma forma relacionados com a susceptibilidade do indivíduo ao adoecimento, pode-se enquadrá-lo como vítima natural do processo, produzindo tutela e até mesmo subordinação, gerando, assim, maior possibilidade de reduzir o empoderamento e intensificar a vulnerabilidade.

Outro elemento é chamado de efeito paralisante. Diante do reconhecimento da magnitude e complexidade da teia que envolve a vulnerabilidade do sujeito em seus diversos níveis, atuar para sua superação pode parecer uma tarefa inalcançável. A título de exemplo, reconhecer que, além das questões econômicas individuais, o preconceito de gênero e a ineficiência da organização das ações institucionais estão imbricadas na resposta do indivíduo no enfrentamento do adoecimento, pode produzir inércia, porque responder a essa situação exige alto nível de interlocução entre diversas instâncias sociais. Essa paralização diante da realidade identificada pode valorizar a soberania das iniquidades sobre os sujeitos.

Como forma de auxiliar na leitura de outras lacunas possíveis, Oviedo e Czeresnia (2015) realizaram os seguintes questionamentos:

1. Para além dos comportamentos, como a posição relativa dos indivíduos nos grupos sociais e entre os próprios grupos – identidades, configuração de vínculos, estratégias de ação – interfere na conformação de situações de vulnerabilidade? 2. Resiliências são elementos coexistentes nas dinâmicas que constituem situações de vulnerabilidade. É possível construir um olhar processual capaz de apreender a complexidade das formas de agir envolvidas no enfrentamento das contingências? 3. Considerando a diversidade, e complexidade dos processos que conduzem à vulnerabilidade, como relativizar diretrizes programáticas e explorar outros possíveis desenvolvimentos para lidar com situações singulares? (p. 241)

Esta avaliação mostra que, por mais que a consideração de fatores subjetivos pertença ao escopo central deste conceito, ele pode não ser suficiente para abarcar a constelação de possíveis ocorrências individuais e coletivas atreladas a vulnerabilidade.

Considerando as vantagens de seu uso para o âmbito da saúde, a busca por ferramentas que minimizem as possíveis lacunas pode ser uma atitude vantajosa ao invés de prontamente descartar sua operacionalização. Ayres et al. (2009) sugerem que se a considerarmos “menos como um modelo de intervenção e mais como uma (...) forma de raciocínio sistemático que nos prepara para ação” (p. 136) torne possível usá-la de forma mais produtiva para a resposta social que se espera. A hierarquização das intervenções de maneira que atendam às metas de curto, médio e longo prazo - procurando dar prioridade as ações que têm maior capacidade de ser realmente postas em prática por sua operacionalidade técnica e efetividade de acordo com o cenário político-econômico e razões éticas, morais e ideológicas concebidas pela sociedade-, e o constante monitoramento podem ser estratégias eficazes. O envolvimento dos sujeitos sociais em todas as etapas de estruturação das respostas que se espera alcançar - desde o planejamento até a avaliação - também pode configurar-se uma estratégia de superação desses possíveis limites, pois, como já apresentado, “uma situação de vulnerabilidade é sempre uma responsabilidade bilateral” (p. 138).

Essa análise ampliada e multinível dos aspectos que abarcam a vulnerabilidade em saúde mostra que estar mais ou menos suscetível ao adoecimento não é apenas responsabilidade do indivíduo enquanto agente ativo deste processo, pois engloba aspectos dinâmicos e interdependentes do viver em coletividade. Evidencia também que este é um campo complexo, não cabendo assim a este estudo esgotar todas as suas possibilidades, e, sim, utilizar suas bases para melhor discutir o cuidado com o ser humano – neste caso, estudantes de graduação – que deve emergir de diversos setores da sociedade de forma sincronizada.

5.4 INTERSECCIONALIDADE: QUANDO EIXOS DE OPRESSÃO MUDAM O CONTEXTO

Falar de interseccionalidade no campo da saúde permite aguçar o olhar sobre como as tramas sociais se relacionam com a construção do ser saudável e, mais especificamente, para a saúde mental (um campo fertilizado pela subjetividade). Este conceito instrumentaliza as reflexões sobre quem realmente é este indivíduo marcado pelas relações simbólicas que se constroem, ratificam e reificam ao longo do tempo na sociedade à medida que este ocupa (ou desocupa) espaços e papéis sociais. São eixos de subordinação capazes de influenciar como este se vê e é visto pela sociedade. Se considerarmos que a subjetividade torna única a forma como um indivíduo ou um grupo percebe e expressa valores, sentimentos e preferências, torna-se essencial a busca por ferramentas que auxiliem a identificação das linhas finas que tecem as tramas da vida. A escolha do verbete “finas” não quer dizer que são pouco importantes ou frágeis, mas tem a intenção de trazer à tona o fato de que, algumas vezes, a condição de desigualdade e opressão não é percebida nem mesmo pelo próprio indivíduo, além do que são sutis a ponto de transpassar diversas estruturas, preenchendo lacunas pessoais e sociais, arraigando-se à própria constituição humana a ponto de ser reconhecida como natural e indissociável.

O debate sobre interseccionalidade ganhou destaque a partir do movimento feminista negro, no final dos anos 1970, destacando que o cruzamento de eixos de subordinação potencializa os efeitos de um mesmo indivíduo ocupar diferentes espaços sociais de desigualdade. Lopes (2013) afirma que “a interseccionalidade revela o que não se vê quando categorias como gênero e raça são conceituadas de maneira separada” (p. 45), mostrando como sua aplicação amplia a compreensão da complexidade da trama social que envolve os sujeitos. A professora Kimberlé Crenshaw, ativista negra norte-americana, apresenta interseccionalidade como “uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação” (2002, p. 177). Ela faz a associação deste termo com o cruzamento de avenidas.

Utilizando uma metáfora de intersecção, faremos inicialmente uma analogia em que os vários eixos de poder, isto é, raça, etnia, gênero e classe constituem as avenidas que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos. É através delas que as dinâmicas do desempoderamento se movem. Essas vias são por vezes definidas como eixos de poder distintos e mutuamente excludentes; o racismo, por exemplo, é distinto do patriarcalismo, que por sua vez é diferente da opressão de classe. Na verdade, tais sistemas, frequentemente, se sobrepõem e se cruzam,

criando intersecções complexas nas quais dois, três ou quatro eixos se entrecruzam (p. 177).

O uso da analogia enriquece a compreensão de que os eixos de dominação social não são apenas paralelos, pois, em algum momento, assim como as avenidas, eles se cruzam, podendo produzir novos contextos. As expressões da desigualdade social não são fenômenos estáticos e estáveis e, quanto mais isso ocorre com a mesma pessoa, mais ela pode se tornar desempoderada do controle de sua vida e, conseqüentemente, mais vulnerável. É importante destacar que, mesmo sendo interseccionais, estes eixos de dominação não são necessariamente interdependentes e que a existência de um não implica na obrigatoriedade da presença de outro. Outra ponderação importante é que, conforme afirma Lorde (1999), “não há hierarquia de opressão” (p. 6). Logo, não existe uma opressão que deva ganhar destaque sobre outras, considerando-a mais importante e merecedora de maior concentração de lutas.

Akotirene (2018), baseada nos estudos de Patrícia Hill Collins, “recreia argumentos de competição entre os mais excluídos, as hierarquias entre eixos de opressão e violações consideradas menos importantes” (p. 33-34). Das relações contemporâneas, emergiram novas formas de opressão como a gordofobia, transfobia e o idadismo, que também precisam ser considerados como elementos adocedores das relações sociais para que a análise sócio histórica do indivíduo seja respeitosa a toda forma de sofrimento.

Importante também destacar que, em termos de articulação, as diferenças e desigualdades não se sobrepõem dividindo o indivíduo em diversos estados que somados mostrariam sua real condição. Ao tentar identificar quem é esta pessoa na estrutura social, ao invés de fazer uma leitura a partir de somatórios: mulher e pobre e transexual e deficiente, pode-se qualificar a leitura com o seguinte diferencial: mulher, pobre, transexual, deficiente, pois as condições ocorrem de forma simultânea e daí emerge uma identidade específica. Brah (2006) afirma que estas expressões de opressão “não podem ser tratadas como ‘variáveis independentes’, porque a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra – é constituída pela outra e é constitutiva dela” (p. 351).

Estudos que não consideram essa dinâmica da vida social podem incorrer em análise superficial, não representando de fato a realidade. Crenshaw (2002) defende que intervenções planejadas a partir da compreensão parcial e desfocada da real condição feminina (considerando que seus escritos são relacionados à condição da mulher negra na sociedade) “são, muito

provavelmente, ineficientes e talvez até contraproducentes” (p. 177), sendo então imprescindível a análise detalhada das dinâmicas em que estão envolvidas para produzir intervenções eficazes. A partir de metodologia proposta pela Professora Mari Matsuda, Crenshaw defende que a compreensão da dimensão interseccional pode ser melhor desenvolvida ao esquivar-se de leituras óbvias e realizar perguntas adicionais como “onde está o sexismo nisso?”, ou “de que forma esse problema é matizado pelo regionalismo?” (p. 183) e conclui que “se plantado em solo fértil, o protocolo sugerido acima pode constituir uma intervenção efetiva contra a invisibilidade da subordinação interseccional” (p. 183).

5.5 QUANDO A INTERSECCIONALIDADE E VULNERABILIDADE DIALOGAM NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Os avanços humanos conquistados ao longo dos anos produziram grandes facilidades e confortos ao cotidiano. Diante do prazeroso progresso vivido hoje, como seria pensar em uma casa sem água encanada, luz elétrica ou transitar sem veículos automotores? E como não pensar em novas formas de energia, biotecnologia e a Terceira Revolução Industrial que possibilitou maior acesso a informação em tempo real, produzindo globalização do conhecimento, softwares, exploração de culturas diferentes e fronteiras de um mundo antes desconhecido e novas formas de lidar com a vida? Mas o progresso trouxe consigo novos desafios que precisam ser cautelosamente observados e, de acordo com Wilkinson (2002), a individualidade que muitas vezes deriva desse processo pode desencadear situações não previstas.

Entende-se que as condições sociais de modernidade nos fazem negociar nossa passagem pela vida através de uma ampla gama de diferentes ambientes sociais e contextos culturais que exigem que sejamos permanentemente adaptáveis ao fato de que nosso entorno imediato e a qualidade de nossas relações sociais estão abertas à mudança. Portanto, escritores como Zygmunt Bauman tendem a argumentar que "os desenvolvimentos modernos forçaram homens e mulheres à condição de indivíduos", visto que "descobriram suas vidas fragmentadas, divididas em muitos objetivos e funções vagamente relacionados, cada um a ser perseguido em um contexto diferente e de acordo com pragmáticas diferentes". (p. 28, tradução nossa)

Avaliando que a experiência de sofrimento psíquico pode ser produzida a partir das relações sociais, conforme afirmam Zanello, Fiuza e Costa (2015), esses desafios da vida moderna que

fazem com que o indivíduo precise assumir diversas responsabilidades ao mesmo tempo, por si só podem ser desencadeadores de angústias. Considerando uma sociedade onde as desigualdades podem marcar essas responsabilidades, é imprescindível observar as nuances específicas do contexto onde cada indivíduo desempenha seus afazeres para que a análise de fato identifique sua real condição para com os outros e ele mesmo. Neste contexto, a perspectiva da interseccionalidade pode contribuir mais positivamente para captar e expor a realidade dos fatos do que uma análise que considera separadamente as múltiplas variáveis produtoras e/ou amplificadoras de sofrimento que são oriundas do viver social. Assim, observar como as várias características – algumas autodeclaradas e outras impostas - que compõem a identidade do sujeito interagem entre si (ser negro, pobre, gordo, gay, etc.) produz um olhar mais acurado para a delicada esfera da saúde mental.

Paralelo à interseccionalidade, a compreensão da vulnerabilidade é fator que contribui generosamente para o estudo da saúde mental, pois características individuais e a relação indivíduo-coletividade produzem influência direta neste campo. Nesses termos, ocorre o atravessamento de elementos interseccionados considerados relevantes para o potencial de adoecimento psíquico no estado de vulnerabilidade do indivíduo. Não é tarefa fácil reconhecer as nuances desse processo, mas é um exercício que se faz necessário dada a necessidade de qualificar o estudo da saúde mental.

Parece ser razoável refletir que a ligação entre a interseccionalidade e a vulnerabilidade não possui padrões universais aplicáveis a qualquer indivíduo. Essa condição pode variar conforme o contexto social, econômico, cultural, político e ambiental que se está exposto, além de poder ser feito leituras diferenciadas para o mesmo indivíduo em períodos diferentes da vida. Nem toda interseccionalidade é percebida enquanto fator contribuinte para a redução ou aumento da vulnerabilidade na saúde do indivíduo que sofre emocionalmente, refletindo na sua capacidade de pôr em prática os conhecimentos e comportamentos protetores necessários para a preservação e promoção da saúde mental. A percepção dessa relação de influência entre esses dois fenômenos pelo próprio indivíduo é construída a partir da reflexão crítica de sua condição social, fato esse que pode ser prejudicado por seu estado de saúde, mas também pode ser estimulada pela interação com os diversos atores sociais que atuam nos campos individuais, sociais e programáticos. A escuta feita por quem esteja preparado para identificar e articular os diversos campos que compõem a vida desses indivíduos incluindo as questões subjetivas que abarcam interesses, características

biológicas e culturais, é uma ferramenta que permite fugir de análises superficiais e generalistas, para considerar as questões singulares que fazem com que, mesmo sendo expostos a condições similares de opressão, esses indivíduos reajam de maneiras diferenciadas, gerando maior ou menor vulnerabilidade no que se refere a saúde mental.

Estudos como os de Ramos e Gonzalez (2017) e Smolen (2016) apresentam a relação indissociável entre interseccionalidade e saúde mental, tratando de elementos estruturantes da identidade do indivíduo como gênero, raça/cor, condição econômica e social. Também é possível identificar publicações sobre vulnerabilidade a partir das perspectivas individual, social e programática e sua interface com a saúde mental (a exemplo de, MAGGI et al., 2016; TONIN e BARBOSA, 2017). Em geral, esses estudos referem-se a usuáries/os de serviços públicos de saúde como os CAPS e unidades da Atenção Primária à Saúde.

Percebe-se que, por ser multideterminada, a saúde mental é campo fértil para o uso de conceitos que auxiliem na decodificação de sua estrutura como a vulnerabilidade e a interseccionalidade e, em termos de pesquisa, tem sido cada vez mais estudada a interface desses conceitos, mas quando a se trata de focalizar um grupo tão específico como o de estudantes de graduação, a interlocução entre esses temas não é explorada.

