



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ISADORA NICASTRO SALVADOR

**SEDAÇÃO SUBJETIVA:**  
O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE SUJEITOS INSERIDOS NA  
UNIVERSIDADE

---

Londrina  
2020

ISADORA NICASTRO SALVADOR

**SEDAÇÃO SUBJETIVA:**  
**O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE SUJEITOS INSERIDOS NA**  
**UNIVERSIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Nogueira Cordeiro.

Londrina  
2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

IS74 Salvador, Isadora Nicastro.  
Sedação subjetiva : o sofrimento psíquico de sujeitos inseridos na universidade / Isadora Nicastro Salvador. - Londrina, 2020.  
151 f. : il.

Orientador: Silvia Nogueira Cordeiro.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.  
Inclui bibliografia.

1. Sedação subjetiva - Tese. 2. Medicalização - Tese. 3. Estudantes universitários - Tese. 4. Sofrimento psíquico. - Tese. I. Cordeiro, Silvia Nogueira. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

ISADORA NICASTRO SALVADOR

**SEDAÇÃO SUBJETIVA:**  
**O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE SUJEITOS INSERIDOS NA**  
**UNIVERSIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Silvia Nogueira Cordeiro  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eneida Silveira Santiago  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selmara Merlo Londero  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 6 de fevereiro de 2020.

Dedico este trabalho ao meu pai Marlon, à  
minha mãe Sandra e à minha irmã Isabela.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à luz divina, pela força e sabedoria nesse processo tão árduo, que me levantou e iluminou meus caminhos quando já pareciam tão escuros e pesados. Essa luz que me ensina todos os dias, a duras penas, que o meu maior julgamento vem do divino.

Agradeço ao meu pai que, mesmo no alto de sua demência, me emprestou sorrisos largos e fartos, demonstrando o quanto se sente orgulhoso do meu percurso até aqui. Que sempre investiu tanto nos meus estudos e que fez com que meu tema de dissertação fosse justamente sobre algo que eu observo nele.

Agradeço à minha mãe, que me ensinou que com calma, sensibilidade e sorriso no rosto, eu chegaria ao coração das pessoas. A essa que possui uma potência feminina, um amor e um cuidado pelos seus e que demonstra isso com meu pai de forma esplêndida agora que ele precisa tanto dela. Agradeço por ela ser a maior responsável pelos maiores cuidados dele, justamente porque sabia que eu tinha que escrever, inclusive aos finais de semana.

Agradeço à minha irmã, que aguentou todos os dias as minhas dores, que esteve ao meu lado. Que me mostrou que é possível escrever com pedaços do coração e que é legítimo ser muito feliz escrevendo. Que estava certíssima ao insistir que eu devia construir algo meu.

Agradeço ao Fê, que fez com que eu tentasse novamente o mestrado porque ele estaria comigo. Que não largou do meu pé, que me deu coragem para bancar quem eu sou, que me fez carinho quando eu só precisava de um afago. Que se mostra um irmão, de corpo e alma.

Agradeço ao meu avô Vicente que, mesmo analfabeto, produziu os melhores textos feitos de palavras e de gírias que eu já tive a oportunidade de ler. Que mostra que 95 anos só são construídos se tiver potência de vida e o cultivo dos bons afetos.

Agradeço à minha família, que esteve comigo nos cafés da tarde em casa e que sempre me mostrou que a vida pode ser leve mesmo se tiver todo mundo gritando e falando alto.

Agradeço aos meus primos que cresceram comigo e me ajudaram a seguir esse caminho das pedras: Vini, Fer, Nay, Tar e Sofia.

Agradeço aos meus amigos da vida, Bruninha, Gisele, João Pedro, Bruna Schiavinatto, Judu, Alana, Patty, Maju, Sthe, Iolanda e Michele, que confiaram sempre no meu potencial, orgulharam-se das minhas conquistas e me deram de presente tantas gargalhadas quando eu mais precisava.

Agradeço aos colegas da Turma 2018 do PPGPSI, que puderam estabelecer comigo tantas trocas produtivas nas mesas dos bares londrinenses. Agradeço principalmente à Nath, que dividiu comigo momentos tão nossos e que foi um presente para a vida.

Agradeço às amigas que fiz na Pós-Graduação da Universidade Positivo, Rafa, Nat, Bru, Stê e Cá, que mostraram que só foi possível conciliar um mestrado e uma especialização juntos a partir dos bons encontros.

Agradeço à minha orientadora Silvia, por acompanhar meu processo de crescimento enquanto sujeito e enquanto pesquisadora nessa jornada.

Agradeço à minha analista Zeila, que com a escuta atenta e os apontamentos diretos, me fez produzir tantos textos simbólicos a partir de algo que é tão meu, tão particular.

Agradeço à professora Sandra que, mesmo de tão longe, me acolheu e me ouviu em uma das fases mais difíceis da minha vida.

Agradeço à professora Sonia que mostrou que das lágrimas, era possível nascerem flores.

Agradeço aos membros da banca Vinicius, Eneida e Selmara, por contribuírem tanto para esse trabalho.

Agradeço aos participantes desta pesquisa, que se dispuseram a falar de questões tão dolorosas a uma desconhecida e que permitiram que essa dissertação fosse concluída.

O que não sei fazer desmancho em frases.

Eu fiz o nada aparecer.

(Represente que o homem é um poço escuro.

Aqui de cima não se vê nada.

Mas quando se chega ao fundo do poço já se pode  
ver o nada.)

Perder o nada é um empobrecimento.

Manoel de Barros

Salvador, I. N. (2020). *Sedação subjetiva: o sofrimento psíquico de sujeitos inseridos na universidade*. 151 páginas. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

## RESUMO

A presente dissertação faz parte da Linha 1, intitulada Avaliação Psicológica e Processos Clínicos, do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Com o advento do Estado Moderno, constituiu-se um olhar racional sobre os sujeitos nos âmbitos da saúde e da ciência, o que, séculos mais tarde, culminou na medicalização da vida subjetiva. Nesse campo, as perspectivas médica e biológica parecem pretender o tratamento de um corpo, não de um sujeito e, por esse motivo, há uma sedação ao nível subjetivo. O trabalho visou conhecer as características do sofrimento psíquico relatadas por estudantes de uma universidade pública do estado do Paraná. Além disso, propôs-se especificamente a análise das possíveis repercussões do sofrimento psíquico na vida dos estudantes universitários e a interpretação dos sentidos que sujeitos inseridos no contexto universitário atribuem ao sofrimento psíquico experienciado nos seus modos de viver. Utilizou-se o método clínico-qualitativo (Turato, 2010), que privilegia a escuta e o aprofundamento das questões subjetivas, por fornecerem informações importantes sobre os processos complexos do mundo do sujeito. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semidirigida de perguntas abertas (Fontanella, Campos, & Turato, 2006), que propicia uma maior flexibilidade entre os temas e uma escuta do entrevistador que possibilita uma abertura para o entrevistado responder por meio característico a ele. O tipo de amostragem utilizado foi a proposital (Turato, 2010). Foram entrevistados dez estudantes de uma universidade pública do Paraná, de diferentes cursos, nas modalidades de graduação e pós-graduação e que fazem uso de medicamentos psicotrópicos. A técnica para o procedimento de tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, segundo Bardin (2016). Os resultados obtidos e discutidos foram agrupados em núcleos de sentido e, posteriormente, em categorias de análise, formando cinco delas, intituladas: 1) A necessidade de ser completo: “É como se você pegasse uns dados, jogasse e achasse que todos iam dar um”; 2) História de vida, relacionamentos e posicionamentos das escolhas; 3) Tomar remédio para dar conta da vida: “Ele deixa as coisas mais amenas”; 4) “Eu sou um peixe fora d’água nesse lugar”: do isolamento ao apagamento do sujeito; 5) Narrativas esvaziadas de sentido como saídas para o real vivido no corpo. Pode-se concluir que todos os estudantes relacionam, de uma forma ou de outra, parte de seus sofrimentos à universidade. Parecem ter encontrado, por meio do discurso universitário, uma forma de ocuparem seus lugares e estabelecerem seus laços. De acordo com as entrevistas realizadas, é possível interpretar que esses sujeitos possuem uma dificuldade em adquirir sentidos e significados para suas dores e, por esse motivo, colocam-nas no corpo. Diante de tanta rapidez nos processos, tanta burocratização, tecnologização e racionalização da vida humana, um sujeito inserido no contexto acadêmico e científico parece trabalhar a favor dessa racionalização do ser gente, e as dimensões poéticas e atravessadoras de um sujeito faltante podem se tornar petrificadas.

**Palavras-chave:** Sedação subjetiva. Medicalização. Estudantes universitários. Sofrimento psíquico. Medicamentos psicotrópicos.