No ambiente acadêmico, como é o caso desse estudo, seria possível afirmar que uma estudante negra, bissexual, residente em região metropolitana distante dos campi desta universidade, pobre e gorda tem as mesmas questões de vulnerabilidade de uma estudante branca, transexual, oriunda do sudeste brasileiro, pobre e sem vínculos familiares saudáveis? Sem considerar as diversas expressões de iniquidade e opressão imbricadas no fato de serem estudantes e suas reações a estes desafios, poder-se-ia ceder à tendência de estabelecer uma simples e básica categoria, pois ambas são estudantes de graduação. Mas, ao entender que, dentro de seu universo particular (onde a vulnerabilidade e interseccionalidade atuam), cada um é afetado em diferentes intensidades e frequências, faz-se eclodir o pensamento de que, além de estabelecer subcategorias à condição de estudante, devem-se buscar respostas diferenciadas que adaptem a regra geral à situação concreta, aumentando a possibilidade de produzir uma universidade mais equânime.

Baseado nas declarações de Berth (2018), afirma-se que uma coletividade (neste caso, uma universidade) empoderada é produto resultante de indivíduos “com alto grau de recuperação da

consciência de seu eu social, de suas implicações e agravantes” (p. 41), ao passo que uma coletividade empoderada poderá conduzir mais e mais indivíduos a esse estado, pois “o empoderamento individual e coletivo são duas faces indissociáveis do mesmo processo” (p. 42).

Observa-se então uma dinâmica de mútua influência entre a saúde mental e a vulnerabilidade ao mesmo tempo em que se pode perceber relação similar entre a interseccionalidade e a saúde mental. Esse diálogo é percebido de maneiras variadas por pessoas que experimentam o sofrimento psíquico, produzindo consequências únicas para cada um. É um fenômeno complexo por envolver uma cadeia de temas multideterminados assim como a saúde mental, neste entendimento, pode-se propor que é um fator constituinte desta, devendo então ser observado cautelosamente.

6. O MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa. O público alvo é composto por estudantes acolhidas/os pelo NASIE da PROAE que relataram experiência de sofrimento/transtorno mental e o recorte temporal compreende ao período de outubro de 2014 (início das atividades do núcleo) a dezembro de 2017. A única estudante que, no dia do acolhimento, era adolescente foi mantida no grupo pesquisado por ter atingido maior idade legal dentro do período da realização da pesquisa. Para atingir os objetivos de analisar os casos paradigmáticos, identificando suas dinâmicas interseccionais e sua relação com a vulnerabilidade, além da identificação das práticas institucionais que favorecem a superação dos problemas vividos por essas/esses estudantes, foram excluídos estudantes que graduaram, aguardam colação de grau, integralizaram o curso, estavam/estão sem matrícula ativa nos semestres 2018.2 e 2019.1, evadiram ou não concluíram o cadastro geral da PROAE (corresponde à entrega de toda a documentação solicitada à/ao estudante e conclusão da análise socioeconômica por uma/um assistente social vinculada/o ao órgão). Esta exclusão se deu devido à dificuldade de contato com estudantes que não estão ativos na universidade. Para a descrição do perfil sociodemográfico, foram excluídos apenas estudantes que não completaram cadastro PROAE devido à insuficiência de dados.

Para revisão de literatura, foram utilizados os descritores: saúde mental, estudantes, saúde do estudante e vulnerabilidade em saúde. Destaca-se que o termo interseccionalidade não é considerado um descritor pelo dicionário de Descritores em Ciências da Saúde - DCS. Em seguida à fase exploratória, iniciou-se o trabalho de campo que Minayo (2001) define como o “recorte empírico da construção teórica elaborada no momento” combinando “entrevistas, observações, levantamentos de material documental, bibliográfico, instrucional etc.”. Neste momento, é possível a “confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias” (p. 26).

A primeira fase se deu pela coleta de dados em documentos entregues pelas/os estudantes para análise de perfil de vulnerabilidade socioeconômica que são arquivados em envelopes individuais na sede da PROAE. Também foram consultados formulários contendo informações de saúde e outras narrativas apresentadas durante os atendimentos, relatórios anuais de atividades (2014-15, 2016 e 2017) e planilhas de dados produzidas em Excel - editor da Microsoft -, todos elaborados e arquivados pelo NASIE. O anexo 1 refere-se ao formulário socioeconômico preenchido por todos os estudantes que são cadastrados na PROAE de onde foram extraídos a maior parte dos dados para o perfil sociodemográfico. Valendo-se dos princípios básicos da Estatística descritiva para organizar, sintetizar e apresentar, os dados primeiramente foram organizados em Excel versão 2013 a partir de variáveis qualitativas e quantitativas. A contagem e agrupamento dos dados se deu por meio do recurso de filtro, resultando em frequência simples e porcentagem de cada variável e exibidos em tabelas. A análise e interpretação dos dados constituiu etapa qualitativa, gerando informações acerca do perfil sociodemográfico, exibindo fenômenos atinentes à população estudada.

Apoiado nas informações geradas a partir dos dados coletados nesses documentos, foram selecionadas/os estudantes para a realização das entrevistas. A definição deste grupo considerou estudantes que declaram viver em condição de desigualdade e opressão a partir da compreensão da interseccionalidade (com destaque para gênero, raça/cor, orientação afetivo-sexual, perfil biofísico, naturalidade - outros municípios do país e de outro país). Deste grupo, foi estabelecido prioridade as/os discentes que respondem às convocações do NASIE para acompanhamento por terem mais informações registradas nos formulários de atendimento e as/os que estão com e-mail e telefone atualizados. Após seleção final, foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado (apêndice 1). As/os participantes desta fase do estudo foram identificadas/os por

nomes fictícios extraídos aleatoriamente dos nomes dos Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Salvador de forma a preservar a identidade real de cada um/a. A respeito da entrevista como ferramenta de pesquisa, Neto (2001) afirma que é tarefa do pesquisador captar informações a partir da fala e que “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (p. 57).

O método definido para manejo analítico do material produzido pelas entrevistas é a análise de conteúdo (Bardin, 2011) que visa a ampliação da compreensão do fato social estudado e organizou-se em três fases: a pré análise, exploração e tratamento/inferência/interpretação. Na pré análise que se configura essencialmente pela organização do material objetivando sua operacionalização, a escolha dos documentos se deu pelas regras da pertinência e homogeneidade visto que todas as entrevistas foram feitas a um grupo com características similares, seguiram o mesmo padrão de realização e foram consideradas adequadas enquanto fonte de informação do tema estudado. A exploração do material configurou fase extensa e árdua culminando com a confecção de tabela em formato doc organizada a partir de três categorias centrais: vulnerabilidade individual, social e programática. Trechos essenciais das entrevistas foram coletados e organizados entre as colunas e linhas da tabela. O tratamento, inferência e interpretação desses dados constituiu-se fase final desse processo e baseou-se em análise crítica e reflexiva de forma a corresponder com os objetivos geral e específicos da pesquisa.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando o estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 466 de 12 de dezembro 2012 para pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi apresentada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e teve Parecer de número 3.027.956 aprovado.

Referente à possibilidade de riscos as/aos estudantes participantes da pesquisa na fase de coleta de dados primários, a mesma resolução indica que “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” e define risco como a “possibilidade de danos à

dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano”. Baseado nestas afirmações e considerando que este estudo não tem objetivo de produzir alterações nas condições biopsicossociais dos sujeitos participantes da pesquisa e que a ferramenta para coleta de dados é a entrevista, os riscos associados são considerados mínimos. Importante ressaltar que mesmo sendo classificada com risco mínimo, é necessária sensibilidade profissional para reconhecer que falar sobre sua condição biopsicossocial, que em alguns casos gera sofrimentos, pode ser desafiador, assim, as/os estudantes convidadas/os para responder a pesquisa tiveram acesso às perguntas antes do início da entrevista, e foram informadas/os de que além de não ter obrigação de responder todas as perguntas, poderiam interromper a entrevista a qualquer momento sem qualquer prejuízo na relação com a PROAE-UFBA. Também foram destacados a garantia de sigilo e confidencialidade da identidade e das informações prestadas.

Todos as/os participantes da entrevista preencheram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 2) e receberam uma via de igual teor também preenchida e assinada. Considerando estas/es estudantes como atores sociais de suma importância para a realização deste estudo, visto que são ao mesmo tempo, parte do campo de estudo e também forma de acesso a informações que ajudaram a compor os resultados, a devolutiva dos resultados é respeitada como um compromisso ético e, será feita individualmente como forma de contribuir para a garantia do sigilo da identidade de cada participante após aprovação do texto final da dissertação. O canal utilizado será o mesmo e-mail por onde foi enviado o convite para participação. Os dados também serão disponibilizados à PROAE em reunião agendada com a equipe gestora para possível suporte ao planejamento de suas ações.

8. OS RESULTADOS

A partir dos registros do NASIE, foram identificados 217 estudantes que relataram experiência de sofrimento/transtorno mental no período de outubro de 2014 a dezembro de 2017. Destes, 27 não concluíram o cadastro geral da PROAE, sendo então excluídos da população a ser analisada como previsto na metodologia definida e 16 envelopes de documentos não foram

disponibilizados pela instituição por não terem sido localizados nos arquivos nos períodos que foram solicitados, assim, a população final foi composta por 174 estudantes. O perfil sociodemográfico foi elaborado com toda a população e para as entrevistas foi definida uma amostra intencional de 12 estudantes. Todas/os foram convocadas/os através de e-mail e reforçado o convite por telefonema ou contato presencial. Sete responderam positivamente e, após agendamento de data e horário, as entrevistas foram realizadas em dias diferentes em salas da PROAE Sede entre os meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, sendo quatro mulheres e três homens.

Todas/os as/os participantes da etapa de entrevistas reconhecem estruturas de opressão que marcam suas vidas, gerando especificidades em suas identidades sociais, o que inclui a forma como se apresentam à sociedade, como são vistos e julgados por esta e como reagem ao que lhes é imposto. Todas/os também descreveram que as complicações referentes à saúde foram identificadas em período anterior ao ingresso à universidade, sendo três na infância, dois na adolescência e dois na vida adulta.

As categorias de análise do conteúdo das entrevistas são definidas pelos enfoques da vulnerabilidade em saúde: individual, social e programático. Esta etapa do estudo foi enriquecida por dados registrados nos formulários de atendimento do NASIE.

8.1 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Todas/os as/os participantes da pesquisa relataram que, em períodos de maior estabilidade emocional, recorrem às orientações recebidas nas diversas terapias de que participam para melhor gerenciamento de suas responsabilidades enquanto adultos e das atividades acadêmicas, porém, sentem essa capacidade reduzir quando o quadro clínico não é favorável. Seis afirmam que a capacidade de lidar com os problemas do cotidiano e superar os desafios sem agravar o sofrimento é aumentada como efeito das terapias de que participam.

Cinco declaram que não possuem informações suficientes sobre seu estado atual de saúde mental enquanto que dois sentem-se satisfeitas/os com as informações que possuem. Quatro têm o hábito de buscar informações além das que são oferecidas durante as consultas com psiquiatras e

três não realizam essa prática. A fonte de recursos para informações costuma ser grupos de apoio virtuais e presenciais, outros profissionais de saúde e a internet em páginas de organizações e profissionais que lidam com a temática e vídeos disponíveis no Youtube.

Dois, como forma de diminuir os confrontos e sofrimentos provenientes destes, costumam adaptar-se aos espaços que frequentam de acordo com as regras sociais ali explícitas, mudando suas atitudes, renunciando aos seus desejos e a características de sua identidade.

8.2 VULNERABILIDADE SOCIAL

Quanto a esse nível de vulnerabilidade, todas/os relatam que as condições de desigualdade e opressão que vivem, interferem negativamente em seu estado de saúde e seis percebem que seu desempenho acadêmico é prejudicado quando seu estado de saúde não é favorável e um diz que nem sempre sente-se prejudicado em sua rotina acadêmica por consequência da instabilidade em seu quadro de saúde. Esse dado revela a relação entre as condições de desigualdade e a saúde mental e como esta relação se reverbera na trajetória acadêmica. Outro dado importante é que todas/os relatam que seu sofrimento psíquico intensifica quando não conseguem corresponder às suas expectativas acadêmicas em termos de frequência às aulas e coeficiente de rendimento.

Baseado no que compreendem como serviços/ações necessários ao seu acompanhamento/tratamento de saúde, seis dizem ter pouco conhecimento sobre onde encontrá-los dentro da esfera pública (municipal, estadual e federal). Apesar de todas/os afirmarem que buscam na rede de saúde os serviços de que necessitam, apenas um manifesta sentir-se plenamente atendido.

8.3 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

No tocante às ações da universidade para ofertar suporte à comunidade estudantil para a superação dos desafios atrelados ao sofrimento/transtorno mental, quatro queixam-se da excessiva e prejudicial burocracia para acessá-los, enquanto que três não apresentam essa queixa, mas

reconhece que nem todas/os estudantes conseguem efetivar o acesso a estes. Seguindo a mesma proporção, quatro declaram que a universidade não informa de forma clara e ampla os serviços que gerencia.

8.4 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A população analisada para construção do perfil sociodemográfico é composta de 174 estudantes, sendo 108 mulheres, 62 homens e 4 transexuais femininas. Referente ao período de ingresso na universidade:

Tabela 3 – Ano de ingresso na UFBA

ANO DE INGRESSO NA UFBA PARA CURSO DE GRADUAÇÃO	
ANO	NÚMERO
2009	5
2010	6
2011	9
2012	17
2013	23
2014	22
2015	45
2016	27
2017	18
2018 (reingresso)	2

Fonte: elaboração própria

Dessas/es estudantes, 137 cursaram o Ensino Médio integralmente em escola da rede pública de ensino, 4 na rede privada na condição de bolsistas, 11 na rede privada como pagantes, 15 mesclaram rede pública e privada e 7 não informaram.