Salvador, I. N. (2020). *Subjective sedation: the psychic suffering of subjects inserted in the university*. 151 sheets. (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

## ABSTRACT

This dissertation is part of Line 1, entitled Psychological Assessment and Clinical Process, of the Master's Program in Psychology of the State University of Londrina. With the advent of the Modern State, a rational look at the subjects in the fields of health and science was constituted, which, centuries later, culminated in the medicalization of the subjective life. In this field, the medical and biological perspectives seem to claim the treatment of a body, not a subject, and for this reason, there is a sedation at the subjective level. The word aimed to know the characteristics of psychological distress reported by students of a public university in the state of Paraná. In addition, it was specifically proposed to analyze the possible repercussions of psychic suffering on the lives of university students and the interpretation of the meanings that subjects inserted in the university context attribute to the psychological suffering experienced in their ways of living. The clinical-qualitative method was used (Turato, 2010), which privileges the listening and deepening of subjective questions, by providing important information about the complex processes of the subject's world. The data collection instrument used was the semi-structured interview of open questions (Fontanella, Campos, & Turato, 2006), which provides to greater flexibility between the themes and the interviewer's listening that allows an opening for the respondent to respond through a characteristic and subjective means. The sample used was purposive (Turato, 2010). Ten students from a public university of Parana, from different courses, in undergraduate and postgraduate modalities and using psychotropic medicines were interviewed. The technique for the data processing procedure was the content analysis, according to Bardin (2016). The results obtained and discussed were grouped into meaning nuclei and, subsequently, into categories of analysis, forming five of them, entitled: 1) The need to be complete: "It's as if you take some dice, play and think that everyone was going to give one"; 2) Life history, relationships and positioning of choices; 3) Take medicine to manage life – "It makes things more pleasant"; 4) "I am a fish out of water in that place": from isolation to erasure of the subject; 5) Narratives emptied of meaning as exits to the real lived in the body. It can be concluded that all the students relate, in one way or another, part of their suffering to the university. They seem to have found, through university discourse, a way of occupy their places and establish their bonds. According to the interviews, it is possible to interpret that these subjects have a difficulty in acquiring meanings for their pain and, for this reason, put them in the body. Faced with such speed in the processes, so much bureaucratization, technologization and rationalization of human life, a subject inserted in the academic and scientific context seems to work in favor of this rationalization of being people, and the poetic and crossing dimensions of a missing subject can become petrified.

**Keywords:** Subjective sedation. Medicalization. University students. Psychic suffering. Psychotropics medicines.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Matema lacaniano dos lugares dos discursos.....	69
<b>Figura 2</b> – Matema lacaniano do discurso universitário.....	70

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Tabela de Caracterização dos Participantes.....	92
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCS	Centro de Ciências da Saúde
DSM-V	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
FONAPRACE	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis
LABESC	Laboratório Escola de Pós-Graduação
LEPPSI	Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise
NEAB	Núcleo de Estudos Afro-brasileiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAPES	Serviço de Apoio Psicológico ao Ensino Superior
SEBEC	Serviço de Bem Estar à Comunidade
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UnB	Universidade de Brasília
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b> .....	19
2.1	O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS MEDICALIZADOS: UM LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO .....	19
2.2	O ESTABELECIMENTO DO SUJEITO-OBJETO DA MEDICINA, A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO DE FREUD.....	27
2.3	DO QUE SOFREMOS? AS TRÊS FONTES DO SOFRIMENTO PARA FREUD.....	39
2.3.1	O Corpo: do Orgânico ao Pulsional.....	39
2.3.2	O Mundo Externo e as Relações com Outros Seres Humanos: a Constituição de um Sujeito Sexuado .....	47
2.3.2.1	A sedação subjetiva de um sujeito sexuada.....	53
2.4	O ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO MEDICALIZADO: UM SUJEITO NÃO TODO VERSUS O IDEAL CIENTÍFICO NA LÓGICA DO TODO .....	56
2.4.1	A Lógica da Ciência: o Sujeito e o Discurso Universitário.....	68
2.4.2	A Relação entre o Sujeito Dividido, o Sujeito da Ciência e o Objeto a .....	73
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	79
3.1	GERAL .....	79
3.2	ESPECÍFICOS .....	79
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	80
4.1	AMBIENTAÇÃO E ACULTURAÇÃO.....	82
4.2	CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA.....	85
4.2.1	Critérios de Inclusão .....	86
4.2.2	Critérios de Exclusão.....	87
4.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	88
4.4	TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS .....	88
4.5	CUIDADOS ÉTICOS .....	90
4.6	VALIDAÇÃO EXTERNA .....	91

<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>92</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	92
5.2	CATEGORIAS DE ANÁLISE .....	94
5.2.1	Categoria 1 - A Necessidade de Ser Completo: “É Como se Você Pegasse uns Dados, Jogasse e Achasse que Todos Iam Dar Um” .....	94
5.2.2	Categoria 2 – História de Vida, Relacionamentos e Posicionamentos das Escolhas .....	100
5.2.3	Categoria 3 – Tomar Remédio para Conseguir Cuidar da Vida: “Ele Deixa as Coisas Mais Amenas.....	106
5.2.4	Categoria 4 – “Eu Sou um Peixe Fora D’Água nesse Lugar”: do Isolamento ao Apagamento do Sujeito.....	112
5.2.5	Categoria 5 – Narrativas Esvaziadas de Sentido como Saídas para o Real Vivido no Corpo .....	118
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>133</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>146</b>
	APÊNDICE A – Dados pessoais de identificação dos participantes.....	147
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista.....	148
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>149</b>
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	150

## 1 INTRODUÇÃO

O tema estudado nesta dissertação se relaciona ao meu percurso enquanto psicóloga clínica, que me permite observar o crescente uso de medicamentos psicotrópicos enquanto dificultador da entrada dos pacientes em um processo analítico. Também percebo um entrave para o estabelecimento de um diálogo entre mim, atuante da psicanálise, com os psiquiatras de alguns pacientes que atendo. Isso porque, além de ser muito complicado esse contato com os médicos, sinto sempre uma necessidade de desaprovação do meu trabalho que, pelo olhar deles, parece simplista.

Entretanto, em via oposta da atuação do remédio e da medicina atuam, pautada na cura de doenças mentais dos sujeitos, a psicanálise, em sua prática, tem o intuito de questionar, indagar e cutucar as questões subjetivas do ser humano. A partir desse recorte, entendo que alguns sujeitos que fazem uso de medicamentos psicotrópicos se mostram, considerando aproximações clínicas, apartados de sua condição estruturante, de ser-sujeito, em que não há uma apropriação subjetiva de suas faltas, suas dores e sua história. Parece-me, de partida, que a medicação assume a função de tapar as características que são recolhidas no um a um, na singularidade, e os faz sedados, com poucos aspectos únicos e subjetivos à mostra. É nesse percurso que descrevo a noção de sedação subjetiva.

Nesse ponto, sujeitos apaziguados pela medicação me incomodam e me cutucam, porque parecem conter-se por meio de uma substância química ingerida. Eu, ao contrário, sou convocada e mobilizada a partir disso que percebo com tanta clareza em pacientes medicalizados<sup>1</sup> e não fico sedada a este fato. Além disso, passo a relacionar esse incômodo com a sedação subjetiva a um caso muito próximo a mim: meu pai, que foi diagnosticado com uma demência neurodegenerativa progressiva há cinco anos. Analiso, a partir da progressão

---

<sup>1</sup> Usamos o termo “medicalização” ao longo da dissertação para designar a apropriação das relações humanas pela área médica. Entretanto, em alguns momentos, estamos nos referindo ao aumento do uso da medicação propriamente e não ao “medicalizar” no seu sentido amplo. Portanto, como “medicar” também se trata de uma das facetas da medicalização, mantivemos o termo para designar também o uso de medicamentos.

da doença, que as características peculiares dele já não lhe são mais peculiares. Passou a perder seus gostos, seus trejeitos e a não lembrar mais de sua história. Pergunto-me, olhando para seus comportamentos repetitivos, muito distantes e externos a ele, se ali ainda existe um sujeito e em que momento a sua demência o havia retirado dessa condição, neutralizando e emudecendo seus desejos e faltas.

Então, por motivos múltiplos, entendo que a doença que meu pai possui teve o poder de retirá-lo do campo de sujeito dele mesmo, porque já não mais se reconhece nesse corpo que repete atos rígidos e nada poéticos. Com efeito, o trabalho com aquilo que parece tapar as peculiaridades de um sujeito, com a medicação, intriga-me, já que o contato com uma condição biológica que coloca meu pai em um grau cru de sedação me põe a pensar e a elaborar um trabalho sobre um sujeito sedado. Apesar de a doença do meu pai ser de cunho biológico estrito, com uma atrofia cerebral significativa, entendo que as respostas biológicas comportamentais diante dessa condição de saúde se assemelham às consequências subjetivas do uso de medicamentos psicotrópicos por pessoas saudáveis do ponto de vista biológico.

Além disso, pelo fato de o ambiente universitário ser um lugar que frequento, anteriormente como graduanda e atualmente como pós-graduanda, analiso de perto o uso extremo de medicamentos psicotrópicos por amigos, colegas de classe e de curso. A população de estudantes universitários foi escolhida por mim por ser a que está mais próxima da minha realidade.

Por meio da minha inserção nesse contexto, realizada a partir da decisão por este tema, esta pesquisa busca compreender, através do relato de estudantes, como o sofrimento psíquico pode se relacionar ao lugar sedativo do sujeito inserido no contexto universitário. A questão norteadora desta dissertação considera e adquire, utilizando-se de entrevistas semidirigidas, aspectos retirados da narrativa de estudantes universitários que buscam formação no Ensino Superior. Este trabalho também pretende contribuir para a literatura, que carece de estudos

sobre o sofrimento psíquico de estudantes universitários pelo viés do campo psicanalítico, sendo geralmente pautados em estudos epidemiológicos, descritivos e objetivos desse cenário.

Em outro âmbito, diante de um quadro de profundo adoecimento mental no contexto acadêmico e da medicalização desses sujeitos, procurarei elucidar esse tema por meio de conceitos psicanalíticos do corpo pulsional versus o corpo orgânico, da constituição da perspectiva da saúde de um olhar médico e racional sobre os sujeitos e da sedação do sujeito inserido na lógica academicista. Além disso, trabalharei com os ideais presentes no discurso da ciência e no discurso universitário, que possuem uma homologia com as consequências de uma medicalização para o sujeito do inconsciente. Esses conceitos elencados possuem o objetivo de responder às questões referentes ao sofrimento psíquico trazidas pelos estudantes universitários.

Diante disso, a formulação teórica do meu trabalho passará de um cenário mais amplo, iniciando-se com um capítulo teórico que demonstra o estado da arte em relação ao tema. Ainda, o trajeto da dissertação percorre o segundo capítulo teórico, intitulado “O estabelecimento do sujeito-objeto da medicina, a medicalização da vida e o mal-estar na civilização de Freud”, que tem o objetivo de posicionar o leitor diante do processo constitutivo do Estado Moderno para o âmbito da saúde até o uso de medicamentos psicotrópicos pelos sujeitos. Esse capítulo também tem a finalidade de resgatar o aspecto estrutural do sofrimento psíquico: o mal-estar intrínseco ao humano.

O terceiro capítulo se orienta por essa concepção, nomeado: “Do que sofremos? As três fontes de sofrimento para Freud”. Assim, dada a primeira fonte de sofrimento identificada por Freud, o próprio corpo, o primeiro subcapítulo deste relata a passagem e as diferenças entre os corpos orgânico e pulsional, identificando as distinções entre o corpo objeto de estudo para a medicina e o corpo libidinal, objeto de estudo da psicanálise. Ainda seguindo as fontes de sofrimento caracterizadas por Freud, o segundo subcapítulo abarca as duas últimas

fontes: as relações entre o sujeito e o mundo externo e as relações com os outros seres humanos, das quais estabeleço como produto um sujeito sexuado e como este se constitui. Dentro desse subcapítulo, produz-se a definição do termo “sedação subjetiva”, embasada na constituição de um sujeito dividido, que remete ao que foi trabalhado nos subcapítulos anteriores: corpo e sujeito.

Por fim, o trabalho se afunila para um recorte mais objetivo, identificando-se, no quarto capítulo, uma elaboração que relaciona o sujeito medicalizado inserido no contexto universitário com conceitos da metapsicologia. Associam-se, então, as elaborações propostas até aqui: sofrimento psíquico de estudantes universitários; sujeito não todo, sexuado, objeto na teoria psicanalítica, sedado pela lógica em que os participantes da pesquisa estão inseridos; o discurso universitário; a concepção universal de ciência e a medicalização.

Posteriormente aos capítulos teóricos, está disposta a segunda fase do trabalho, com objetivos, método, resultados e discussão e considerações finais.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 O SOFRIMENTO PSÍQUICO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS MEDICALIZADOS: UM LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

*Para ter mais certeza tenho que me saber de imperfeições.  
Manoel de Barros*

O sofrimento psíquico e a saúde mental de estudantes universitários são questões que vêm sendo discutidas e pesquisadas há algum tempo. A partir de uma revisão bibliográfica, vários estudos advêm como resultado e, embora haja um montante maior de textos publicados nas últimas décadas, também é possível analisar estudos antigos e que já tratavam sobre esse assunto. Neste capítulo, os artigos estão agregados segundo os conteúdos que se relacionam entre si e, portanto, não estão dispostos enquanto uma linha do tempo dos estudos mais antigos para os mais recentes.

Os primeiros trabalhos realizados no Brasil foram por Fortes (1972) e Loreto (1985). Os dois autores apontaram, já naquela época, a necessidade de um atendimento formal aos estudantes no que se refere aos aspectos psíquicos e à saúde mental desse grupo. Estudos realizados por Rimmer, Halikas e Schuckit (1982), com estudantes universitários dos Estados Unidos, indicaram que 14% a 19% apresentam problemas psíquicos em algum momento da vida acadêmica. Desses, um quarto é diagnosticado com algum tipo de doença psiquiátrica e procura atendimento em serviços de saúde mental, sendo o diagnóstico predominante a depressão. Outro estudo realizado na Finlândia por Niemi (1988) apontou que 35% dos sintomas dos estudantes atendidos no serviço de saúde universitário estavam relacionados à ansiedade e ao medo, 21% à depressão e à solidão, e 18% às dificuldades nos relacionamentos sociais. Esse estudo revelou que a frequência de distúrbios psiquiátricos nessa população variou de 6 a 29%.

Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005), em um estudo sobre o uso do serviço de saúde mental em uma universidade pública do Mato Grosso do Sul, no Brasil, mostraram que a maioria dos usuários do serviço era mulher, com idade entre 18 e 20 anos, com quadros de sofrimento psíquico e que não apresentava problemas psiquiátricos.

No Brasil, os estudos publicados sobre sofrimentos psíquicos de universitários nas últimas décadas referem-se predominantemente a três tipos de pesquisas: levantamento dos índices de utilização dos serviços em saúde nas instituições; estudos epidemiológicos de problemas específicos, utilizando amostras representativas de distúrbios não psicóticos, como abuso de anfetaminas; pensamentos e tentativas suicidas; uso de bebidas alcoólicas; dificuldades no processo ensino-aprendizagem e saúde mental do estudante de medicina; e por fim, estudos que englobam um número grande de temas direcionados às pesquisas com estudantes da área da saúde (Caixeta, 2011; Andrade et al., 2016).

Peres, Santos e Coelho (2003), em um estudo em Assis, São Paulo, apontam que a maioria dos usuários de serviços de atendimento psicológico em universidades apresenta, em um primeiro momento, queixas relativas a problemas de convívio com companheiros de moradias, ansiedade e estresse em função das atividades acadêmicas. Entretanto, o estudo aponta que a maioria dos usuários que apresenta essas queixas não costuma se questionar sobre a natureza de tais sintomas, ou seja, não se sente implicada com seus sintomas.

Outras pesquisas, como a realizada por Xavier, Nunes e Santos (2008), no Ceará, destacam a importância de se realizar investigações que abordem sobre o sofrimento psíquico de estudantes, uma vez que o ambiente universitário é extremamente desafiante, pois mobiliza aspectos cognitivos, sociais, físicos e, principalmente, emocionais, como: absenteísmo, depressão, dependência química, melancolia e isolamento.

Oliveira (2007), em um estudo realizado em uma universidade pública do Distrito Federal, estabelece que uma das causas relevantes para o trancamento geral de matrícula é o

adoecimento. A autora aponta que, além das dificuldades financeiras para custear o curso superior, outros fatores ligados à experiência, vulnerabilidades pessoais, conflitos relacionais com colegas e professores e problemas na estrutura curricular impossibilitam, sobretudo na universidade pública, o estudante conciliar a atividade acadêmica com outras atividades, como por exemplo, o trabalho. Esses são fatores importantes na desistência e na evasão universitária.

Padovani et al. (2014), ao realizarem um estudo a partir de indicadores de saúde mental dos bancos de dados de estudantes de diferentes cursos de graduação de três universidades públicas, dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e três faculdades particulares, dos estados de Pernambuco e São Paulo, relacionam o adoecimento universitário ao fato de o estudante residir em localidade distante do núcleo afetivo de origem. Os autores contam também que 39,97% dos estudantes analisados apresentaram sofrimento psicológico significativo. Ou seja, dentre 3.587 participantes da pesquisa, das áreas de Ciências Sociais, Exatas, Humanas, Biológicas e da Saúde, tal sofrimento foi observado em 1403 graduandos.

Assis e Oliveira (2010), em um estudo sobre os atendimentos às demandas de saúde mental em uma universidade pública, a UFMT, adquirem como resultado que, embora haja o reconhecimento do direito à assistência psicossocial por parte da universidade, havendo documentos que a legislam, ainda não há uma concretização de fato dessas assistências na instituição. Na pesquisa, há a conclusão de que a assistência ampla e integral é direito do estudante e dever da instituição que ele faz parte, estando as instituições em déficits em relação a esse amparo aos seus estudantes. Há um apontamento de que, após um mapeamento da assistência aos estudantes em quarenta instituições de Ensino Superior realizado pelo Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis - FONAPRACE (2014), apenas 34% ofereciam algum tipo de atendimento à saúde mental dos estudantes.

Em uma revisão integrativa nacional e internacional realizada em Botucatu – SP, estabelecem-se como resultados as características sociodemográficas, identificando-se que estudantes do sexo feminino, de maior idade e de baixa renda foram sujeitos com dados mais associados ao sofrimento psíquico. Além disso, o estudo ainda traz condições de saúde que corroboram ou atenuam o sofrimento psíquico dos graduandos, sendo que o tabagismo foi fator de risco para Transtornos Mentais Comuns (TMCs), além do uso de uma substância psicoativa, nomeada *Khat Chewing*, com ação estimulante, por alunos da Etiópia, que apresentaram sofrimento psíquico prevalente (Graner & Cerqueira, 2019).

Ainda assim, fatores de risco para o surgimento de TMCs se relacionam à falta de atividade física e a uma dieta alimentar inadequada, além de sonolência, má qualidade do sono, estresse e tensão, condições de vida comuns entre sujeitos nessa fase de suas vidas, que se associam ao sofrimento psíquico de estudantes universitários. Também identificou-se que, dos indivíduos que recebem tratamento psicológico ou psiquiátrico, os que possuem histórico familiar e pessoal de transtornos mentais possuem maior prevalência de TMC. A tendência suicida também foi avaliada e constatada por um instrumento específico, principalmente com alunos de medicina, associada, geralmente, à depressão (Graner & Cerqueira, 2019).

As características relacionais também são associadas ao sofrimento psíquico, como a dificuldade de fazer amigos, as relações conflituosas, os sentimentos de rejeição, o fato de não receber apoio emocional necessário e a dificuldade de adaptação. Nesse sentido, ter apoio social, possuir habilidades sociais e estar em atividades de lazer são variáveis de proteção para a saúde mental dos estudantes. Em outro âmbito, alunos que estão nas primeiras e últimas séries dos cursos são elencados como os que mais apresentaram sofrimento. Ademais, outros fatores de risco para o sofrimento estão relacionados às variáveis sociais e à violência, como discriminação (racial, sexo e orientação sexual) e ter sofrido algum tipo de agressão (Graner & Cerqueira, 2019).