Sobre curso escolhido na UFBA distribuem-se da seguinte forma:

Tabela 4 – Distribuição de estudantes por curso

DISTRIBUIÇÃO POR CURSO					
Direito	15	Bacharelado Interdisciplinar em Saúde	3	Biologia	1
Bacharelado Interdisciplinar em Artes	12	Biblioteconomia e documentação	3	Biotecnologia	1
Engenharias	12	Ciências da Computação	3	Canto Lírico	1
Letras	10	Enfermagem	3	Ciências Biológicas	1
Medicina	8	Medicina Veterinária	3	Comunicação	1
Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades	7	Psicologia	3	Direção Teatral	1
Arquitetura e urbanismo	7	Administração	2	Economia	1
Ciências Sociais	7	Educação Física	2	Fisioterapia	1
Geografia	6	Filosofia	2	Geofísica	1
BI Ciências e Tecnologias	5	Licenciatura em desenho	2	Geologia	1
Ciências Contábeis	5	Matemática	2	Gestão Pública	1
Fonoaudiologia	4	Nutrição	2	História	1
Química	4	Gênero e Diversidade	2	Jornalismo	1
Odontologia	4	Gastronomia	2	Museologia	1
Farmácia	4	Oceanografia	2	Licenciatura em Teatro	1
Dança	4	Pedagogia	2	Zootecnia	1
Serviço Social	4	Secretariado Executivo	2		

Fonte: elaboração própria

A seguinte tabela considera a idade⁶ completa ao final do ano de 2018:

Tabela 5 – Distribuição de estudantes por idade

DISTRIBUIÇÃO POR IDADE	
IDADE	QUANTIDADE
19-24	60
25-29	63
30-34	27
35-39	11
40-44	6
45-49	5
50-52	2

Fonte: elaboração própria

Quanto à identidade étnico-racial, 05 são indígenas e 05 são oriundos de comunidades quilombolas. Dos demais, 129 declaram-se pretos/pardos, 10 brancos, 1 amarelo, 10 não

⁶ O agrupamento de idade segue o mesmo padrão utilizado pelo IBGE.

informaram e 19 formulários não apresentavam campo para essa pergunta. A relação gênero-raça/cor se distribuem da seguinte maneira:

Tabela 6 – Distribuição de gênero por raça/cor

GÊNERO – RAÇA/COR			
	MULHERES	TRANS FEMININA	HOMENS
BRANCA	3	1	6
AMARELA	1	0	0
PRETA/PARDA	80	3	47
NÃO INFORMARAM	8	0	1
NÃO TEM NO FORMULÁRIO	11	0	8

Fonte: elaboração própria

51 estudantes são naturais de Salvador, 97 de municípios do interior da Bahia, 23 de outros estados e 01 de outro país. Em dois formulários, esta informação não estava disponível. Quanto à localização geográfica, distribuem-se da seguinte maneira:

Tabela 7 – Cidade de origem no momento de ingresso na UFBA

Municípios do interior da Bahia	URBANA 79
	RURAL 18
Outros estados do Brasil	URBANA 22
	RURAL 1

Fonte: elaboração própria

No quesito relação afetivo-sexual, 02 declaram-se como indefinidos, 49 como gay, lésbica ou bissexual e 123 como heterossexuais. Quanto ao estado civil:

Tabela 8 – Distribuição por estado civil

	Mulheres	Homens	Transexuais Femininas
Solteira/o	99	60	4
Casada/o	3	3	0
Divorciada/o	1	1	0
Companheiro/a	1	0	0
União estável	1	0	0

Fonte: elaboração própria

157 não têm filhos, 11 têm 1 filho cada, 4 têm 2 filhos cada, 1 tem 3 filhos e 1 tem 4 filhos.

Quanto à renda, o maior cálculo per capita é de R\$1.384,79 e 17 estudantes vivem com renda equivalente a zero. 57 recebem até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, 60 até $\frac{1}{2}$ salário mínimo e 40 recebem acima de $\frac{1}{2}$ até $1\frac{1}{2}$ salários mínimos. Em 17 envelopes não foram identificados cálculos

de renda. A declaração de principal responsável pela manutenção financeira da família se distribui da seguinte forma, considerando que 7 estudantes não registraram esse dado:

Tabela 9 – Membro da família responsável pelas despesas familiares

PRINCIPAL RESPONSÁVEL DAS DESPESAS FAMILIARES	
A mãe	66
O pai/padrasto	48
A/o estudante	35
Irmã/irmão/tia	6
Avó/avô	6
Cônjuge/companheiro	4
Mãe e pai	2

Fonte: elaboração própria

4 dos 8 cônjuges dos estudantes que declaram relacionamento conjugal se encontram fora do mercado formal ou informal de trabalho. 28 declaram que a família é beneficiária de programas socioassistenciais (Programa Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada), 138 não acessam esses benefícios e 8 não informaram. Concernente ao tamanho da família:

Tabela 10 – Número de membros na família

Nº de estudantes	Nº de pessoas na família
1	8
3	7
10	6
14	5
43	4
43	3
31	2
24	1

Fonte: elaboração própria

Quanto às relações familiares, 62 declararam fragilidade e/ou ruptura de vínculo com membros da família nuclear e extensa e 112 negam fragilidade nos relacionamentos familiares.

Relativo às condições da atual moradia da/o estudante, 83 são alugadas, 6 moram em pensionatos ou casas de estudantes mantidas pelas prefeituras de seu local de origem, 30 são próprias (com financiamento ou não), 17 são cedidas por parentes ou amigos da família e 38 moram em Residências da UFBA na condição de beneficiárias/os do Serviço de Residência Universitária. Das moradias próprias, cedidas e alugadas em Salvador, 2 utilizam serviço irregular de abastecimento de água, 3 não possuem sistema esgotamento sanitário e 2 não têm coleta regular de

resíduos. No atual endereço de moradia, referente aos meios de comunicação, 3 declaram não ter telefone para contato, 01 possui apenas número fixo, 127, apenas celular e 43, celular e fixo.

9. DISCUSSÃO

Faz-se importante elencar alguns aspectos identificados durante o processo de coleta de dados que influenciaram a produção de informações:

- Para a análise econômica, a PROAE não considera o acesso a benefícios socioassistenciais, como, por exemplo, o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada - BPC, como renda da família. Sendo assim, estes não integram o cálculo de renda per capita, mas compõem a análise social como recurso suplementar que deve atuar para subsistência familiar.
- O uso de modelos diferenciados de formulários para avaliação socioeconômica dificultou o acesso a alguns dados, a exemplo, nem todos possuíam campo para declarar raça/cor.
- A incompletude de dados do formulário socioeconômico inviabilizou possíveis análises como o nível de escolaridade dos pais e a forma de ingresso na universidade.
- A partir do segundo semestre do ano de 2017, o órgão implantou o formulário socioeconômico online, o que age diretamente sobre o preenchimento completo de dados, visto que não é possível avançar páginas sem o registro de informações marcadas como essenciais, mas, para esse semestre, apenas 06 estudantes faziam parte da população a ser pesquisada.

A discussão dos dados sistematizados está dividida em quatro seções: caracterização dos sujeitos da pesquisa (e suas subseções), vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática.

9.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

9.1.1 Participantes das entrevistas: contextualizando suas histórias

Todas/os participantes da fase de entrevistas encontram-se em situação de vulnerabilidade econômica com renda inferior a um salário mínimo e meio (R\$ 1.431,00 baseado no salário de 2018) e dependem economicamente da assistência estudantil para a permanência na UFBA. Os cursos foram categorizados segundo padrão da UFBA.

Nise (curso área IV): 28 anos, mulher, natural de Salvador, declara-se lésbica, negra, família unipessoal, possui vínculos com membros da família extensa fragilizados e/ou rompidos, vive em condição de extrema pobreza (cálculo de renda per capita é de R\$ 0,00), superou o uso de substâncias psicoativas. Além dos diagnósticos de transtorno mental sofreu violências psicológicas em diversos períodos da vida.

Nzinga (curso área III): 22 anos, mulher, negra, natural do interior do estado da Bahia, relação fragilizada com o pai. Tem dificuldades para conviver em espaços em que a discriminação por aspectos da raça e do gênero são mais intensos.

Rosa (curso área I): 29 anos, mulher, negra, vive com o companheiro na região metropolitana de Salvador em bairro dominado pelo tráfico de drogas, declara-se bissexual, gorda, relata ideação suicida frequente e algumas tentativas de suicídio.

Maria (curso área III): 19 anos, mulher, oriunda de quilombo, negra, vítima de abuso sexual na infância/adolescência, criada pelos avós, fragilidade intensa na relação parental.

Eduardo (curso área I): 25 anos, homem, natural do interior do estado da Bahia, gay, usuário de substância psicoativa.

Aristides (curso área I): 26 anos, homem, natural de comunidade popular de Salvador, pardo, heterossexual, superou a prática da automutilação.

Franco (curso área IV): 26 anos, homem, declara-se branco, gordo, gay, usuário de substâncias psicoativas, devido à instabilidade do quadro de transtorno mental frequentemente necessita de internamentos em unidade de atendimento psiquiátrico.

9.1.2 O perfil sociodemográfico

O estudo das características sociais e demográficas da população da pesquisa colabora para o conhecimento de traços que revelam demandas atuais e potenciais deste grupo, facilitando o planejamento institucional de forma a promover a qualificação do incentivo à permanência e conclusão do curso dentro dos prazos previstos pela universidade. É certo que este perfil revela mais do que as peculiaridades de uma parcela da categoria estudantil, pois consegue desnudar a estrutura social em que a universidade está inserida com a qual realiza trocas em uma relação de constante (re)construção. Referente ao potencial do estudo sociodemográfico de estabelecer projeções, o IBGE (2013) entende que esse aspecto tem

Fundamental importância para o cálculo de indicadores sociodemográficos, bem como alimentam as bases de informações de ministérios e secretarias estaduais de diversas áreas para a implementação de políticas públicas e a posterior avaliação de seus respectivos programas. (p. 04)

Assim, para a PROAE, o estudo sociodemográfico pode auxiliar no direcionamento de ações que otimizem os investimentos financeiros, visto que cortes e contingenciamentos no orçamento destinados à manutenção dos objetivos das universidades - o que inclui ações para permanência estudantil - andam na contramão das metas 12 e 13 do Plano Nacional de Educação 2014-2018 de elevar a qualidade da educação superior e a taxa bruta de matrículas (ANDIFES, 2017). Caso não sejam produzidos outros estudos sociodemográficos posteriores a este, a capacidade dessa análise de contribuir para projeções é comprometida devido ao caráter flutuante deste grupo, pois, a cada semestre, novos estudantes ingressam e outros saem modificando suas características gerais. Sendo este o primeiro estudo com essas propriedades feito com este público tão específico, não há dados disponíveis para realizar análises comparativas com outros períodos. Observa-se também que, por se tratar de um público heterogêneo, oriundo de diversos municípios do país, com maior

concentração para o interior da Bahia, a comparação com censos e outras pesquisas de perfil sociodemográfico da cidade de Salvador não produz informações relevantes.

9.1.2.1 Gênero e identidade étnico/racial

No ano de 2017 durante o processo de renovação de auxílios (procedimento administrativo realizado semestralmente entre estudantes com cadastro na PROAE), o número de mulheres correspondia a 56,5% do número total de estudantes e o de homens era 43,5%. Referente a este mesmo período, o número de mulheres acolhidas pelo NASIE (independente de possuir ou não queixas referentes à saúde mental) correspondia a aproximadamente 63% do número total de estudantes. Esses dados mostram que mesmo não sendo expressiva a diferença entre os gêneros masculino e feminino em termos gerais para a PROAE, este fato se modifica quando se trata de saúde. Uma pesquisa publicada pelo IBGE em 2015 apresentou dados que corroboram com esta realidade. Nos quesitos atendimento médico e odontológico (nos doze meses anteriores à pesquisa) e atendimento em serviços de saúde (nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa por motivações variadas – doença, continuação de tratamento, complementação de diagnóstico e prevenção), o percentual de mulheres foi maior que o de homens. Este estudo não pretende debater as possíveis motivações que justifiquem essa diferença de atendimento entre os gêneros no NASIE, mas sim pontuar observações sobre essa realidade, especialmente ao destacar que o público alvo desta pesquisa tem uma característica peculiar: a vivência e enfrentamento do sofrimento emocional. Assim, considerando o apresentado, um número maior de mulheres - 42,6% - que o de homens suscita algumas ponderações.

É promissor perceber que mais mulheres estão ingressando no ensino superior, alargando as possibilidades deste grupo, vitimizado por diversas expressões históricas de dominação social, participar das lutas de transformação de seu espaço na sociedade através da educação. Orso et al. (2008) dispõem que pensar a educação como algo dissociado do contexto social seria o mesmo que romantizar suas possibilidades pondo-a por si só como uma ferramenta revolucionária. Ela carrega em si a capacidade de atuar como determinante social ao mesmo tempo em que também é por ela determinada, logo as mudanças que se esperam nas relações sociais devem contar com a educação

como parte de um processo articulado com as diversas instâncias que compõem a complexa teia social. Baseado nos estudos de Freire (1987), é possível pensar na educação como suporte ao desenvolvimento de habilidades que permitam ao indivíduo a consciência crítica necessária à emancipação e consequente superação da opressão. A transformação deve transcender a teoria, pois trata-se do equilíbrio entre a reflexão e a ação consciente de si mesmo e do mundo. Essa capacidade humanista e libertadora da educação, quando verdadeiramente compreendida, permite àquela/aquele que é oprimida/o enxergar a opressão e envolver-se com a práxis renovadora e, ao perceber essa condição de liberdade da opressão, “esta pedagogia deixa de ser do oprimido e passa a ser a pedagogia dos homens em processo de permanente libertação” (p. 44).

Outro ponto a ser considerado é que o público desta análise é composto por pessoas com experiência de sofrimento/transtorno mental, assim o número de mulheres que enfrentaram ou estão enfrentando algum dilema neste sentido também é maior. A Organização Pan-Americana de Saúde, em folha informativa publicada em abril de 2018, indicou que algumas doenças, como por exemplo a depressão, afetam mais as mulheres do que os homens. Steiner (2005), sobre a saúde mental da mulher, acrescenta que, além dos transtornos de humor relativos à saúde reprodutiva, (ex.: transtorno disfórico pré-menstrual, depressão perinatal, gestações abortadas, etc.),

[a]s mulheres sofrem mais de transtornos alimentares, transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e doenças autoimunes. As mulheres são também menos tolerantes ao uso de álcool e possuem uma maior prevalência de transtornos de dor. São influenciadas em maior grau pela sazonalidade, sofrem mais de problemas advindos da mudança de fuso horário nas viagens e do trabalho em turnos rotativos e, por último, mas não em importância, metabolizam as drogas de forma diferente dos homens. (...). As mulheres estão mais expostas a estressores incontroláveis, tanto psicológicos como físicos, incluindo violência, abuso e estupro, a partir de uma idade precoce, muito mais frequentemente do que os homens. (p.42)

O número de estudantes autodeclaradas/os pretas/os e pardas/os é dominante neste grupo e a proporção dessa declaração por gênero são similares, mesmo o número de mulheres sendo maior que o de homens: 75,8% para homens e 74% para mulheres. Comparando com dados publicados pelo FONAPRACE, referentes ao ano de 2014, o número de pretos/pardos também é superior nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste diferente das regiões Sul e Sudeste onde o maior número é de autodeclarados brancos.