Silveira, Norton, Brandão e Roma-Torres (2011), em uma pesquisa sobre a descrição e a caracterização de consultas de psiquiatria aos estudantes do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, em Portugal, relatam que eles se encontram em um período de vulnerabilidade, expostos a fatores estressantes e que causam, nesse período da juventude, transtornos mentais graves. Ainda assim, em comparação com estudantes da mesma faixa etária e que estão no mercado de trabalho, a gravidade dos problemas de saúde mental são maiores entre os inseridos em universidades e faculdades.

Os autores relacionam os transtornos a fatores como: maior acessibilidade ao Ensino Superior, incluindo jovens que já possuem alguma patologia psiquiátrica anterior à entrada na instituição; competição entre os próprios estudantes por médias mais altas; falta de preparação desses sujeitos para o contato com as exigências acadêmicas e nova adequação a esse contexto; superproteção das figuras parentais; afastamento dos jovens dos relacionamentos familiares e sociais nos quais estavam inseridos e autonomização destes. Nesse estudo, as primeiras manifestações de transtornos identificadas nessa população estão relacionadas à entrada do estudante na universidade. Alguns transtornos recorrentes são esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros (Silveira et al., 2011).

De acordo com Silveira et al. (2011), o impacto dos agravamentos na saúde mental desses sujeitos também pode acontecer em um nível mais abrangente e influenciar a sociedade em geral, como a Economia, já que se trata de uma população que possui grande entrada no mercado de trabalho após sua formação. Também por esse motivo, as instituições de Ensino Superior possuem uma responsabilidade a mais em relação ao bem-estar social, físico e mental dos estudantes, devendo ser centros de referência e suporte para estes. Nesse sentido, a Universidade do Porto, onde aconteceu tal estudo, é exceção em relação ao apoio estudantil por, além de possuir um serviço de psiquiatria específico destinado aos estudantes, também

possuir o Serviço de Apoio Psicológico ao Ensino Superior (SAPES) e o Gabinete de Apoio ao Estudante do Centro de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Ainda nesse estudo retrospectivo e descritivo, realizado por meio da consulta de processos clínicos de todos os estudantes acompanhados pelo referido hospital durante três anos, a maioria dos estudantes foi tratada com terapêuticas psicofarmacológicas, com antidepressivos em 54% dos casos e com benzodiazepínicos em 21%. Apenas 6% dos estudantes atendidos saíram do hospital sem a indicação para o tratamento com medicação (Silveira et al., 2011). Isso denota que os desconfortos emocionais e psíquicos desses estudantes, quando mobilizados para algum tipo de acolhimento e ajuda terapêutica ou psiquiátrica, são tratados, em sua maioria, com medicamentos.

Horta, Horta e Horta (2012), em uma pesquisa para verificar a prevalência do uso de substâncias psicoativas relacionado ao sofrimento psíquico de estudantes universitários, realizado em uma universidade do sul do Brasil, avaliaram 653 sujeitos que convivem em uma universidade, como professores, funcionários e estudantes. Dentre as pessoas que possuem maior probabilidade de distúrbios psiquiátricos menores, os estudantes estão no topo do *ranking*, sendo 326 indivíduos da amostra consultada. Os autores identificaram que esses estudantes faziam uso de medicamentos controlados, como ansiolíticos benzodiazepínicos e fármacos anorexígenos combinados com o uso de drogas ilícitas, tabaco e álcool. De acordo com os autores, pode-se identificar uma causalidade reversa, em que o sofrimento psíquico é a causa e o consumo de substâncias psicoativas é o desfecho. Nesse sentido, as soluções imediatas procuradas pelos estudantes denunciam modos de vida contemporâneos, como a pressão por altos desempenhos, quando os ansiolíticos tornam-se aliviadores desse processo (Horta, Horta & Horta, 2012).

Chagas e Pedroza (2016), com o objetivo de compreender de que maneira as práticas medicalizantes se desdobram em políticas universitárias, indicam como resultado do estudo na Universidade de Brasília (UnB), a individualização de problemas de escolarização, sem a atenção da instituição para condições de adoecimento que esta proporciona. Assim, a instituição desresponsabiliza-se dos problemas que pode gerar, como o fato de ainda estar presa em modelos tradicionais, adaptacionistas e conteudistas, que se voltam à normalização e ao controle do sujeito.

Além disso, Chagas e Pedroza (2016) afirmam que as extremas medicalização e patologização dos estudantes apontam para uma transformação de alunos saudáveis com dificuldade escolar em alunos doentes. De acordo com os autores, a patologização retrata "a biologização de conflitos sociais, naturalizando os fenômenos socialmente constituídos e retirando da análise da existência humana a historicidade, a cultura e as desigualdades sociais, característicos da vida em sociedade" (p. 2).

Diante de uma patologização, o estresse em estudantes de graduação foi avaliado por Lameu, Salazar e Souza (2016), que detectaram que, dentre 653 estudantes avaliados da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, metade deles apresenta esse sintoma, sendo a maioria do sexo feminino e alunos que moram em repúblicas, com pouco contato com a família. Assim, suporte social e vínculo afetivo podem ajudar, diminuindo a probabilidade de desenvolverem estresse.

Brandtner e Bardagi (2009) concluíram um trabalho sobre a depressão e a ansiedade em 200 estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul, sendo eles dos cursos de Educação Física, Letras, Engenharia de Alimentos, Psicologia e Administração. A pesquisa aponta índices de depressão e ansiedade maiores em alunos que estão iniciando do que os que estão terminando o curso. Isso porque há uma mudança de inserção em grupos e de ambiente, mais exigência de autonomia e mais competição, o que pode corroborar com que os alunos

ingressantes na instituição estejam mais suscetíveis ao sofrimento psíquico. Além disso, como apontado por outras pesquisas, mulheres apresentaram níveis de ansiedade e depressão maiores do que homens. Ainda assim, alunos de Letras e Psicologia mostraram níveis maiores de depressão do que os demais, o que denota que os cursos de Humanas foram os mais evidentes em relação à depressão (Brandtner & Bardagi, 2009).

Sobre sujeitos do sexo feminino possuírem maior índice de transtornos mentais, o estudo de Neves e Dalgalarondo (2007) também obteve o mesmo resultado. Esta pesquisa foi realizada com 1290 estudantes nos campi de Campinas e Limeira - SP da Unicamp. Prevaleceu, em 58% da amostra, pelo menos um tipo de transtorno mental identificado, sendo 69% em mulheres e 45% em homens. Assim, estudantes do gênero feminino possuem maior queixa de sofrimento psíquico, além de maiores dificuldades psicossociais e maior utilização por este grupo de serviços de assistência à saúde mental, disponíveis especificamente para estudantes dessa instituição (Neves & Dalgalarondo, 2007).

Os dados trazidos até aqui apontam que há um sofrimento psíquico em estudantes inseridos no contexto universitário. Portanto, se é humano, terá mal-estar, terá sofrimento: esse afeto é considerado uma condição intrínseca humana. Entretanto, como produzem Peres, Santos e Coelho (2003), os estudantes universitários parecem não se questionar sobre o mal-estar que os acometem. Esta também é a hipótese principal do presente estudo, já que relacionamos a medicalização dos estudantes universitários e o contexto científico em que estão enquanto objetos importantes para questionar a sedação desses sujeitos quanto aos seus questionamentos e mobilizações subjetivas.

Assim, os altos níveis de depressão, ansiedade e outros transtornos, identificados nas pesquisas realizadas, referem-se a uma possibilidade de análise da particularidade do sofrimento do universitário, sendo que essa extrema criação de diagnósticos para um sujeito também pode ser relacionada à sedação e à paralisação deste. Os diagnósticos traduzem um

enquadramento para algo que todos os sujeitos, já no início de suas vidas, estão condenados: ao sofrimento. No entanto, parece existir uma peculiaridade desse mal-estar a partir desse enquadramento, ou seja, da constituição do Estado Moderno e do olhar médico e racional da perspectiva da saúde sobre os sujeitos. Tal tema será abordado com maior afinco no capítulo que se segue.

## 2.2 O ESTABELECIMENTO DO SUJEITO-OBJETO DA MEDICINA, A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E O MAL-ESTAR NA CIVILIZAÇÃO DE FREUD

*Não gosto de palavra acostumada.  
Manoel de Barros*

Este capítulo traz um percurso histórico, social e psicanalítico do que atualmente pode-se nomear por medicalização da vida. Recorro a um recorte do estabelecimento do Estado Moderno para que fique explícito como se deu o estabelecimento de um olhar racional sobre os sujeitos, apropriado pela medicina e que, em larga medida, impactou a vida cotidiana dos seres humanos, fazendo com que a medicalização se penetrasse sobre o corpo do sujeito, sobre seu trabalho, sua família, suas relações e seus modos de funcionamento. Dessa maneira, há um sujeito que sofre e é medicalizado por todos os campos da sua vida. É possível, portanto, identificar o mal-estar enquanto um produto do social e da civilização, além de ser um produto da própria constituição do sujeito.

Isso posto, diante do cenário atual de uma medicalização da vida que “(...) é um fenômeno através do qual a vida cotidiana é apropriada pela medicina e interfere na construção de conceitos, costumes e comportamentos sociais” (De Brito, 2012, p. 2554), busca-se contextualizar as mudanças da sociedade contemporânea, geradas pelas consequências do advento do Estado Moderno, nascido na segunda metade do século XV.