9.1.2.2 Idade, estado civil e dependentes

O Estatuto da Juventude, Lei 12.852 de 05 de agosto de 2013, define como jovens, pessoas com idade entre 15 e 29 anos, mas ressalta-se que as/os jovens entre 15 e 18 anos são chamadas/os de adolescentes. De acordo com a legislação, para a população estudada, cerca de 70% são consideradas/os jovens (distribuindo-se entre 19-24 anos, 48,8%, e 25-29 anos, 51,2%). Uma pesquisa da Secretaria Nacional da Juventude, realizada em 2013, mostrou que, a nível nacional, é maior o percentual de jovens entre 18 e 24 anos com 47% quando comparado aos jovens de 25 a 29 anos que é de 33%, diferindo dos resultados desta pesquisa. O estatuto da juventude soma-se às políticas de ações afirmativas e assistência estudantil na promoção da emancipação juvenil e entre os direitos defendidos neste estatuto se encontram o Direito à Cidadania, à Participação Social e Política, Diversidade e à Igualdade, saúde, cultura e outros.

Algumas/alguns estudantes estão em condição diferenciada por terem filhas/os. Do total de 17 estudantes, 12 são solteiras/os (8 mulheres e 4 homens) e 5 estão em relacionamento conjugal (2 homens e 3 mulheres). Seguindo o padrão do Estatuto da Juventude, 6 são jovens mães e pais. Sobre o desafio de exercer a parentalidade enquanto vivencia sua trajetória acadêmica, URPIA e SAMPAIO (2011) expressam que

[a] experiência subjetiva de ser mãe, em contraste com as “imagens antecipadas” acerca da maternidade, pode lançar a vida de mulheres em uma temporária confusão. Quando esta experiência está associada às exigências acadêmicas, como podemos notar, a situação revela-se ainda mais complexa. São muitas as mudanças, envolvendo um verdadeiro processo de reconstrução do self para abarcar não apenas a nova posição: a de mãe, mas para refazer uma outra – a de universitária – que vinha se construindo dentro de um determinado padrão e que, após o nascimento do filho, precisa adequar-se à nova situação. Nesse contexto, o exercício da conciliação torna-se um dos maiores desafios e se faz no confronto com os diversos discursos – morais, sociais, culturais e políticos – acerca da maternidade na experiência juvenil. (p. 160)

Apesar de referir-se apenas às estudantes na condição de mães, o pensamento adequa-se também aos jovens pais que, paralelo ao processo de aprendizado ao ofício de estudante, necessita gerir as responsabilidades da condição de pai. Ambos, mãe e pai estudantes, necessitam de mecanismos de apoio dentro da universidade durante o período gestacional até o retorno após o nascimento de seus filhos para que possam dar continuidade aos estudos.

9.1.2.3 O ingresso na universidade

Quanto à cidade de origem das/os estudantes antes do ingresso na universidade, 86% são do estado da Bahia, sendo que destes, 34,4% são da capital. Uma informação importante é a localização da residência: 89% são de zonas urbanas e apenas 11% de zonas rurais. Sugere-se então que pessoas que moram em zona rural enfrentam maiores dificuldades para acessar o nível superior. Esse estudo, porém, não se propõe a avaliar o conjunto de fatores que influenciam esse acesso. Corroborando com essa informação, Dwyer et al. (2016) aduzem que a “residência em área urbana favorece em muito a escolarização do jovem e seu acesso ao ensino superior” (p. 127). Nesse estudo, os residentes em áreas urbanas correspondiam a 21,2% e rurais apenas 4,6%.

Quanto à escolha do curso, destacam-se: Direito, Bacharelado Interdisciplinar em Artes, Engenharias e Letras. Cada curso possui suas especificidades que podem atuar como agravantes para o sofrimento emocional de suas/seus estudantes e/ou atuar como motivação para sua superação. Essas possibilidades, como mostra esse estudo, estão diretamente relacionadas com outros fatores condicionantes e determinantes da saúde e dentre eles encontram as opressões interseccionadas vividas dentro e fora do ambiente acadêmico.

9.1.2.4 Família e renda

O IBGE divulgou que a renda per capita baiana por domicílio em 2018 era equivalente a R\$810,00 o que, comparado com outros estados do país, o coloca como 23º na classificação de menores rendas. Mesmo que 86% das/os estudantes desta pesquisa sejam do estado da Bahia, esta realidade não se reflete entre estas/es, visto que a maior concentração é de estudantes com até meio salário mínimo de renda per capita.

Outro dado importante é que 56,9% dos lares têm exclusivamente uma mulher como principal mantenedora e, desses, 35,8% têm renda per capita de até ¼ de salário mínimo.

9.2 VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Conhecer a história de vida a partir da narrativa pessoal torna enriquecedora a discussão sobre a vulnerabilidade na perspectiva individual. As pessoas são marcadas por suas experiências e só é possível de fato entender como estas marcas influenciam suas atitudes quando são apresentadas pelo próprio indivíduo. Na abordagem de Ayres et al (2009), qualquer indivíduo está sujeito ao adoecimento e os aspectos que o tornam mais vulnerável à exposição ou proteção são influenciados diretamente por questões ligadas ao comportamento e capacidade cognitiva. Também devem ser consideradas quais as possibilidades reais de que as informações que recebem sobre o adoecimento tornem-se ações para sua proteção. Como fatores como interesse, disposição e desejo envolvem essa decisão, torna-se imperioso a escuta da pessoa para que a análise da vulnerabilidade seja a mais adequada possível.

Para a maioria dos sujeitos dessa pesquisa, o sofrimento emocional iniciou nos primeiros anos de vida, quando nem mesmo tinham maturidade para entender a complexidade do que sentiam e a capacidade para um enfrentamento contundente ainda era reduzida ou inexistente.

Desde os dois, três anos que eu já era... e olhe que você não está acostumado a ver criança triste, amuada, solitária, que inventa bichos, qualquer amigo imaginário pra não sociabilizar. (...). Assim que meu pai e minha mãe se divorciaram com 4 ou 5 anos, porque logo depois do divórcio... cara! era um sofrimento absurdo. (Rosa)

Eu tenho tentado desconstruir isso, todo esse sofrimento que vem desde a infância. Na infância é uma época de introjeção de informações, você tá aprendendo pra reproduzir. Se você aprende que você não pode fazer nada, que você tem que ficar ali engessado o tempo todo, você tem dificuldades de na idade adulta e até na adolescência de deixar de reproduzir isso. Então agora eu posso dizer que eu tô na fase de desmembrar, sabe?, esses problemas que foram ocasionados pela infância, ocasionados pelas coisas que ocorreram na infância. (Nzinga)

Observa-se, assim, que as limitações naturais da idade e as condições a que estavam expostas, as tornaram mais vulneráveis ao sofrimento. Todas/os entrevistadas/os relatam que a habilidade para confrontar os efeitos do sofrimento/transtorno mental começou a surgir, ou pelo menos a tornar-se mais clara, na vida adulta quando encontraram estímulos em relacionamentos, amigos, profissionais de saúde, familiares e até mesmo na universidade. Não obstante, até que esses estímulos começassem a impulsioná-las/os para engendrar ações que produzissem melhor cuidado de si mesmo, há relatos de perdas referentes a oportunidades, amizades, trabalho e relacionamentos.

Porque... eu não criei vínculos, não criei laços. E, tipo, quando eu começo criar um... pouco de laço já vejo... parece que já reflete algumas situações já vivida que eu falo: “não!, para por aqui que vai acontecer a mesma coisa!” E é um ciclo assim... sempre nesse: “eu já sei o meio, já sei o final!” (Maria)

E aí eu percebi que é... com o diagnóstico agora eu posso olhar pra trás e ver... como isso é... por exemplo, eu deixei de perder coisa. Às vezes eu dormia demais por causa do transtorno bipolar e às vezes tava em depressão, então eu dormia demais, passava do prazo... às vezes eu não conseguia dormir, ficava na rua me arriscando, me expondo a várias violências e tal. Então isso foi... assim, a doença basicamente... esse sofrimento todo fez com que eu não conseguisse viver momentos mais plenos mais vezes... (Franco)

Eu sou uma pessoa sempre voltada a aprender novas coisas, sempre gostei muito desde pequeno tal... quando eu me envolvi nesses problemas de saúde, eu perdi muito dessa vontade, muito triste, muito sem motivação, muito me achando incapaz e eu acho que talvez eu passei dois, três anos sofrendo emocionalmente e isso veio me prejudicar tanto com relações interpessoais com relação até de emprego, da relação de desenvolvimento dos sonhos, hoje... naquela época eu fazia metas maiores, hoje eu faço metas menores às vezes até com medo de decepção. (Aristides)

Mais do que acessar informações sobre sua condição de saúde, é imperioso que o indivíduo reconheça a função daquilo que lhe foi passado. Esse processo de apropriar-se do conhecimento e transformar em elemento protetor envolve aspectos subjetivos de cada um, até mesmo relacionados à memória, imaginação e raciocínio para, de fato, acrescentar o novo saber ao seu repertório terapêutico. O seguinte exemplo mostra o potencial do cuidado que pode surgir a partir da apreensão de conhecimentos: “o que me deu essa virada foi saber um pouco mais sobre mim” (Aristides). A partir do conhecimento adquirido, foi possível incorporar mudanças em seu comportamento, como a busca pelo diálogo com profissionais de saúde e outras estratégias referentes a fatores condicionantes/determinantes da saúde.

Hoje em dia, observando, consigo ter outras melhoras. Como falei, consigo tá em vários projetos, consigo desenvolver coisas assim que eu sempre sonhei no começo, tipo, queria virar professor, né... não sei se vai ser possível, mas hoje eu consigo tá nesse meio acadêmico. (Aristides)

Ter mais conhecimento sobre minha saúde mental e aprender a como lidar com ela, utilizando ferramentas que simplesmente me acalmam, fazem com que eu me centre e consiga, consiga é uma palavra muito forte, faz com que eu tente lidar com minhas próprias questões. (Nzinga)

Relativo às informações sobre seus diagnósticos, condição atual de saúde, possibilidades de acompanhamento/tratamento e os locais disponíveis para isso, os relatos mostram que, apesar de

todas/os terem acesso a espaços terapêuticos dentro e fora da universidade, a maioria não se sente plenamente preparada para enfrentar as inúmeras facetas do sofrimento.

Na realidade eu acho que o que a gente tinha que ter não é só do que a doença provoca, mas como que o ser bipolar, ele pode se inserir na sociedade sem passar por tanto sofrimento, por tanta angústia, por tanta falta de ajuda. (Eduardo)

Continuo fazendo metas menores, porque talvez eu ainda tenho um medo da decepção, talvez faz parte do amadurecimento, fazer coisas tipo... por etapa do que já e chegar fazendo tudo de vez. Tem um pouco do medo ainda da decepção. (Aristides)

É possível identificar que a/o própria/o estudante reconhece que saber mais sobre sua condição de saúde torna-se fator protetor, quando ele, a partir desse conhecimento, age a seu favor e isso o estimula a continuar buscando mais informações.

Onde eu tiver como tirar informação, eu vou sempre tentar, aí eu acho que eu consigo ter bastante informação, eu até questiono, às vezes, mas, eu já consigo até com essas informações, eu consigo identificar que tô tendo um sintoma e tentar... sei lá, suspender esse sintoma um pouquinho só pra eu... descansar. (Franco)

Falar de vulnerabilidade no campo individual é complexo por ser difícil julgar como cada um compreende sua condição e as implicações de suas atitudes. É delicado conjecturar sobre seu interesse em agir de forma favorável a si mesmo, enquanto sabe-se que diversos fatores que muitas vezes não são verbalizados podem influenciar suas decisões. Perceber a linha tênue que separa o campo individual do social é tarefa delicada que deve ser feita com muito cuidado, pois estes se entrelaçam a partir da relação permanente da vivência em coletividade, produzindo influência mútua.

9.3 VULNERABILIDADE SOCIAL

O contexto onde o indivíduo compartilha suas atividades, interesses, relacionamentos e desempenha os papéis sociais que reconhece serem seus é campo fértil para influenciar as decisões individuais de proteção ao adoecimento. Em muitas situações, mesmo tendo acesso a serviços e ações que promovam práticas salutaras de saúde, as informações adquiridas não são transformadoras em condutas protetoras e este fato não necessariamente se deve às questões que podem ser controladas pelo indivíduo, logo, outros fatores que não a perspectiva individual podem atuar sobre a vulnerabilidade. Sobre o exposto, Carvalho (2005) explica que

[d]iferentes mecanismos de exclusão social, discriminação e opressão relacionados ao gênero, à etnia, à faixa etária e ao modo de exercer a sexualidade também interferem no grau de saúde das populações, ao facilitar a ocorrência de alguns agravos ou ao dificultar o acesso aos meios para a sua prevenção e cuidado. (p. 66)

Para as/os participantes desta pesquisa, as barreiras sociais mais citadas são as de ordem econômica, a dificuldade em encontrar alguns serviços de que necessitam por desconhecimento de como funciona a rede de saúde em Salvador e preconceitos referentes aos seus diagnósticos de saúde, orientação sexual, gênero e raça/cor. Quanto aos preconceitos, geralmente, quando percebem que estão sendo vitimizados, sentem sua autoestima reduzir, afastam-se dos grupos e têm dificuldades para enfrentar essa condição sozinhas/os, ao mesmo tempo que necessitam lidar com as responsabilidades da vida adulta, da vida acadêmica e dos cuidados com a saúde. Ao sentirem-se menos empoderadas/os, sentem-se mais vulneráveis: “é que você às vezes tem consciência, mas não consegue ter forças pra sair e mudar sua realidade” (Eduardo).