Porém, este é analisado, neste trabalho, a partir do século XVIII, período do surgimento da Medicina Moderna. Essas mudanças influenciaram diretamente o funcionamento psíquico e o modo de viver de um sujeito singular, inserido em uma sociedade contemporânea que adquire como produto uma premência constante de mal-estar.

A partir do mal-estar enquanto efeito da civilização, Rosen (1994) afirma que os problemas de saúde pública estiveram sempre relacionados ao viver em comunidade. Como este sempre foi volúvel, os discursos dos que eram responsáveis pela saúde pública também estiveram em permanente mutação (Foucault, 1980/2015). A constituição do Estado Moderno, nesse âmbito, reorganiza um discurso instaurado anteriormente, que era menos quantitativo e mais qualitativo, mais flexível e fluido, e o restabelece a partir de uma lógica empírica, pautada nas regularidades e no racionalismo, não apenas de atividades práticas e científicas, mas de subjetividades (Foucault, 1980/2015).

Foucault (1980/2015, p. IX) questiona sobre a instauração desse discurso racional: “Quanto à linguagem, a partir de que momento, de que modificação semântica ou sintática pode-se reconhecer que se transformou em um discurso racional?”. A linguagem médica, portanto, se articula diretamente com o seu objeto, o sujeito, de modo racional e empírico, como relata o autor.

Sobre o foco no sujeito-objeto da medicina, é possível relacionar essa modificação com a mudança na perspectiva econômica, voltada ao capitalismo e, com isso, uma lógica de organização capitalista se estabelece: uma vida moderna se constrói, pautada na rapidez, no ritmo acelerado de trabalho e de produção e nas respostas humanas frente a essa realidade. Há, então, uma deterioração da saúde física e mental dos sujeitos, uma diminuição da qualidade de vida destes com os impactos ambientais gerados pelo aumento de indústrias, no mundo ocidental e, por intermédio disso, novas formas de existência, de processos e de relações subjetivas são geradas. Hobsbawm (1977/2005) analisa a depressão industrial como

uma crise política, que varreu a Europa na segunda metade da década de 1840, e multiplicava o desemprego e a vida miserável das populações mais pobres.

Assim, Hobsbawm (1977/2005) trata das revoluções que aconteceram na Europa, já que esse continente, nesse período, tinha o predomínio econômico sobre o resto do mundo. É lá inclusive que nasce e se constitui o Estado Moderno e, com ele, impactos são gerados na saúde da população ocidental. Portanto, nesse contexto, a “Medicina Moderna” (Foucault, 1980/2015, p. X), iniciada a partir do século XVIII, surge com o objetivo de potencializar um corpo e, por meio disso, dar-lhe o estatuto de corpo saudável. O autor estabelece uma temporalidade nesse âmbito, inserindo no final do século XVIII uma saúde mais relacionada com a medicina, que era menos focada nas objetividades e que, nesse momento, o sujeito ainda era possibilitado de ser médico de si mesmo.

Em contrapartida, no século XIX, a medicina torna-se mais regulada, mais centralizada na normalidade do que na saúde, quando o conhecimento fisiológico se instala. Há, portanto, uma oposição entre o que é sadio e o que é mórbido, entre o que é normal e o que é patológico, e se funda um sujeito analisado medicamente, dividido de acordo com o olhar médico, instaurado a partir de uma norma de como existir, não só biologicamente, mas nas suas relações com a sociedade, possuindo sempre um homem saudável, homem não doente, homem esse que atua como modelo (Foucault, 1980/2015).

Por meio disso, essa área da saúde começa a estabelecer um olhar sistematizado sobre o doente, sendo que aquele sujeito não é considerado por si só, mas como sujeito a uma doença (Foucault, 1980/2015, p. 64). Portanto, a existência se torna sintomatizada e se faz necessário ajustar-se às normas. Goffman (1961) estabelece um comparativo entre os objetos mecânicos, que podem ser consertados e substituídos por partes novas, e o objeto-corpo humano da medicina, do qual suas partes não podem ser substituídas, nem todos incômodos físicos corrigidos.

De acordo com Foucault (1980/2015), não há uma mecânica que consiga abranger totalmente um fenômeno patológico, já que o lugar natural da doença é o lugar da vida em si, em que doença e corpo se relacionam qualitativamente, não em segmentos quantificáveis. Portanto, o saber advindo dessas perspectivas não se demora sobre um corpo: foca em sua espessura e seu funcionamento (p. 16). Assim, um sujeito em sua complexidade não se esgota apenas na investigação de suas causas físicas, como propõe a medicina, que começa a organizar a vida “(...) em um corpo sistemático, a fim de “facilitar” e “abreviar seu estudo”, e uma nova dimensão é introduzida na experiência médica: a de um saber que se pode dizer literalmente cego, porque não tem olhar” (p. 59).

Sem olhar, a visão é objetiva e focada, em que as significações, as dores subjetivas e os sentidos criados para aquela doença não são olhados, mas apenas vistos. A visão é um dos cinco sentidos do ser humano, que faz parte de sua condição biológica. O olhar é mais amplo e mais complexo que a visão. Para o olhar, é necessário um sujeito faltoso que olhe e veja outro sujeito faltoso, que dê lugar, portanto, para as suas angústias e dilemas simbólicos. Quando há um tratamento a partir da visão, é apenas a condição biológica que é vista e a condição subjetiva fica de fora do foco médico.

Diante desse “tratamento cego” para o sujeito e de todos os impactos causados por essas mudanças sociais, econômicas e de saúde, houve um fomento da área de medicamentos, que era demandada a fim de consertar esses impactos individuais. Essa foi uma ramificação importante da medicalização da vida, já que não era só o sistema biológico de um sujeito que estava demandando por ser remediado, mas a complexidade da vida humana como um todo, inserida em uma sociedade que estava em constante transformação. Vieira (2002) expõe que a medicina enquanto um dispositivo social, no século XVIII, constrói um saber que visa ordenar a saúde da população e, mais tarde, ordenar a saúde dos indivíduos pelo processo de medicalização.

A partir dessa ideia, além da saúde física da população, a saúde mental também começa a gerar problemas, forçando que fosse olhada e pensada pelos profissionais da saúde da época, diante desse “tratamento cego”. Insere-se, então, a análise da doença mental com cunho positivista e não se estabelece, como propõe Foucault (1954/1975), uma relação entre loucura e doença, mas entre conduta e sociedade, já que os desajustados socialmente, enquanto improdutivos, incapazes e inadequados eram aqueles que não estavam nos parâmetros de normalidade. A função do internamento, para Foucault (1954/1975), era manter silenciosa a loucura e, portanto, a sociedade possuía a imagem de estar com tudo dentro das normas.

O louco era submetido a um controle social e moral ininterrupto, partindo de um ideal de precaução social e estratégia médica normalizadora. Assim, os tratamentos médicos e “terapêuticos” no século XIX envolviam um caráter punitivo ao louco. É a partir dessa realidade que a psicologia objetiva, positiva e científica se insere, com uma experiência patológica em sua origem, já que a loucura recebe, então, status de estrutura e significação psicológicas (Foucault, 1954/1975). Por meio dessa análise, entende-se que se criou um sujeito a ser tratado e curado terapeuticamente. Dado o significado do termo, terapia se refere ao tratamento de doentes. É nessa terapêutica que se insere a medicalização da vida, com o objetivo de tratá-la e curá-la sempre a partir do referencial da perspectiva médica e objetiva.

Caponi (2009) aponta que a psiquiatria ampliada, que medicaliza condutas, iniciou-se no século XIX, mas perdura até os dias atuais, haja vista a proliferação de patologias mentais dos últimos 30 anos. Ainda assim, a autora aponta para a expansão dessa psiquiatria do seu espaço de intervenção, abrangendo quase todos os comportamentos humanos, o que legitima a medicalização do não patológico.

Perante essa legitimação para medicalizar, para Peres e Job (2010), as mudanças socioculturais ocorridas já no século XX estão relacionadas aos fenômenos ocorridos após a

Segunda Guerra Mundial. Nela, o crescimento da sociedade de consumo age como substrato para o ramo econômico da indústria farmacêutica. Dessa forma, esta virou uma atividade econômica lucrativa. Interesses econômicos estavam atrelados à necessidade de os indivíduos fazerem uso de substâncias, o que corrobora para a proposta do uso de drogas e de medicamentos ter acentos no social.

A indústria farmacêutica, acompanhando a realidade de correção de um corpo sistemático e em disfunção, pautada na saúde e na medicina, surge no final do século XIX e início do século XX, quando a botânica, a química e a farmacologia foram as disciplinas que passaram a investigar a área de plantas medicinais para uso terapêutico (Fernandes, 2004).

Diante desse resgate histórico, pode-se pensar a realidade da sociedade contemporânea em relação à medicalização a partir de três pontos históricos principais, dadas as passagens dos séculos XVIII até, atualmente, no século XXI:

O que Foucault apresenta ao traçar a história da medicina social no contexto europeu dos séculos XVIII e XIX é, entre outros pontos, o caminho de ampliação dos objetos da medicina, ou seja, o processo pelo qual a intervenção médica passa a incluir, no âmbito de sua ação, objetos e alvos que a priori não faziam parte dele. O estado, a cidade e a pobreza tornaram-se objetos de interesse e intervenção médica no decorrer dos três séculos que precederam a explosão do fenômeno da medicalização, no início do século XX. De certa forma, quando a medicina adentrou esse espaço social, ela preparou o terreno para que o exercício biopolítico da medicalização sem fronteiras fosse possível e efetivo no século XX e perdurasse até o século XXI (Zorzanelli & Cruz, 2018, p. 4).