Muitos aspectos da identidade que carregam têm sua gênese na forma como a sociedade se organizou ao longo da história, imprimindo marcas em grupos minoritários e em indivíduos fragilizados, muitas vezes impedindo-os de ser e agir como realmente gostariam de ser. Ao serem questionadas/os sobre sua percepção de discriminações e desigualdades que modificam seu lugar na sociedade, todas/os responderam que percebem essa relação desigual. No trecho abaixo é possível perceber como o olhar crítico auxilia no reconhecimento da dominação da sociedade sobre si:

Eu descobri que eu não só sofro por ser quem eu sou, por ser Nzinga, eu sofro por ser Nzinga, por ser mulher, por ser preta, por ser retinta, por ter o cabelo crespo, por várias questões. (...) Aqui eu descobri que eu era diferente. Eu me olhei no espelho e vi: ei, esse cabelo aí? essa boca, esse rosto, esses traços? quem é que tá falando na sala? Quem tava falando na sala não era uma pessoa que refletia minha imagem e semelhança. (...). Eu não sou igual a uma pessoa branca, heteronormativa, do cabelo liso, que tem estrutura, que mora na Barra, que tem pai e mãe em casa, que tem carro... eu não sou igual a essa pessoa. (...). Tem uma gama de coisas que eu não tenho. Como é que meu desenvolvimento acadêmico, as minhas notas vão ser iguais a dessa pessoa? Porque ela tem toda uma estrutura que possibilita que essa pessoa seja tal qual ela é. E eu não. Eu tenho que lutar, eu tenho que fazer a minha estrutura pra tentar chegar em algum lugar que eu não sei qual é. (Nzinga)

Interessante notar que a própria estudante mesmo ocupando a posição de oprimida pela injusta estrutura social que está inserida, consegue captar uma relação entre as diferentes formas de dominação e discriminação que ela carrega em sua identidade e como isso reverbera sobre seu

estado emocional produzindo aumento na magnitude do sofrimento. Esse discurso mostra que o ambiente universitário também reproduz as contradições estabelecidas pela elite dominante e que essas interações que ocorrem na vida de determinados grupos sociais se perpetuam através das diversas estruturas de poder que se mantém historicamente na sociedade e se revelam dentro das rotinas na universidade. A abordagem interseccional auxilia na evidência da crueldade desse sistema que classifica as atrizes e atores sociais a partir de sua aparência física, suporte econômico, orientação sexual e outros fenômenos. O estímulo ao desenvolvimento de pensamentos e observações críticas como a de Nzinga pode ser uma ferramenta para a identificação e enfrentamento dessa realidade que produz consequências concretas e amplas que variam de indivíduo para indivíduo.

Eu sou homossexual, assim, somado ao transtorno psiquiátrico tem a condição de orientação sexual e isso interfere, porque você pode passar por um sofrimento potencializado. (...). Não é todo mundo que tá aberto à orientação sexual do outro. Lógico que não. E por conta disso a gente às vezes tem que ter jogo de cintura e não é sempre que você tem por conta dessas variações de humor. (Eduardo)

É nítida a percepção que tenho por vir de comunidade tal. Acho que os colegas percebem suas gírias um pouco carregada... sua forma de falar. E eu sofri muito isso quando cheguei aqui, tipo, era bem clara a segregação dos grupos na minha turma. (...). Então, quando as pessoas percebem isso, automaticamente sabem que você veio de escola pública, então você não tem aquela coisa de oferecer a eles algo em troca, então eu era segregado mesmo, discriminado, sei lá. Não participava dos grupos, conversas e tal. (...). Você começa a se autocobrar, a se autopunir. Às vezes minha autopunição era física, você mesmo sabe, tipo de automutilação. (...). Hoje em dia eu vou pra frente, vou persistir até conseguir resolver. Mas, acho que isso chegou a agravar assim, foi o que me ajudou a chegar sei lá, no fundo do poço, ajudou a piorar mesmo minha saúde. (Aristides)

Não é raro eu escutar... nem vou falar que é drama, porque isso todo mundo que tem depressão ouve, mas, ah... “você é louca”, “quem toma remédio é louco”, “é falta de Deus” ou, “você já mora na favela, você ainda quer fingir que tá doente pra ser coitadinha”, tipo “você quer tá em todas as cotas que existem”. Tem extremo machismo com essa questão do quesito ser mulher, tpm e achar que toda mulher é histérica, ou vai ficar histérica em algum momento do mês. (Rosa)

A interseccionalidade de eixos de opressão nestes exemplos acentua o sofrimento emocional, gerando inseguranças e, para a maioria, também produz dificuldades para relacionar-se com as pessoas, mas alguns, por características pessoais, reagem a esta exposição de forma diferenciada.

Dependendo dos lugares que você frequenta você é muito estereotipado e... às vezes... eu não sei se... às vezes... eu não me privo de lugar nenhum, mas eu tenho que de acordo com o ambiente... bem mais... de certa forma, eu me moldo para cada ambiente... para que eu não sofra nenhum constrangimento. (...). Sei lá, eu

me sinto bem pequena assim, diante de alguns lugares, e eu fico com receio assim. (Maria)

Tem gente que olha pra mim assim e fala mesmo que eu tô gordo, que não ficaria comigo porque eu sou gordo. Eu sinto isso como um pouco de discriminação. Mas também tem... (...) em relação a minha sexualidade, mas não muito, mas geralmente, geralmente eu sou mais afeminado, aí as pessoas percebem. Tem gente que olha torto, eu já ouvi piadas, já apanhei por isso, entendeu? (...) E eu também já acabei falando demais que eu tenho transtorno bipolar pras pessoas, então agora tem gente que é um pouco preconceituosa, ou reticente comigo, porque elas já ficam com o pé atrás, achando que eu vou ser agressivo ou que eu vou fazer alguma coisa, tem medo ou acha que eu devia tá internado num manicômio também. E também já sofri preconceito por ser pobre. Assim tipo quando eu era muito afeminado, eu apanhava, aí eu tive que disfarçar, porque senão eu ia ficar apanhando o tempo todo, entendeu? (Franco)

Diante do exposto, é propício perguntar: onde está o empoderamento nisso? Esses dois exemplos mostram como, ao sentirem-se oprimidas, algumas pessoas procuram novos arranjos para continuar pertencendo a certos espaços. Berth (2018) afirma que, frequentemente por estar mergulhado em circunstância opressora, o oprimido não consegue reconhecer-se nessa condição. E é neste cenário que termina por adotar e reproduzir o discurso opressor como forma de vida, mesmo sem perceber. Freire (1987) aduz que é impossível ao oprimido que hospeda o opressor, ou que o mantém como sombra, participar de forma reflexiva da conquista de sua liberdade, assumindo o controle do seu destino histórico. Esse é um processo crítico que inicia quando o oprimido percebe que o opressor, em algum ponto, também é vulnerável, e é nessa fase que o que ele descreve como desvalia (a introjeção da mensagem negativa enviada pelo opressor até ao ponto em que o oprimido passa a acreditar que ele realmente é inferior e que o seu opressor é detentor da superioridade) começa a ser questionada. Esse despertar é mais provável de ocorrer quando o oprimido pertence a grupos engajados na luta por libertação que estimulam o diálogo e a reflexão. Essa transformação para ser perene exige que, ao expulsar de si a dominação do opressor, o espaço deixado vazio seja preenchido imediatamente com discurso da sua autonomia. Pode-se refletir então que a manutenção da condição de oprimido opera o acirramento do sofrimento e dificulta a autonomia para aplicação das boas práticas de saúde.

Ao mesmo tempo que as opressões influenciam o estado emocional, o reflexo dessa interação desemboca no desempenho acadêmico.

Como a gente vive em função da universidade, isso acaba sofrendo vários impactos, porque a concentração falta, o desejo de continuar estudando falta, o de você abrir um caderno falta. (Eduardo)

Então, se meu psicológico não estiver bem, minha vida acadêmica, ela vai afundar. (Nzinga)

Têm também aquelas/es que, ao serem confrontadas/os por desafios e situações adversas, revelam certas competências que destacam um enfoque positivo. A resiliência, segundo Silva e Lacharite (2003), “aporta uma perspectiva promissora em termos da saúde e do desenvolvimento humano, principalmente, junto às populações que vivem em condições psicossociais desfavoráveis. (p.151)

A gente, por ser negro, por ser pobre, ter uma sexualidade diferente, no caso lésbica, então tudo isso conta pra que as pessoas te vejam diferente de uma maneira negativa. E você ter um transtorno mental, eu acho que isso influencia muito. (...). Vamos dizer assim, que é muita informação para uma pessoa só, né? A sociedade não saber lidar com isso, sabe?, não ter essa, essa convivência com o novo, com o diferente né? (...). Na verdade, mesmo com toda essa discriminação, eu sempre penso positivo, sabe? Eu sempre penso que é mais uma pedra no meio do caminho, como diz aquele poeta Carlos Drummond de Andrade: “há uma pedra no meio do caminho”, mas, eu posso tirar ela do meio do caminho e dar continuidade a minha vida, sabe? (Nise)

No que tange aos limites e possibilidades da Rede de Atenção Psicossocial, o fator econômico pode ser um diferencial para promover o encontro com informações importantes para a autoproteção.

Se a gente for ver, aquelas pessoas que têm plano de saúde, têm mais atividades do que aquelas pessoas que não têm plano de saúde, sabe?, aquelas pessoas que precisam do SUS ainda pra poder tá... tá melhorando seu estado de saúde, sabe?” (Nise).

O exposto revela que recursos financeiros para adentrar em espaços não financiados pelo Sistema Único de Saúde podem ser um diferencial para alcançar a promoção da saúde que necessitam e, no caso de estudantes com renda per capita de até um salário mínimo e meio, o direcionamento de parte dos poucos recursos familiares para esse fim é muitas vezes tarefa improvável. Deste modo, a exposição à pobreza apresenta-se como mais um elemento agravante da vulnerabilidade social.

O aspecto social da vulnerabilidade age de forma direta sobre as questões individuais ao mesmo tempo que afeta o institucional. À medida que a leitura social evidencia os elementos que atravessam as decisões individuais, as instituições que atuam coletivamente sobre a saúde podem redirecionar seus planejamentos de forma a produzir melhoria na qualidade de vida das pessoas.

9.4 VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Nesta pesquisa, a análise da vulnerabilidade programática foi feita a partir da visão da/o usuária/o, baseado em seu conhecimento da RAPS sobre a oferta dos serviços de que necessita para o acompanhamento de seu quadro de saúde. A UFBA enquanto entidade educativa é considerada integrante da rede setores que atuam como fatores condicionantes e determinantes da saúde e foi avaliada a partir da visão que as/os estudantes têm sobre as ações em prol do bem-estar estudantil.

Sobre a RAPS, algumas narrativas evidenciam o desconhecimento sobre como esta se organiza e as dificuldades encontradas para o acesso aos serviços. Neste quesito, devido ao nível de descrédito, a sorte é citada como elemento necessário para conseguir atendimento.

Esse foi o primeiro serviço público e gratuito que eu tive acesso⁷, (...) no entanto eu não conheço outras ações que tenham esse mesmo propósito. (...). Tem o CAPS, né, que é pra pessoas que fazem, ou que fizeram uso de algum tipo de entorpecente, ou pra pessoas que têm problemas a nível patológico, mas eu não sei muito bem como é que ele se estrutura. (Nzinga)

Conheço em relação a algumas coisas do SUS, tipo, a gente tem postos de saúde. Se a gente tiver requisições e tal, você consegue marcar os médicos. Se você der sorte, você consegue o acompanhamento em algum local. (Aristides)

Conheço pouquíssimos. (...), mas a gente tem aqui os serviços que são mais comuns de saúde, o CAPS que é para todos os pacientes com transtorno psicológico, (...) e tem o Juliano Moreira que é um sanatório, mas que eu particularmente nunca fui lá, então eu não sei como é que funcionam as políticas de saúde, até pela distância. (Eduardo)

Não, não tenho essa informação. (Nise)

Essa relação frágil com a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no município de Salvador levanta ponderações sobre como as instituições devem se organizar para que potenciais usuárias/os, dentre as/os quais se encontram as/os recém-chegadas/os na cidade, tenham o conhecimento necessário para alcançar esses serviços quando se fizer necessário. Como esses serviços precisam ser estruturados para estar mais acessíveis à população mais desprovida de recursos próprios e como se organizam para propagar informações sobre seu funcionamento de forma a reduzir a vulnerabilidade? Como esta é uma análise da visão do sujeito usuário, essa pesquisa não propõe a

⁷ Referente a uma ação da universidade para acolhimento em psicologia.

esgotar em si todos os possíveis questionamentos em torno do gerenciamento das ações e serviços que compõem a RAPS.

Quando o conhecimento sobre a RAPS é comparado com o que possuem sobre as ações da universidade para suporte à qualidade de vida, percebe-se que, no segundo caso, o conhecimento é maior, porque conseguem identificar até mesmo ações que não são diretamente relacionadas à saúde, mas são reconhecidas como importantes. A percepção de que a universidade tem responsabilidade sobre a saúde estudantil é bem difundida.

Porque, tipo assim, tem que se oferecer, né? a condição pro aluno estudar, né? O ideal é... não sei se tá em Constituição explicitamente isso, né? que você dê condições da pessoa estudar, né? (Aristides)

Isso é um pouco difícil, porque antes eu achava que não tinha nenhuma, entendeu? Que eu só tinha que chegar aqui e estudar e me formar e ir embora. Mas, depois que eu vi que a universidade tem essa preocupação com o estudante, e de atender o estudante, e de ajudar o estudante, que principalmente alguns que têm esses problemas a lidar com a questão da adaptação com a universidade e tal. (...). Fazer com que a gente sofra menos pra conseguir lidar com as obrigações, porque, se a gente tá aqui é porque a gente quer estar aqui e precisa... então isso é muito importante. (Franco)

Pode-se conjecturar que esse maior conhecimento sobre a universidade se dá por ser este o espaço onde desenvolvem com maior intensidade suas redes de contatos e relacionamentos, onde passam grande parte das horas de seus dias, onde depositam sonhos e buscam meios de torná-los reais. Para alguns, a universidade tornou-se um espaço terapêutico para o enfrentamento de seus sofrimentos e quando se sentem excluídos por preconceitos sociais dentro deste ambiente, entendem que se tratam de ações isoladas de determinadas pessoas, ou grupos, e não representam uma política da universidade.

Eu posso dizer que, pelo menos agora, a universidade tem sido uma cura, apesar de gerar muito mais estresse, mas eu nunca me senti tão no eixo, começando a ter o controle das coisas como aqui, sabia? Antes eu, sei lá... antes eu só vivia, vegetava, sei lá o que eu estava fazendo, mas, desde que eu cheguei na universidade, eu paro, eu sonho. (...). Antes eu só tinha sonho, agora eu tô realizando. (...) Eu me sinto bem atendida, na verdade, muito melhor do que eu achei que eu seria, porque a gente tá tão acostumada a ouvir “não é problema meu, não é problema meu” que é maravilhoso ser recebida e ter apoio como a gente tem. (Rosa)

Observam-se grandes expectativas sobre o papel da universidade na vida de seus estudantes, fato este que por sua vez, exige desta entidade alto nível de organização gerencial de

forma a manter-se atualizada e capaz de atuar na interlocução com outros setores da sociedade que operam sobre as condições de saúde da população.

9.5 PRÁTICAS INSTITUCIONAIS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE

Analisar a atuação da universidade frente às demandas biopsicossociais de seu corpo estudantil é uma tarefa importante se sua responsabilidade com o ensino for apreciada de forma ampliada. Diversos campos se entrelaçam para que o aprendizado seja possível, variando dentre outras possibilidades, sobre as questões referentes à mobilidade, acessibilidade, moradia, segurança alimentar e economia. Porém, é tarefa delicada delinear quais são as reais atribuições da universidade frente a todas questões que afetam suas/seus estudantes. Muitas vezes os entraves são produtos da própria construção social e têm seu nascedouro além de seus muros. Por outro lado, seria possível para a universidade se eximir de participar desse complexo processo de influência sobre o emaranhado de fatores que afetam em diferentes graus a vida estudantil se atendo apenas ao que é diretamente pertinente ao processo cognitivo do aprendizado?

Para lograr êxito em sua tripla responsabilidade de ensino, pesquisa e extensão, a universidade enquanto instituição sócio-histórica precisa estar atenta às novas circunstâncias que emergem do enredo político, ideológico, econômico e cultural da sociedade e se desdobram sobre a vida de seus cidadãos. A necessidade de estar alerta e ajustar-se ao contexto moderno vestindo novas roupagens de forma a atender aos anseios de seu público interno, requer um olhar acurado e disposição para desempenhar outras atividades que lhe auxiliem a atingir seus objetivos.

Esta pesquisa evidenciou que muitos serviços são percebidos pelo público estudantil como ações positivas da universidade para a promoção saúde: núcleos de estudos, grupos de ajuda em saúde mental, a oferta de consultas com psiquiatras e terapeutas ocupacionais, acolhimento em psicologia e as ações da PROAE para qualificação da permanência incluindo o NASIE.

Eu acho que a UFBA busca estratégias pra lidar com o estudante que passa vulnerabilidade né? (...). Aqui a gente tem ações transformadoras de poder não estar... pra gente lidar com essa vulnerabilidade, como, por exemplo, eu vejo que têm grupos de pesquisa no caso que estudam determinadas condições que a gente passa dentro da própria sociedade como também... vamos dizer... não sei, tanta

coisa que eu vejo assim interessante dentro da universidade que... eu acho que são estratégias que a própria universidade tem como possibilidade de lidar com essa diferença, sabe? com a diversidade que existe dentro dela. (Nise)

À medida que vão encontrando esses espaços para atendimento, as/os estudantes sentem-se apoiados em seus desafios como expressa Eduardo “eu acho que a PROAE e o Núcleo de Saúde cumprem bem o papel de acolhimento”. Observa-se na fala de Franco apresentada abaixo, uma gama de possibilidades que mesmo que não consigam atingir o máximo do suporte necessário, representam uma postura ativa da universidade frente às demandas de saúde da categoria estudantil.

Eu tenho psiquiatra, tem o Núcleo de Saúde, tem o PSIU e tem o psicólogo da PROAE, e tenho terapia ocupacional. Então eu tenho bastante profissionais fazendo o meu acompanhamento. (...) Sei que tem grupo de encontro que é no SMURB, mas que eu participo de transtorno bipolar também, que é um apoio, né?

A respeito da formação de núcleos de pesquisa para discutir sobre as desigualdades enfrentadas dentro de seus espaços e dar voz aos que se sentem vulneráveis a elas, observa-se que em algumas situações estes não se configuram como o ambiente de acolhimento esperado.

Você não vê ninguém, quer dizer, poucas pessoas negras. Você vai se aquilombar com quem? Eu acho isso um pouco complexo, então, esses grupos, esses grupos de pesquisa, esses núcleos, nem sempre com teor acadêmico, eles auxiliam a pessoa, o discente, a conseguir se estabilizar, mas, pra isso, ele tem que conseguir achar esse grupo e nem sempre as pessoas acham porque nem todo grupo é incluyente. As vezes eles excluem sem querer, eles não observam, não trabalham as intersecções que levaram a... que no caso levou a formação deles. (Nzinga)

Mais uma vez, a temática da interseccionalidade é trazida à tona no discurso estudantil enfatizando o quanto é primordial refletir sua presença transversalizada em diversos campos.

Outra observação é sobre o quanto atender as demandas sociais tem impacto direto sobre a saúde e qualidade de vida. Sendo assim, ações da política de assistência estudantil da universidade com foco na permanência como moradia, transporte e alimentação são reconhecidas como parte de sua dinâmica para suporte a saúde.

A universidade enquanto universidade supre algumas demandas (...). Eu sou um beneficiário da PROAE né, minha evolução foi muito do que foi disponibilizado aqui né, eu vim pra Residência⁸ (...). Você acessa os serviços da PROAE, tipo, são ações positivas que vão melhorar sua saúde. Você ter acesso ao médico e tal, os serviços do SMURB, eu consigo os auxílios que aqui dão tipo o auxílio óculos, o auxílio medicação, são pontos positivos que vão melhorar minha saúde. (Arisitdes)

⁸ O Serviço de Residência compõe o Programa de Moradia da PROAE para estudantes.

Por outro lado, existem também queixas sobre as burocracias institucionais e de que a universidade não informa de forma clara e ampla os serviços que gerencia, o que termina por prejudicar principalmente os recém-ingressos.

A entrada da universidade, quando você é calouro, fica meio que desamparado sem saber, sem conhecer os serviços. Tipo, eu conheci os serviços porque eu conhecia pessoas que já conheciam e me falaram. (...). Então talvez, se eu não tivesse conhecido pessoas que sabiam dos serviços, talvez eu não teria, cê sabe né, então, talvez divulgações melhores nesse sentido, né? pras pessoas que estão chegando acessarem esse serviço. (Aristides)

Interessante notar também que alguns não reconhecem as ações da PROAE enquanto atos da universidade. É como se esta funcionasse como um órgão à parte da UFBA e que a responsabilidade da universidade em prol da saúde refere-se apenas à questão pedagógica na relação com professores em salas de aulas e no estresse resultante das atividades propriamente ditas acadêmicas.

A percepção positiva das/os estudantes sobre as ações da universidade para promoção da qualidade de vida e enfrentamento das condições de opressão evidenciam que existe uma preocupação institucional que a impulsiona para a ação, mas, também, é nítida a necessidade de avançar em suas propostas para reduzir a interferência na vulnerabilidade em saúde de seu corpo estudantil. No que se refere à divulgação de informações, é racional julgar que não adianta investir massivamente na estruturação do serviço sem planejar como esse serviço vai alcançar o público a que se propõe atender. No caso de calouros, como foi citado, outros fatores além de como as informações são divulgadas, influencia seu acesso a elas. Como apresenta Coulon (2008), até que ocorra o tempo de afiliação, quando a/o estudante está familiarizada/o com o ambiente universitário e consegue de forma competente interpretar suas regras, irá vivenciar o tempo de estranhamento e aprendizagem e alguns fatores como a trajetória anterior ao ingresso, expectativas, escolhas e suporte social influenciam como cada etapa vai ser enfrentada.

“Acho que as melhores estratégias nesse momento são as que faz com que a gente permaneça, pra deixar a gente sólido, sedimentado” (Eduardo). Assim, para contribuir de forma positiva na redução da vulnerabilidade em saúde, estimular a qualidade de vida e qualificar a permanência na graduação, a escuta é uma ferramenta essencial para melhor compreensão de suas necessidades e alcance de seus objetivos institucionais.

10 CONCLUSÕES

As informações aqui reunidas evidenciaram que o sofrimento/transtorno mental é uma realidade de proporções mundiais, tendo o potencial de afetar qualquer pessoa, visto que o viver em coletividade produz iniquidades que podem agir negativamente sobre o bem-estar, como a distribuição desigual de recursos econômicos e de poder, exigindo do indivíduo constante adaptação às novas formas propostas e impostas de enxergar e viver a vida. Considerando que a educação faz parte desse sistema social e que os mesmos indivíduos que compartilham relações em outras estruturas da sociedade, como as famílias e instituições também ocupam vagas nas universidades, este espaço igualmente vai ser palco onde transitam pessoas em estado de sofrimento psíquico. Assim, esse trabalho se propôs a investigar como a intersecção de desigualdades se relaciona com a vulnerabilidade de estudantes com experiência de sofrimento/transtorno mental na UFBA.

O indivíduo vulnerável não é necessariamente incompetente ou incapaz, não devendo então ser classificado como agente passivo e vítima de destino naturalmente traçado, o que tornou o estudo analítico desse conceito necessário para entender por certo o que significa e qual espaço ocupa no contexto da saúde mental. Seus aspectos individual, social e programático funcionam como um tripé que sustentam a observação da suscetibilidade do indivíduo frente ao adoecimento. Esses aspectos se intercomunicam e atuam de forma fluida e concomitante, sendo necessário um olhar atento para perceber suas distinções e até mesmo a sua existência. Não são partes distintas em que se pode atuar sobre uma desconsiderando as outras sem perder parte da capacidade potencial da proposta de intervenção. Por exemplo, não seria funcional que as organizações que atuam para a promoção da saúde apenas produzissem informações de indiscutível relevância e disponibilizassem ações e serviços de forma organizada e bem planejada em termos gerenciais, sem observar de forma cautelosa os elementos sociais que atuam sobre as condições subjetivas dos indivíduos, influenciando o acesso e a capacidade de transformar essas informações em ações protetoras.

A vulnerabilidade não é algo estático, mas sim, uma condição que se modifica diante de múltiplos fatores, assim, ela é significada de modo singular por cada sujeito. Em meio à subjetividade que integra o estado peculiar de cada um, o conceito da interseccionalidade aponta

como suporte à percepção das características que compõem sua identidade, sendo relevante notar que algumas dessas características são definidas e impostas do contexto exterior – a partir das relações sócio-históricas - para o interior, reverberando sobre a forma como este indivíduo se reconhece.

Diante dessas observações, entende-se que quando há uma influência direta de elementos que caracterizam desigualdades e opressões sobre a vulnerabilidade, essa condição pode desembocar sobre o bem-estar psíquico das pessoas. O nível dessa influência varia para cada um e também difere nas fases da vida. Pode ocorrer também que, devido a atributos individuais, esse confronto não produza prejuízos à saúde.

Aproximando o foco para o público desta pesquisa, é necessário considerar elementos potencialmente geradores de estresse e realçadores do sofrimento mental, como as características específicas da vida universitária, por ser esse um espaço com propriedades específicas das quais pode-se citar a competição em busca dos melhores espaços acadêmicos, a expectativa de formação profissional que lhes possibilite mudanças no padrão econômico e a superação das deficiências do ensino/aprendizagem no ensino médio; as mudanças físicas, emocionais e sociais naturais da juventude - visto que o maior público desta pesquisa é de jovens - e as frustrações impostas pelo sistema de domínio cuidadosamente arraigado na cultura de grupos que se elevam à condição de superiores quando comparados com grupos que nem sempre são minoritários, mas, que são vistos como inferiores.

Nesta pesquisa, as narrativas destacaram maior vulnerabilidade social por consequência das opressões interseccionalizadas, com destaque para preconceitos de gênero, orientação afetivo-sexual, pobreza, raça/cor e estigmas acerca de suas condições de saúde mental, tornando-as/os mais suscetíveis ao sofrimento.

O estudo sociodemográfico evidenciou um público composto majoritariamente por jovens pretas/os e pardas/os que tiveram suas trajetórias de aprendizado prévio construído em escolas públicas, com lares sustentados por mulheres em estado de pobreza e com grande representatividade para aquelas/es oriundas/os do interior do estado da Bahia que atualmente precisam gerenciar sozinhas/os a manutenção de seus novos lares sem renda extra ao mesmo tempo que cuidam da carreira acadêmica e da saúde. Essa conjuntura e seus desafios inerentes apontam

para a necessidade de intervenção institucional no sentido de dar suporte para qualificar a permanência e conclusão do curso.

Mostrou também que a tarefa de analisar a vulnerabilidade a partir das categorias individual, social e programática é um exercício complexo especialmente na determinação de quais elementos compõem cada área, e por consequência, a quem se atribui a responsabilidade. Por exemplo, delimitar que as dificuldades econômicas que impedem o indivíduo de comprar os medicamentos de que necessita, ou de pagar o transporte para chegar na unidade de saúde para realização de consultas, trata-se do âmbito individual, e não do social, é acentadamente difícil, pois a linha que define seus limites é por demais tênue. A complexidade analítica se dá também por ser um conceito que abarca a subjetividade como elemento constitutivo, tornando delicado fazer as generalizações necessárias quando se tratam de intervenções para grupos grandes como pode ser o caso de programas e políticas.

É necessário que a universidade avance nas discussões acerca de sua responsabilidade e do reconhecimento das especificidades do público que recebe a cada semestre. Esforços no sentido de reconhecer o sofrimento psíquico vivido por uma parcela de suas/seus estudantes e das opressões que se fortalecem e se materializam nas relações que também ocorrem dentro de seus espaços e fomentar estratégias de resposta para a promoção da equidade.

Esta pesquisa também aponta para a necessidade de mais estudos que façam a interlocução entre saúde mental, vulnerabilidade e interseccionalidade e mais informações sobre as ações institucionais, incluindo a universidade e a RAPS para o enfrentamento do sofrimento psíquico e seus desdobramentos.

REFERÊNCIAS

ACCORSI, M. **Atenção psicossocial no ambiente universitário**: um estudo sobre a realidade dos estudantes de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. 2015. 105 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/158800/336948.pdf?sequence=1>> Acesso em: 16 fev. 2019

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica a ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **Revista USP**, n. 43, p. 100-125, nov. 1999. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28481/30335>> Acesso em: 15 nov. 2018

ALMEIDA FILHO, N.; et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. **Social Science & Medicine**, p. 1339–1353, out. 2004. Disponível em <<http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/4825>>. Acesso em: 07 ago. 2017

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. **Holopatogênese**: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. 2ª ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. p. 101-119

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 132 p.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007 (Temas em Saúde)

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR. **Diplomação, Retenção e Evasão nos Cursos de Graduação em Instituições de Ensino Superior Públicas**. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis Brasília, 1996. 35 p. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/wp-content/files_flutter/Diplomacao_Retencao_Evasao_Graduacao_em_IES_Publicas-1996.pdf> Acesso em: 09 jul. 2018

_____. **I Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural do Estudante de Graduação das IFES Brasileiras**. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis São Paulo: 1997. 58 p. Disponível em <<http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2017/12/I-Perfil-dos-Graduandos-IFES.pdf>> Acesso em: 15 maio 2017

_____. **II Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior**: Relatório Final da Pesquisa. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. Brasília, 2004. 89 p. Disponível em <<http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2017/12/II-Perfil-dos-Graduandos-IFES-Vr.pdf>> Acesso em: 15 maio 2017

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR. **IV Pesquisa do Perfil do Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras**. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. Uberlândia: 2016. 66 p. Disponível em <http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Pesquisa-de-Perfil-dos-Graduandos-das-IFES_2014.pdf> Acesso em: 15 maio 2017

_____. **Nota à sociedade**, ago. 2017. Disponível em <<http://www.andifes.org.br/52515-2/>> Acesso em: 04 mar. 2018

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR I.; CALAZANS G. J.; SALLETI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA R.; PARKER R. (Org). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Ed.32, 1999. p. 49-72.