Esse trajeto da história da saúde e da inserção do olhar médico na vida dos sujeitos e da sociedade como um todo culmina e se efetiva, até os dias atuais, na medicalização da vida, que Zorzanelli e Cruz (2018) chamam de “medicalização indefinida”, em que há a

extrapolação da ciência médica à vida como um todo e, portanto, não há mais nenhum fenômeno que não possa ser descrito pela medicina, não há nada externo a essa relação entre corpo (matéria) e medicina.

Isso que foca na materialidade corporal do sujeito aparece em vias de categorizá-lo, a reduzi-lo a uma característica biológica ou física, o que parece facilitar o manejo de profissionais da saúde, caso o sujeito seja reduzido a um número, a um código do seu transtorno mental. Além disso, a medicalização da vida é uma resposta das práticas capitalistas que atuaram sobre os corpos da população, racionalizando-os. Isso denota uma apropriação subjetiva de discursos e ideais, que tendem sempre a buscar respostas para dores subjetivas na ciência médica e biológica.

Amarante (2007) relembra e ressalta a importância do movimento “Por uma sociedade sem manicômios”, pois fica claro que estes não são apenas a instituição, mas que o paradigma é manicomial a partir do saber psiquiátrico, que autoriza e fundamenta uma vida apropriada por ele. Portanto, entende-se que a medicalização da vida passou a agir enquanto um aprisionamento do ser humano travestido de cuidado, como acontecia e ainda acontece nos hospitais psiquiátricos, em que ser humano tornou-se um conglomerado de doenças possíveis, ora enquadrado em definições de normalidade, ora enquadrado em definições de anormalidade.

Isso estabeleceu um discurso higienista, construído entre os séculos XIX e XX e, segundo Caponi (2007), a anormalidade se torna um fenômeno que está entre o campo médico e jurídico, entre as médias estatísticas e de como um comportamento deveria ser regado. Portanto, anormal é o diferente, que possui um valor vital e social negativo. Como coloca Dunker (2015, p. 122): “Para a psiquiatria nascente, ao contrário, o que se ignora é a alienação da alma e a perda da unidade experiencial do sofrimento e, portanto, seus sintomas típicos de segregação, exclusão e opressão social”. Assim, as diferenças e as singularidades

presentes nos sujeitos inseridos nessa massa são iguais a uma resposta corporal a uma substância ingerida.

Nesse quadro, a ciência dos neurônios e dos funcionamentos do cérebro começa a atuar como dominante, a fim de reger condutas consideradas desviantes (Figueira & Caliman, 2014) e, portanto, diferentes. Nesse âmbito, condutas desviantes da norma social, que antes eram referentes ao domínio judiciário, passam a ser consideradas passíveis de psiquiatrização (Caponi, 2009). De acordo com Figueira e Caliman (2014, p. 26): “As formas de vida que antes eram referendadas por valores religiosos, éticos ou políticos, passaram a ser legitimadas através do debate científico, principalmente biomédico e neurocientífico”.

Nesse sentido, a ciência se estabelece em lugar primordial para os seres e o que ela valoriza são as causalidades físicas, enfatizando-se o corpo. Entretanto, esses inúmeros diagnósticos produzem realidades (Figueira & Caliman, 2014) e, dessa maneira, produzem modos do sujeito se colocar no mundo, modos de vida, de existência. De acordo com De Brito (2012), a medicalização vem acontecendo há mais de dois séculos e as práticas e discursos vão se apropriando da racionalidade médica. O cidadão, segundo o autor, a partir do nascimento da medicina social, começa a ter acesso às noções médicas e coloca a saúde como valor primordial, a fim de preservá-la e restaurá-la. Diante disso, há uma banalização do uso de medicamentos no mundo todo.

Amarante (2007) faz um questionamento frente a essa banalização medicamentosa: por que será que é tão difícil inventar mais vida e muito fácil inventar mais doenças? Além disso, essas doenças possuem, a priori, um determinismo biológico, que retiram a capacidade do sujeito de adquirir e encontrar suas próprias causas para aquilo que sofre. Caponi (2007) data o determinismo biológico no início do século XX, que mostra um caráter orgânico e hereditário de comportamentos indesejáveis, que adquiriram mais força no final do século XX e início do século XXI.

Nesse sentido, todos os outros fatores, como os aspectos sociais, familiares, históricos, psíquicos e de constituição de um sujeito são revogados, e as causas hereditárias e genéticas ganham um lugar exclusivo e reverenciado, destinados a explicarem determinado modo de agir. Há uma recusa, portanto, do mal-estar constitutivo do humano, que significa que o ser humano é destinado a sofrer. Isso não é hereditário, genético, mas diz de uma constituição psíquica do sujeito. Birman (2013) caracteriza esse mal-estar enquanto produto das variações histórico-sociais vivenciadas pelos sujeitos, em que o campo psicanalítico se confronta com novas e emergentes modalidades desse mal-estar.

Ainda assim, mesmo a partir dessas novas modalidades, é na constituição do sujeito que está a restrição do ser feliz completamente. Mesmo variando, o mal-estar continua rondando o sujeito, embora possa se mostrar de formas diferentes à época de Freud. Segundo ele:

Logo, nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa constituição. É bem menos difícil experimentar a infelicidade. O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, ineroxáveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos (Freud, 1930/2011, p. 20).

Sobre as relações com outros sujeitos, Freud (1930/2011) aponta o fator humano hostil à civilização, que é o mecanismo das neuroses, já que ameaçam o mínimo de felicidade reservado ao homem dentro da civilização. Torna-se neurótico para o homem aguentar as medidas privativas destinadas aos ideais culturais. Freud (1930/2011) indica que a palavra “civilização” significa a soma de realizações e instituições que afastam o sujeito da sua condição animal, servindo para dois únicos fins: proteger o homem contra a natureza e regulamentar as relações humanas.

Desse modo, para Freud (1930/2011), a ordem surge enquanto uma compulsão à repetição, pois, se foi estabelecida, congrega o que e onde as regras devem ser executadas, sem promover oscilações e hesitações em casos idênticos. Assim, as exigências culturais promovem beleza, limpeza e ordem, tomadas pelo “direito” que se sobressai sobre o poder do indivíduo, como a medicalização da existência. Dunker (2015, p. 123) expõe: “Nossa sociabilidade está condensada na figura do *homem cordial* [grifo do autor], ou seja, polidez sem ritual, reverência sem distanciamento, fraternidade sem compromisso, afinidade sem parentela”.

É possível elaborar, a partir do que Dunker indaga, que essa figura do homem cordial está inserida no abuso de recurso aos medicamentos que, no cenário atual, pretende encaixar o sujeito em uma ordem. O questionamento que se segue faz-se de suma importância: será que é preciso manter a saúde mental dos sujeitos bonita, limpa e em ordem e que, para isso, não haja hesitações ou oscilações possíveis? Forma-se, então, uma grande massa de pessoas que atendem ao chamado civilizacional: homens cordiais que se enquadram em diagnósticos e repetem os padrões dos povos em geral, para que a civilização se mantenha? Ou então a saída medicamentosa seria pelo fato de as pessoas não aguentarem todas as medidas privativas que são necessárias à incidência da civilização, como uma forma de alívio a toda esta carga civilizacional?

Recolhe-se, dessa indagação, que o peso da civilização sobre os sujeitos é exacerbado, pois é difícil viver em sociedade pelas restrições instintuais a que essa intima. Freud produz: “o homem civilizado trocou um tanto de felicidade por um tanto de segurança” (Freud, 1930/2011, p. 61). Percebe-se, a partir disso, que o fato de os sujeitos medicarem suas vidas, atualmente, de formas variadas, pode estar relacionado a uma característica civilizacional: manter o aparelho psíquico, que conta com exigências libidinais a serem satisfeitas e que tende a ser agressivo, silenciado, apaziguado e, com isso, assegurado.

A partir dessa elaboração, pode-se recolher o que Freud (1930/2011) relata sobre o enaltecimento da fonte dinâmica da consciência, pois ela é a resposta da renúncia pulsional. De acordo com ele, os sujeitos enaltecem essa “condição consciente”, o que exige renúncia pulsional em dobro. Podemos relacioná-la ao fato de os sujeitos ingerirem substâncias psicoativas, pois elas podem auxiliá-los a fortalecerem a recusa da pulsão, tornando-se “inabaláveis”, “resistentes”. Com isso, a especificidade do ser humano é subjulgada por um aprisionamento em um padrão fixo de ação, de acordo com o que é recolhido da cultura em massa.

Nesse aprisionamento a uma substância, Freud (1905/1996) insere a incorporação do sujeito pelos objetos do mundo externo. De acordo com o autor, o sujeito se agarra a eles para obter uma felicidade do afeto que criam juntos, como uma realização positiva de felicidade:

Mas os métodos mais interessantes para prevenir o sofrimento são aqueles que tentam influir no próprio organismo. O método mais cru, mas também mais eficaz de exercer tal influência é o químico, a intoxicação. [...] Não creio que alguém penetre inteiramente no seu mecanismo, mas é fato que há substâncias de fora do corpo que, uma vez presentes no sangue e nos tecidos, produzem em nós sensações imediatas de prazer, e também mudam de tal forma as condições de nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de acolher impulsos desprazerosos (Freud, 1930/2011, pp. 21-22).

Assim, mesmo obtendo diferentes significados, assumidos subjetivamente no ato de drogar-se, o uso abusivo de drogas existe, para Freud (1930/2011), como uma tentativa de sanar um sofrimento humano, que é estrutural. Para ele, tal ato é uma forma de lidar ou tapar essa realidade, que é insuportável. Freud (1930/2011) analisa o fato de as pessoas precisarem se assegurar à felicidade e, para isso, necessitarem de uma delirante modificação da realidade.