_____. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2ª ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. p. 121-143

AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011

BERTH, Joice. **O que é empoderamento?**. Belo Horizonte: Letramento: Justificando, 2018BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1987. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>> Acesso em: 8 jan. 2019

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 26, p. 329-376, jun. 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>> Acesso em: 21 fev. 2019

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 04 set. 2018

_____. **Agenda Juventude Brasil: Pesquisa Nacional sobre Perfil e Opinião dos Jovens Brasileiros 2013**. 112 p. Disponível em <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/estatisticas/agenda_juventude_brasil_vs_jan2014.pdf> Acesso em: 05 mar. 2019

_____. Lei n. 12.852, de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 ago. 2013. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm> Acesso em: 02 mar. 2019

_____. **Dicas em saúde: acolhimento**. Biblioteca Virtual em Saúde, nov. 2008. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/dicas/167acolhimento.html>> Acesso em: 25 out. 2018

BRASIL. Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 jul.

2010. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234.htm> Acesso em: 07 ago. 2017

_____. **Censo da Educação Superior 2016:** Notas Estatísticas. 17 p. Disponível em <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2016/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2016.pdf> Acesso em: 16 fev. 2018

_____. **Boletim Epidemiológico.** Volume 48 N° 30 – 2017. 15 p. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>> Acesso em: 30 maio 2019

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Portaria n. 25, de 13 de agosto de 2015. Define conceitos e estabelece fatores para fins de cálculo dos indicadores de gestão das Instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção n. 1, p. 28, ago. 2015. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=21991-portaria-n25-2015-setec-pdf&Itemid=30192> Acesso em: 07 ago. 2017

_____. Plano Nacional de Educação. Lei 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm> Acesso em: 04 mar. 2018

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 25 out. 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 e projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030.** 2013. Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm> Acesso em: 24 out. 2018

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde.** 2015. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>> Acesso em: 24 ago. 2019

_____. **Panorama Bahia.** Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>> Acesso em: 02 mar. 2019

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007. Disponível em <http://www.uff.br/coletiva1/DETERMINANTES_SOCAIS_E_SAUDE.pdf> Acesso em: 12 ago. 2017

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências.** 2ª ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. p. 59-81

CASTRO, V. R. Reflexões sobre a saúde mental do estudante universitário: estudo empírico com estudantes de uma instituição pública de ensino superior. **Revista Gestão em Foco**, n. 9, p. 380-401, 2017. Disponível em <http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/gestao_foco/artigos/ano2017/043_saude_mental.pdf> Acesso em: 16 maio 2018

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2ª ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. p. 43-57

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**, 2004. 283 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313371>> Acesso em: 3 ago. 2018

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 10, n. 3, p. 413-420, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000300010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02 fev. 2019

CISLAGHI, R. **Um Modelo de Sistemas de Gestão do Conhecimento em um Framework para a Promoção da Permanência Discente no Ensino de Graduação**. 2008. 273 f. Tese (Doutorado em Engenharia e Gestão do Conhecimento) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em <<http://btd.egc.ufsc.br/wp-content/uploads/2010/06/Renato-Cislaghi.pdf>> Acesso em: 09 out. 2018

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. **Stanford Law Review**, California, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, jul. 1991. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/1229039?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents> Acesso em: 19 jun. 2018

_____. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 21 jun. 2018

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 51-66

COULON, A. **A condição de estudante: a entrada na vida universitária**. Salvador: EDUFBA, 2008

DWYER, T. et al. (org.). **Jovens universitários em um mundo em transformação: uma pesquisa sino-brasileira**. Brasília: Ipea; Pequim: SSAP, 2016. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/160715_livro_jovens_universitarios.pdf> Acesso em: 05 mar. 2019

FIGUEIREDO, R. M.; OLIVEIRA, M. A. P. Necessidades de estudantes universitários para implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. **Revista Latino-**

Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 5-18, jan. 1995. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n1/v3n1a02.pdf>> Acesso em: 05 maio 2018

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987

FRY, C. C.; ROSTOW, E. G. **Mental Health in College**. New York: The Commonwealth Fund, 1942.

GIGLIO, J. S. **Bem-estar emocional em estudantes universitários**: um estudo preliminar. 1976. 171 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1976. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313650>> Acesso em: 16/07/2018

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000100006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 out. 2018

JUCÁ, V. J. S. **Os sentidos da cura em saúde mental**. 2003. 225 f. Tese (doutorado) Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2003.

LÓPEZ, L. C. A mobilização política das mulheres negras no Uruguai: considerações sobre interseccionalidade de raça, gênero e sexualidade. **Revista Latino Americana**. Rio de Janeiro, n. 14, p. 40-65, ago. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872013000200003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 jun. 2018

LORDE, A. There is no hierarchy of oppressions. In: BYRD, R.; COLE, J. B.; GUY-SHEFTALL, B.; (ed). **I am your sister**: collected and unpublished writings of Audre Lorde. Oxford University, 2009. pp. 219-220

LORETO, G. **Uma experiência de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários**. 1985. 182 p. Tese de Livre Docência. Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Neuropsiquiatria, Recife, 1985.

MAGGI, Alice et al. Vulnerabilidade, saúde mental e clínica-escola: uma resposta de atenção à população. **Aletheia**, Canoas, v. 49, n. 2, p. 55-63, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000200007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 05 abr. 2019.

MANN, J. T.; TARANTOLA, D. J. M., NETTER, T. W. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. P.; GALVAO, J.; PEDROSA, J. S. (Organizadores da edição brasileira). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 275-300

MINAYO, M. C. S. **Ciência, técnica e arte**: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. pp. 09-29

- NUNES, M. O. Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossociocultural do adoecimento mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.43, p. 903-915, out./dez. 2012.
- NUNES, M. O.; CAMPOS, R. O. Prevenção, Atenção e Controle em Saúde Mental. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org) **Saúde Coletiva Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 501-512
- NUNES, R. S. R.; VELOSO, T. C. M. A. A permanência na educação superior: múltiplos olhares. **Educação e Fronteiras On-Line**, Dourados/MS, v. 6, n.16, p. 48-63, jan/abr 2016 Disponível em <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/educacao/article/viewFile/5708/2914>> Acesso em: 15 out. 2018.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Princípios de empoderamento das mulheres**. 24 p. Disponível em <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/cartilha_WEPs_2016.pdf> Acesso em: 13 jul. 2018
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa: transtornos mentais**. Abr. 2018. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839> Acesso em: 02 mar. 2019
- ORSO, P. J.; GONÇALVES, S. R.; MATTOS, V. M. (Org.). **Educação e lutas de classes**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008. 144 p.
- OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, jun 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200237&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 23 mar. 2019
- PADOVANI, R. C. et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Revista Brasileira Terapias Cognitivas**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 02-10, jun. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100002> Acesso em: 23 maio 2019
- PICCININI, W. J. Eugenia e Higiene mental. **Psychiatry Online Brasil**, vol. 6, n. 9, set. 2001. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano01/wal0901.php>> Acesso em 28 maio 2019
- PLENO. In: AURÉLIO. **Dicionário do Aurélio Online**, 2018. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/pleno>>. Acesso em: 18 de jul. 2018
- PORTO, M. F. S.; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2ª ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. p. 207-229
- RAMOS, C. N.; GONZALEZ, Z. K. Interseccionalidade e Saúde Mental no CAPS: Um olhar para a raça e gênero pelo pensamento descolonial. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress**. Florianópolis: 2017. Anais eletrônicos. Disponível em

<http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499470106_ARQUIVO_trabalho.fazendogenero.pdf> Acesso em: 04 abr. 2019

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Promoção da saúde e Planejamento Estratégico Situacional: intersetorialidade na busca de maior governabilidade. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. 2ª ed. 5ª reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fio Cruz, 2009. p. 183-206

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?**. Disponível em <<https://www.scielosp.org/article/csc/2007.v12n2/319-324/>> Acesso em: 09 jul. 2018

SILVA, M. R. S.; ELSEN, I.; LACHARITE, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 26, p. 147-156, dez. 2003. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2003000300003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 06 mar. 2019

SMOLEN, J. R. **Raça/cor da pele, gênero e Transtornos Mentais Comuns na perspectiva da interseccionalidade**. 2016. 127 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016. Disponível em <http://tede2.uefs.br:8080/bitstream/tede/414/2/Dissertac%CC%A7a%CC%83o_J_Smolen_PDF.pdf> Acesso em: 04 abr 2019

SOUZA, M. L.; BOARINI, M. L. A deficiência mental na concepção da Liga Brasileira de Higiene Mental. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília, v. 14, n. 2, p. 273-292, ago. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v14n2/09.pdf>> Acesso em 28 maio 2019

STEINER, M. Women's mental health: what don't we know?. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27 (supl 2), pp. 41-42, out. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a02v27s2.pdf> Acesso em 04 mar. 2019

TEIXEIRA, C. F.; SILVEIRA, P. **Glossário de análise política em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2017. 194 p. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario%20em%20saude.pdf>> Acesso em: 25 out. 2018

TINTO, V. Classrooms as Communities: Exploring the Educational Character of Student Persistence. **The Journal of Higher Education**, Ohio, v. 68, n 6, p. 599-623, nov/dec 1997. Disponível em <<http://www.uab.edu/2015compliancecertification/IMAGES/SOURCEE148.PDF?id=40d5d239-fd27-e411-99c8-86539cf2d30e>> Acesso em: 09 out. 2018

TINTO, V. Enhancing student persistence: connecting the dots. In: **Optimizing the Nation's Investment: Persistence and Success in Postsecondary**, 2002, Madson. Disponível em <<https://vtinto.expressions.syr.edu/wp-content/uploads/2013/01/Connecting-the-Dots.pdf>> Acesso em: 09 out. 2018

TONIN, C. F.; BARBOSA, T. M. A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 11, n. 3, (2017) p. 50-68, Epub mar. 2018. Disponível em <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281>> Acesso em: 05 abr. 2019

URPIA, A. M. O.; SAMPAIO, S. M. R. Mães e universitárias: transitando para a vida adulta. In: SAMPAIO, S. M. R. (org.). **Observatório da vida estudantil: primeiros estudos** [online]. Salvador: EDUFBA, 2011, p. 145-168. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/n656x/pdf/sampaio-9788523212117-09.pdf>> Acesso em: 04 mar. 2019

VERAS, M. F. A. S. **A loucura entre nós: Teoria Lacaniana das psicoses e a saúde mental**. 2009. 288 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=150298> Acesso em 23 maio 2019

WILKINSON, I. **Anxiety in a risk society**. Taylor & Francis e-Library, 2002

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report**. Geneva: 2004. 70 p. Disponível em <http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf> Acesso em: 12 ago. 2017

_____. **Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação**. Genebra: 2005. Disponível em <https://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf> Acesso em: 05 mar. 2019

_____. **Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group**. Geneva 2010. 74 p. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44257/9789241563949_eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 13 fev. 2019

_____. **Investing in mental health: evidence for action**. Geneva: 2013. 36 p. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=7BB44620550E99395E7540949EBB8D19?sequence=1> Acesso em: 24 set. 2018

_____. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: 2017. 21 p. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>> Acesso em: 16 fev. 2018

APÊNDICE 1 – Roteiro base para as entrevistas

1. Como sua experiência de sofrimento/transtorno mental têm impactado sua história de vida?
2. Como essa condição influencia o relacionamento com outras pessoas?
3. Você acha que vivencia algum tipo de discriminação/desigualdade que lhe coloca em situação diferente na sociedade? Qual/Quais?
4. (Caso a resposta anterior tenha sido SIM). Você acha que a sua condição desigual/discriminatória (citar o que foi respondido na questão anterior) interfere no seu estado de saúde? Como?
5. Você acha que possui informações suficientes sobre sua atual condição de saúde?
6. Quais serviços você acha que seriam necessários ao seu tratamento de saúde?
7. Você conhece quais ações/serviços são ofertados pelo Estado (município, estado, união) para o seu tratamento?
8. Você acha que sua atual condição de saúde interfere na sua trajetória acadêmica? Como?
9. Qual você acha que é a responsabilidade da UFBA/PROAE/NASIE referente à sua condição de saúde?
10. O que você identifica nas ações da universidade que interferem (positiva ou negativamente) na sua condição de desigualdade social e de saúde?

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Baseado na Resolução nº466/2012 CNS)

Você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa intitulada “**Reflexões sobre saúde mental, vulnerabilidade e interseccionalidade entre estudantes em uma universidade pública brasileira**”, desenvolvida por Vera Maria Sérgio de Abreu Vieira do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UFBA sob a orientação da Professora Ph.D. Mônica de Oliveira Nunes Torrenté. A justificativa para realização dessa pesquisa emerge da preocupação da pesquisadora com o elevado percentual de estudantes com experiência de sofrimento/transtorno mental entre as/os acolhidas/os pela assistência estudantil na UFBA e objetiva analisar a intersecção de desigualdades e a vulnerabilidade nesse público, bem como contribuir com esta universidade no planejamento de suas ações para suporte à comunidade estudantil. Para colaborar com o estudo, será necessário que você se disponibilize a participar de entrevista (e que autorize a gravação de áudio sem registro de imagens) onde responderá perguntas sobre a temática (as perguntas poderão ser lidas antes da assinatura de consentimento deste termo). Não haverá qualquer valor econômico a receber ou a pagar, por sua participação, mas se por ventura houver despesas ou danos comprovados por decorrência da pesquisa, será devidamente ressarcida/o.

Os riscos da sua participação nesta pesquisa são mínimos, embora possa causar desconforto no momento de rememorar, através da entrevista, situações dolorosas ou desconfortáveis da sua vida. Você não será obrigada/o a responder todas as perguntas e poderá interromper a entrevista a qualquer momento caso julgue necessário. As informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, e serão destruídas (o arquivo digital será deletado) cinco anos após o término da pesquisa. Na publicação dos resultados, seu nome não será citado em qualquer parte do texto nem informações que possam identificá-la/o. Será garantido o direito de negar-se a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa sem qualquer prejuízo na relação com a PROAE-UFBA. Este termo foi elaborado em duas vias de igual teor, sendo uma da pesquisadora e outra sua, e deverá ter todas as páginas rubricadas e assinado após a leitura e aceitação para participar. Também nos comprometemos com

a devolutiva dos resultados dessa pesquisa para a comunidade acadêmica da UFBA e através do seu e-mail. Os resultados também deverão ser publicados em meios acadêmicos.

Por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia que funciona de segunda à sexta das 08:00 as 15:00 na Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar - Canela, Salvador - Ba, 40110-040, telefone (71) 3283-7419, e-mail cepisc@ufba.br. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida diretamente com a responsável por esta pesquisa através dos telefones (71)99101-4503 (whatsapp), (71) 98617-3082 e do e-mail vera.vieira@ufba.br.

Eu _____ (nome por extenso) declaro que, após ter recebido os devidos esclarecimentos pela pesquisadora, lido o presente termo e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa intitulada “**Reflexões sobre saúde mental, vulnerabilidade e interseccionalidade entre estudantes em uma universidade pública brasileira**”.

Salvador, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da/o participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 1 – Formulário Socioeconômico



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PRÓ-REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE
Anexo 2

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO				
I – IDENTIFICAÇÃO				
Nome:			Gênero:	
Nome Social:			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
RG	CPF	DATA DE NASCIMENTO	Cidade/Estado	
			<input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A)/ DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL			Número de Filhos:	Outros Dependentes:
Curso	Semestre	Matrícula SGC	Telefone	Celular
VOCÊ FEZ OPÇÃO PELA RESERVA DE VAGAS DO SISTEMA DE COTAS DA UFBA? Sim, Qual? () A () AM () B () BM () D () NÃO – AMPLA CONCORRÊNCIA				
RAÇA/COR/ETNIA: () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA				
ENDEREÇO COMPLETO:			BAIRRO	
CEP	CIDADE DE MORADIA ATUAL:		EMAILS	
Nome do Pai:			<input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Falecido	
Profissão:		Local de Trabalho:	Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Assalariado		<input type="checkbox"/> Proprietário de peq. empresa	<input type="checkbox"/> Aposentado	
<input type="checkbox"/> Pensionista		<input type="checkbox"/> Dono de peq. propriedade rural: _____ Hectares	<input type="checkbox"/> Servidor Público	
<input type="checkbox"/> Empregado de propriedade rural de outro			<input type="checkbox"/> Desempregado	
<input type="checkbox"/> Sem registro na carteira/Mercado informal. Especifique: _____				
<input type="checkbox"/> Autônomo. Especifique: _____			<input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	
Renda Mensal: _____				
Endereço Completo do Pai: <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural				
Rua: _____				
CEP	CIDADE		Telefone	
Estado Civil do Pai: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O		Tipo de Residência: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Sítio <input type="checkbox"/> Apartamento	Situação do Imóvel <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Financiado: _____ <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Alugado: _____	
Nome da Mãe:			<input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Falecida	
Profissão:		Local de Trabalho:	Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Assalariada		<input type="checkbox"/> Proprietária de peq. empresa	<input type="checkbox"/> Aposentada	
<input type="checkbox"/> Pensionista		<input type="checkbox"/> Dona de peq. propriedade rural: _____ Hectares	<input type="checkbox"/> Servidora Público	
<input type="checkbox"/> Empregada de propriedade rural de outro			<input type="checkbox"/> Desempregada	
<input type="checkbox"/> Sem registro na carteira/Mercado informal. Especifique: _____				
Renda Mensal: _____				
Endereço Completo do Pai: <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural				
Rua: _____				
CEP	CIDADE		Telefone	

Estado Civil do Pai: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O	Tipo de Residência: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Sítio <input type="checkbox"/> Apartamento	Situação do Imóvel <input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Financiado: _____ <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Alugado: _____
NOME DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO (A) DO CANDIDATO (A): _____ <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> FALECIDO		
PROFISSÃO _____ LOCAL DE TRABALHO _____ RENDA MENSAL _____ <input type="checkbox"/> ASSALARIADO(A) <input type="checkbox"/> EMPREGADOR(A) <input type="checkbox"/> APOSENTADO(A) <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO(A) <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO(A) <input type="checkbox"/> PENSIONISTA		
II – DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E FINANCEIROS DO (A) CANDIDATO (A)		
ENSINO MÉDIO <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PÚBLICO-PARTICULAR		CURSO PRÉ-VESTIBULAR <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> BOLSA <input type="checkbox"/> NENHUM
FREQUÊNTA OUTRO CURSO SUPERIOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Qual? _____ ONDE? _____ Caso seja em universidade privada, é estudante bolsista? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ESPECIFIQUE _____		CONCLUIU ALGUM CURSO SUPERIOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL? _____ ONDE? _____
ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS DO (A) CANDIDATO (A) <input type="checkbox"/> TRABALHO COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL _____ FONTE PAGADORA _____ <input type="checkbox"/> TRABALHO SEM VÍNCULO EMPREGATÍCIO RENDA MENSAL _____ FONTE PAGADORA _____ <input type="checkbox"/> BOLSA <input type="checkbox"/> ESTÁGIO <input type="checkbox"/> MESADA <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE: _____		
MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PELO (A) CANDIDATO (A) PARA CHEGAR A UNIVERSIDADE <input type="checkbox"/> A PÉ/ DE CARONA/ DE BICICLETA <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PRÓPRIO (CARRO, MOTO, ETC) <input type="checkbox"/> TRANSPORTE LOCADO (PREFEITURA E/ OU ESCOLAR) <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE _____		
EM MÉDIA, QUANTAS REFEIÇÕES DIÁRIAS VOCÊ FAZ? _____		VOCÊ POSSUI ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, Qual? _____
QUAL SUA SITUAÇÃO ATUAL DE MORADIA? <input type="checkbox"/> COM O PAI, COM A MÃE OU AMBOS <input type="checkbox"/> COM CÔNJUGE <input type="checkbox"/> CASA DE FAMILIARES <input type="checkbox"/> PENSÃO/ PENSIONATO <input type="checkbox"/> MORADIA MANTIDA PELA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> CASA DE AMIGOS <input type="checkbox"/> MORADIA PERTENCENTE E/OU MANTIDA PELO MUNICÍPIO DE ORIGEM <input type="checkbox"/> OUTRAS MORADIAS COLETIVAS (RELIGIOSAS, ALBERGUES PÚBLICOS, ABRIGOS) <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE: _____		
SEU MUNICÍPIO OFERECE ALGUM TIPO DE MORADIA ESTUDANTIL PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM SALVADOR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL? _____		
III - DA FAMÍLIA		
Quem é o(a) principal mantenedor(a) de sua família (a pessoa que mais contribui com a renda para a subsistência familiar)? <input type="checkbox"/> VOCÊ MESMO(A) <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> IRMÃO/ IRMÃ <input type="checkbox"/> PADRASTO <input type="checkbox"/> MADRATA <input type="checkbox"/> AVÔ/ AVÓ <input type="checkbox"/> OUTRA PESSOA, ESPECIFIQUE: _____		
QUANTAS PESSOAS, INCLUINDO VOCÊ, VIVEM DA RENDA MENSAL DE SUA FAMÍLIA? _____		
EXISTE ALGUÉM DA FAMÍLIA EM REGIME RECLUSÃO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
CASO SUA FAMÍLIA SEJA ATENDIDA POR UM OU MAIS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA, ASSINALE ABAIXO: <input type="checkbox"/> BOLSA FAMÍLIA <input type="checkbox"/> BPC – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE _____		
POSSUI DIAGNÓSTICO DE DOENÇA NA FAMÍLIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL? _____ <input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR. GRAU DE PARENTESCO? _____		

TEVE OU TEM PROBLEMA COM O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____		
TEVE OU TEM ALGUM TRANSTORNO MENTAL (ex. depressão, crise de ansiedade, esquizofrenia, etc.): <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____		
TEVE OU TEM ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
<input type="checkbox"/> ESTUDANTE <input type="checkbox"/> FAMILIAR, GRAU DE PARENTESCO? _____		
Informe os bens de propriedade da família (imóveis, veículos – especifique ano e modelo, propriedades rurais – especifique extensão em hectares, etc)		

IV - CONDIÇÕES DE MORADIA DA FAMÍLIA		
SUA FAMÍLIA MORA NUM IMÓVEL:		
<input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> FINANCIADO R\$ _____ <input type="checkbox"/> ALUGADO R\$ _____		
INFORME SOBRE A MORADIA DE SUA FAMÍLIA:		
1) QUAL A DISTÂNCIA ENTRE A MORADIA DE SUA FAMÍLIA E SUA UNIVERSIDADE?		
<input type="checkbox"/> ATÉ 10 KM <input type="checkbox"/> 11 A 50 KM <input type="checkbox"/> 51 A 100 KM <input type="checkbox"/> 101 A 150 KM		
<input type="checkbox"/> 201 A 250 KM <input type="checkbox"/> 251 A 300 KM <input type="checkbox"/> 301 A 500 KM <input type="checkbox"/> ACIMA DE 500 KM		
2) TEM ENERGIA ELÉTRICA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
3) COMO OCORRE O ABASTECIMENTO DE ÁGUA?		
<input type="checkbox"/> POÇO OU NASCENTE <input type="checkbox"/> EMPRESA DE TRATAMENTO E ABASTECIMENTO DE ÁGUA		
<input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE _____		
4) TEM SANITÁRIO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
5) TEM ESGOTAMENTO SANITÁRIO (O ESGOTO DO DOMICÍLIO É LIGADO À REDE COLETORA E ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE UMA EMPRESA ESGOTAMENTO)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EM CASO NEGATIVO, INFORME PARA ONDE É DIRECIONADO O ESGOTO:		
<input type="checkbox"/> FOSSA <input type="checkbox"/> RIO/ LAGO/ MAR <input type="checkbox"/> VALA <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE _____		
6) TEM COLETA DE LIXO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EM CASO NEGATIVO, INFORME COMO É DESCARTADO O LIXO:		
<input type="checkbox"/> QUEIMADO <input type="checkbox"/> ENTERRADO <input type="checkbox"/> JOGADO EM TERRENO BALDIO <input type="checkbox"/> OUTROS, ESPECIFIQUE: _____		
7) HÁ DORMITÓRIOS UTILIZADOS POR MAIS DE DOIS MORADORES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
V - DESPESAS DO CANDIDATO E DA FAMÍLIA		
DESPESA	VALOR MENSAL	
	CANDIDATO	FAMÍLIA
ÁGUA		
ENERGIA ELÉTRICA		
TEFONE FIXO		
TELEFONE CELULAR		
INTERNET		
ALUGUEL/FINANCIAMENTO		
IPTU		
CONDOMÍNIO		

MÉDICOS/CONVÊNIOS/DENTISTAS		
REMÉDIOS DE USO CONTÍNUO		
TRANSPORTE		
ALIMENTAÇÃO		
OUTROS, ESPECIFIQUE:		
TOTAL:		
VI - SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO		
ASSINAL ATÉ TRÊS ALTERNATIVAS REFERENTE AO EDITAL EM VIGOR, POR ORDEM DE PRIORIDADE (1º, 2º e 3º):		
<input type="checkbox"/> SERVIÇO DE RESIDÊNCIA UNIVERSITÁRIA - SRU <input type="checkbox"/> AUXÍLIO A PESSOA COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> AUXÍLIO MORADIA <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUXÍLIO TRANSPORTE		
JÁ FOI CONTEMPLADO COM OUTRO AUXÍLIO? ESPECIFIQUE: _____		
JUSTIFIQUE OS MOTIVOS QUE O LEVARAM A OPTAR PELO (S) AUXÍLIO (S), PROGRAMA OU SERVIÇO ACIMA:		

FAMILIARES CADASTRADOS NA PROAE		
NOME	CURSO	TIPO DE AUXÍLIO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
VII – TERMO DE RESPONSABILIDADE		
ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE FORMULÁRIO E PELO TEOR DOS DOCUMENTOS POR MIM APRESENTADOS. DECLARO, AINDA, QUE ESTOU CIENTE DE QUE CONSTATADA QUALQUER IRREGULARIDADE, SERÁ ANULADO O DIREITO AO(S) BENEFÍCIO(S), BEM COMO, TEREI MEU CASO ENCAMINHADO À PROCURADORIA JURÍDICA DA UNIVERSIDADE, PARA QUE SEJAM TOMADAS AS MEDIDAS RELATIVAS À AÇÃO PENAL CABÍVEL.		
SALVADOR, ____/____/____. _____ ASSINATURA DO ESTUDANTE		
VIII – PARA USO DA COORDENADORIA DOS PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA AO ESTUDANTE		
PARECER: _____		

DATA: ____/____/____ _____ ASSISTENTE SOCIAL – ASSINATURA E CRESS		

IX - COMPOSIÇÃO FAMILIAR										
NOME COMPLETO	IDADE	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	TRABALHA?	TEM CARTEIRA DE TRABALHO E PREV. ASSINADA?	RENDA MENSAL R\$	É PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	ESCOLARIDADE		
								É estudante?	Nível	Qual semestre/ano?
				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO		() Não () SIM, Qual? _____	() SIM () NÃO	() NÃO ALFABETIZADO () FUNDAMENTAL () JENSINO MÉDIO () JENSINO SUPERIOR () OUTROS _____	
				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO		() Não () SIM, Qual? _____	() SIM () NÃO	() NÃO ALFABETIZADO () FUNDAMENTAL () JENSINO MÉDIO () JENSINO SUPERIOR () OUTROS _____	
				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO		() Não () SIM, Qual? _____	() SIM () NÃO	() NÃO ALFABETIZADO () FUNDAMENTAL () JENSINO MÉDIO () JENSINO SUPERIOR () OUTROS _____	
				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO		() Não () SIM, Qual? _____	() SIM () NÃO	() NÃO ALFABETIZADO () FUNDAMENTAL () JENSINO MÉDIO () JENSINO SUPERIOR () OUTROS _____	
				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO		() Não () SIM, Qual? _____	() SIM () NÃO	() NÃO ALFABETIZADO () FUNDAMENTAL () JENSINO MÉDIO () JENSINO SUPERIOR () OUTROS _____	
				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO		() Não () SIM, Qual? _____	() SIM () NÃO	() NÃO ALFABETIZADO () FUNDAMENTAL () JENSINO MÉDIO () JENSINO SUPERIOR () OUTROS _____	
				() SIM () NÃO	() SIM () NÃO		() Não () SIM, Qual? _____	() SIM () NÃO	() NÃO ALFABETIZADO () FUNDAMENTAL () JENSINO MÉDIO () JENSINO SUPERIOR () OUTROS _____	