Freud (1930/2011) relaciona esse caráter ao aparelho psíquico, desde seus primórdios, já que o bebê lactante necessita do seio materno, um objeto externo a ele, para adquirir algum

tipo de satisfação, além de atender às suas necessidades básicas. Entretanto, Freud (1930/2011) afirma que o bebê não separa seu Eu do seio materno, não o reconhece como fora do seu corpo. Essa separação só começa a ser realizada quando, então, o seio materno desaparece do bebê e este precisa requisitá-lo novamente. Para isso, a função do grito é essencial: enquanto uma ação particular do Eu que demanda que esse objeto, que estava fora a ele, retorne. Assim, só é possível o entendimento do bebê que o seio materno não faz parte do seu corpo quando este lhe falta, pois é uma sensação de desprazer que orienta a criança para que convoque o seu objeto de prazer, que está fora dela.

Na contrapartida dessa ação da criança para adquirir seu objeto de satisfação enquanto o começo de uma relação estabelecida com o meio externo, Freud (1930/2011) sinaliza uma nocividade no serviço dos narcóticos, que fazem o caminho inverso. Ele os caracteriza como sujeitos que tendem a se afastar do mundo externo e a romper com todos os laços, para poder adquirir alguma satisfação disso, já que realizam, portanto, uma economia libidinal. Ele indica: “o deliberado isolamento, o afastamento dos demais é a salvaguarda mais disponível contra o sofrimento que pode resultar das relações humanas” (Freud, 1930/2011, p. 21). Seria, então, a relação entre seres humanos a geradora de sofrimento? Parece haver, enquanto consequência do sofrimento e, posteriormente, do uso de substâncias psicoativas, o fato de o sujeito ficar recluso, desfrutando apenas do prazer momentâneo da droga ou do medicamento no corpo.

Com essa atividade de “afasta-tristeza”, como nomeia Freud (1930/2011, p. 22), os sujeitos acreditam que possuem uma independência em relação ao mundo externo, buscando encontrar refúgio em seu mundo próprio. Estão eles sofrendo? Ou há um estado de paralisação desse sofrimento a partir dessa nova perspectiva?

Esse caráter de imobilização se remete ao conceito freudiano de pulsão de morte. De acordo com ele: “Ademais, fornecemos um certo tipo de fundamento ao princípio de

‘discórdia’, fazendo nosso instinto [*pulsão*] [grifo nosso] de destruição remontar ao instinto [*pulsão*] [grifo nosso] de morte, ao impulso que tem o que é vivo a retornar a um estado inanimado” (Freud, 1937/1996a, p. 260). É nesse “estado inanimado” que os indivíduos que se medicam parecem estar. Não há inquietação, não há mobilização, não há vida. Parece um corpo-máquina e algumas substâncias apenas atuando em um sujeito morto, sendo que suas condições que permitem um fluxo, um movimento, a pulsão de vida freudiana, estão paralisadas. Isso mostra a destrutividade de ordem psíquica, que remete ao masoquismo primordial, havendo, portanto, uma destruição contra si próprio quando há esse empuxo a intoxicar-se. O que faria, então, esse empuxo a intoxicar-se? Ele está originado no mal-estar? Quais são as fontes desse mal-estar para o sujeito? A partir dessa questão, o capítulo que se segue busca abranger as três fontes freudianas de sofrimento.

## 2.3 DO QUE SOFREMOS? AS TRÊS FONTES DO SOFRIMENTO PARA FREUD

*Um homem com uma dor  
 É muito mais elegante  
 Caminha assim de lado  
 Como se chegando atrasado  
 Chegasse mais adiante  
 Carrega o peso da dor  
 Como se portasse medalhas  
 Uma coroa, um milhão de dólares  
 Ou coisa que os valha  
 Ópios, edens, analgésicos  
 Não me toquem nesse dor  
 Ela é tudo o que me sobra  
 Sofrer vai ser a minha última obra  
 (Dor elegante - Itamar Assumpção e Paulo Leminski Filho)*

### 2.3.1 O Corpo: do Orgânico ao Pulsional

*Meu avesso é mais visível do que um poste.  
 Manoel de Barros*

Quando Freud (1930/2011) relata sobre as proteções utilizadas pelo homem para se proteger do sofrimento, identifica o próprio corpo enquanto a fonte do sofrer. Diante disso, não há como fugir: “que esse indestrutível traço da natureza humana também a acompanhe por onde vá” (p. 60). Assim sendo, se há corpo, há sofrimento. A partir dessa formulação, seguem as elaborações sobre este que se tornou, além do real, do físico e do que é palpável, um conceito essencial na teoria psicanalítica.

Portanto, o corpo é objeto de diversos campos de saber, sendo um problema transdisciplinar, intersectando múltiplas perspectivas (Winograd & Mendes, 2009). Enquanto acepção corrente, o corpo pode ser toda substância material que é percebido por um grupo, independente de qual seja. Ele é objeto de fisiologistas, médicos e biólogos quando é analisado por relações exteriores e mecânicas, tal como o corpo-organismo. Este se trata também de um corpo físico, químico e fisiológico, estudado pelas ciências biológicas e no qual estão dispostos órgãos designados às funções diferentes que, em conjunto, completam um organismo.

Faz-se necessário, portanto, a compreensão do que é um corpo, além do que é o corpo orgânico, este que está em um tempo mítico anterior ao corpo pulsional, para depois ser realizada a passagem diferencial do corpo orgânico ao pulsional. O corpo orgânico está em um tempo anterior ao corpo pulsional de forma mítica porque, na concretude, já no momento do nascimento, o sujeito é atravessado pela pulsão. Não há um instante no qual o sujeito é apenas corpo orgânico, uma máquina, sem ser banhado pela linguagem (Lacan, 1964/2008).

Sobre esse recorte do corpo orgânico mítico, segundo Lindenmeyer (2012), analisá-lo é focar que um disfuncionamento de algum órgão aponta para uma doença. De acordo com a autora, esse corpo foi apreendido pela medicina a partir de uma nova representação por meio da dissecação dos corpos, iniciada no século XIV. Antes disso, ele era fundamentalmente objeto enigmático, paradoxal e alvo de mitos e mistérios.

Com o início no século XV, a anatomia possibilitou a visualização dos órgãos e a descrição de como estes funcionam e disfuncionam, criando-se perspectivas educativa e ideológica sobre o corpo. O corpo biológico passa, então, a ser dissecado, auscultado, manipulado e nomeado pelo saber médico (Lindenmeyer, 2012).

Por meio dele, há uma investigação sobre o sistema orgânico, esse que oferece provas matemáticas, claras e vivas sobre o funcionamento de um ser. Mediante uma análise crítica desse saber médico sobre o corpo, o ideal do corpo-organismo estudado pela medicina é aquele que normaliza e conserta os corpos, encaixando-os em vias saudáveis, como propõe a OMS, na definição do que é saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (Organização Mundial da Saúde, 1946).

Baseada nesta caracterização de saúde, a medicina trabalha com a ideia de um saber externo ao indivíduo e que, a partir dele, há uma possibilidade de completude do sujeito, de um funcionamento integral e perfeito deste sistema, sem entraves e disfunções. Portanto, condena as falhas advindas pelas doenças através de um corpo preparado biopsicossocialmente, constante, sem defeitos.

Esse corpo orgânico demanda algumas necessidades para continuar com seu caráter de integralidade, como sede, fome, sono, sexo, entre outras. O saber psiquiátrico, nesta vertente, relaciona-se com essas necessidades. É possível analisar, por meio dele, a identificação de um sofrimento que pode impossibilitar que as necessidades básicas do corpo estejam realizadas. Segundo Lemos (2003), é concebível um entendimento de “*corps* no sentido de uma matéria viva que se sustenta como unidade autônoma” (p. 22), ameaçada quando o indivíduo passa a não realizar tarefas, como comer, dormir ou trabalhar. Um medicamento é, então, ingerido para que as exigências corporais sejam sanadas e o corpo volte ao seu estatuto “normal”, de unidade, de realizar aquilo que é da sua necessidade. Percebe-se, neste paradigma, o estatuto de um corpo, não um estatuto de um sujeito.

A subjetividade é a diferença básica entre o corpo analisado pela visão biológica e o corpo analisado pela condição pulsional, que o coloca no estatuto de um corpo subjetivo (Lazzarini, & Viana, 2006). Freud (1915/1996) conceitua uma satisfação pulsional e, a partir dele, entende-se que ela está em outro campo: é o corpo libidinal que se satisfaz, uma insistência outra relacionada à necessidade biológica de um corpo orgânico, além de ser endógena e constante, ou seja, não tem parada, não se satisfaz por completo, não atinge o grau de saciação de uma necessidade. Esta, para o humano, transmuta-se em pulsão, como postula Freud (1915/1996, p. 124): “O que elimina uma necessidade é a ‘satisfação’”. Entretanto, diferentemente da necessidade biológica que tende a saciar completamente, a pulsão tende a sua satisfação, que nunca será completa, mas sempre parcial.

Essa necessidade biológica que se refere a uma ordem, a uma estatização, a uma busca por inércia, a busca de um todo, completo e enrijecido, foge ao paradigma da psicanálise. Esta trabalha justamente com o encontro entre corpo e linguagem no estabelecimento de um sujeito (Lacan, 1964/2008). Nesse sentido, Freud (1915/1996) entende que o corpo da histérica precisava ser dito, traduzido por meio das palavras, sendo que ele é ocupado por uma necessidade de fala, já que ali existe um sujeito. O autor estabelece então, o método da associação livre, essencial para o desenvolvimento do processo analítico. Assim, o corpo pode expor sintomas da ordem de um discurso, de uma narrativa que foge à ideia de corpo-organismo. A psicanálise surge, então, enquanto um recurso que dá voz aos sintomas que não têm origem biológica e, portanto, trabalha com aquilo que não é completo, não é do bem-estar, não é fechado, não sacia (Freud, 1915/1996).

Dessa forma, os sintomas conversivos das histéricas indicavam algo que estranhamente fugia das substâncias materiais de um corpo mecânico, com suas partes a serem dissecadas e estudadas fisiologicamente. Para a psicanálise, o corpo ainda é objeto, é por meio dele que o acesso ao inconsciente se faz. Porém, ele é estudado e analisado em uma

perspectiva marginal, rompendo com a concepção positivista proposta pela ideia de organismo: um corpo que é ordem, que se organiza, arrumado, ajeitado. No olhar psicanalítico, defende-se a subjetividade de um corpo.

Portanto, dentro da psicanálise, há a análise de que quando este corpo orgânico é afetado pela linguagem, esta imerge nestas substâncias fisiológicas, passando a caracterizar o antigo e mítico corpo orgânico como um corpo libidinal, ancorado por algo que não está no campo do ser biológico, mas do sujeito. A linguagem, portanto, divide o sujeito, retirando-o de sua condição animal e o colocando em uma condição de perda de um pedaço, de um sujeito pela metade.

Um sujeito pela metade é um sujeito que possui um corpo libidinal. Freud (1914/1996) cria o conceito de libido, estabelecendo-a enquanto uma energia psíquica, dividindo as pulsões do Eu e as pulsões objetais. Freud (1914/1996) coloca o autoerotismo e o narcisismo como estados iniciais da libido, incluídos nas pulsões do Eu. O narcisismo denota um investimento psíquico do sujeito no próprio corpo, e Freud (1911/1996) identifica o corpo do sujeito como seu primeiro objeto amoroso para, subsequentemente, passar para o investimento em outro objeto. Para o autor: “em geral, podemos assegurar, em relação a eles, que suas atividades são autoeróticas; isto é, seu objeto é insignificante em comparação com o órgão que lhe serve de fonte, via de regra coincide com esse órgão” (Freud, 1915/1996, p. 137).

Partindo do entendimento freudiano de libido, Lacan (1964/2008) compreende a satisfação do sujeito como um órgão, pois esta é composta por pedaços do próprio corpo do sujeito. Porém, a libido não traz completude na relação com corpo-organismo, enquanto aquele indivisível, constituído por órgãos, mas Lacan realiza uma subversão ao colocar este órgão como um corte, algo que divide o sujeito, tirando-lhe sua inteireza:

Essa lâmina, esse órgão, que tem por característica não existir, mas que não é por isso menos um órgão - eu lhes poderia dar maior desenvolvimento sobre esse lugar zoológico - é a libido.

É a libido, enquanto puro instinto de vida, quer dizer, de vida imortal, de vida irrepreensível, de vida que não precisa, ela, de nenhum órgão, de vida simplificada e indestrutível (Lacan, 1964/2008, p. 193).

Assim, esse corpo que, afora todos os órgãos biológicos, organiza-se libidinalmente, está na contrapartida do que o paradigma da normalidade/anormalidade impõe. Dessa forma, ele não é natural, pois este adjetivo faz alusão a algo que possui um estatuto inalterado. O corpo libidinal foi alterado, desorganizado e desarranjado porque, nele, houve a incidência da linguagem (Cukiert, 2004). É nesse desarranjo que se encontra a causa do adoecimento para a psicanálise, pois adoecemos do peso de sermos sujeitos inseridos em uma civilização:

[...] boa parte da culpa por nossa miséria vem do que é chamado de nossa civilização; seríamos bem mais felizes se a abandonássemos e retrocedêssemos a condições primitivas. A asserção me parece espantosa porque é fato estabelecido - como quer que se defina o conceito de civilização - que tudo aquilo com que nos protegemos da ameaça das fontes do sofrer é parte da civilização (Freud, 1930/2011, p. 31).

Assim, esse corpo libidinal vai para além das questões orgânicas e biológicas: por estar ancorado na civilização, ou seja, na linguagem, nele, as questões subjetivas se fazem. É por esse motivo que o corpo, na teoria psicanalítica, não possui estatuto sustentado no campo biológico, mas nisso que, ao sermos sujeitos dispostos à palavra, incide sobre o corpo e o faz pulsional.

A pulsão, nessa perspectiva, trata do conceito limite entre o mental e o somático, para Freud (1915/1996, p. 127). Segundo ele, “[...] um ‘instinto’ [*pulsão*] [grifo nosso] nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático”. Este

conceito se refere a uma exigência de trabalho do aparelho psíquico, sendo que exerce pressão, originada dentro do aparelho. Nesse sentido, Freud (1915/1996) caracteriza a pulsão como uma medida de exigência feita à mente para que ela possa trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. Dessa forma, ele a relaciona a um representante psíquico dos estímulos aplicados à mente.

Sendo essa exigência a qual possibilita o movimento pulsional do sujeito, Lacan (1964/2008) diferencia a pulsão da função biológica por esta última possuir sempre um ritmo, sendo que a pulsão, para ele, não tem dia nem noite, não tem primavera nem outono, não há um sobe e desce. De acordo com ele, ela é uma força constante.

Essa energia constante é responsável pelo movimento desejante do sujeito. Segundo Penna (2003, p. 48), “Aqui se anuncia a primeira distinção a ser feita entre a estimulação sensorial externa, contingente, momentânea, e o que virá a ser formulado como pulsão, cuja característica é de ser uma estimulação endógena e constante, uma *Konstant Kraft*”. Essa estimulação constante e endógena age sobre um corpo.

É por meio desse corpo que o sujeito tem acesso ao gozo. Lacan (1959-1960/2008, p. 251) conceitua que “o gozo se apresenta não pura e simplesmente como a satisfação de uma necessidade (*besoin*), mas como a satisfação de uma pulsão”. O gozo, então, aparece como o conceito que indica que onde há prazer, há desprazer. Segundo Manso e Caldas (2013, p. 111), “Um sujeito é, portanto, o vazio no qual irá deslizar a cadeia de significantes. No entanto, uma vez que a pulsão passa pela linguagem, essa cadeia remete também ao real da pulsão servindo ao gozo”. É desse corpo que é, simultaneamente, fonte e objeto de satisfação que o sujeito goza:

Eis porque podemos conceber que o prazer seja violado em sua regra e seu princípio, porque ele cede ao desprazer. Não há outra coisa a dizer – não forçosamente à dor, e

sim ao desprazer, que não quer dizer outra coisa senão o gozo (Lacan, 1969-1970/1992, p. 81).

Todo gozo, portanto, é no corpo ou do corpo (Lacan 1972-1973/1985). Dessa forma, a noção de gozo está ligada à corporeidade. Essa insistência de satisfação, face real do significante, a repetição, denota que esta é orientada pela pulsão de morte, quando nos endereçamos à teoria freudiana (Freud, 1920/1996). É a pulsão de morte que tende ao retorno do estado inanimado dos seres, ou seja, ela tem em seu conteúdo uma premência de estado inorgânico, de volta à constância, ao que é paralisado, ao repouso absoluto (Lacan, 1959-1960/2008). É o retorno a isso que os medicamentos psicotrópicos parecem objetivar: paralisar e sedar um sujeito furado.

A intensa medicalização atual dos sujeitos exemplifica a ideia de manter-se a menor tensão possível. Um processo de análise, em contrapartida, destina-se a tensionar e angustiar, já que segue a lógica de um corpo sexuado, afetado e que produz dor. Com efeito, o trabalho psicanalítico pretende lidar com o corpo pulsional do sujeito, em suma, como afirmam Lazzarini e Viana (2006), que o sujeito não tem um corpo, mas o sujeito é um corpo, já que a articulação entre subjetividade e corporeidade, no humano, tem caráter singular.

É dessa junção entre o que é da biologia e o que provém da linguagem que a perspectiva psiquiátrica, neurologizante e medicamentosa, tende se afastar: deixa-se apenas o que é procedente da biologia, já que se torna mais fácil de manipular, e se exclui tudo aquilo que é consequência da subjetividade e do campo pulsional, estando o corpo libidinal nesse pacote. De acordo com Torezan (2012), a pulsão desloca o foco da ordem, do sentido e da representação, e aponta para a aquilo que faz limite a uma ordem: ao caos, à desordem, que é o campo pulsional, região onde se forma a subjetividade.

É nela que, pela inscrição do sujeito na linguagem, há a demarcação de uma sexualidade humana, que nada tem a ver com a característica de reprodução sexuada dos

animais. A sexualidade humana possui um estatuto mais amplo e mais complexo, como a psicanálise indica. Lazzarini e Viana (2006) grifam a elaboração freudiana de que boa parte das ideias reprimidas de um sujeito tem um significado sexual. Nesse sentido, os autores indicam que a sexualidade se encontra na posição de ser recalcada. Entretanto, ela continua gerando efeitos a partir da sua localização inconsciente.

Nessa relação que os autores estabelecem a partir de Freud, entende-se que a sexualidade é o incômodo essencial que tirou o sujeito de sua condição natural, inserindo-o na civilização, na linguagem e o antinaturalizando. Seria, então, essa sexualidade, que gera efeitos e traumatiza, que precisa ser controlada e manipulada pelos efeitos medicamentosos? É a isso que incide, cutuca e convoca que a medicalização dos sujeitos pretende sanar? É possível curar-se de ser sexuado?

A partir do próximo capítulo, trabalharei com as duas últimas fontes de sofrer propostas por Freud: as relações entre o sujeito e o mundo externo e as relações do sujeito com outros seres humanos. Dessa forma, investigarei como se dá a constituição de um sujeito sexuado, este que se constitui sendo imerso na civilização, no campo da linguagem e no campo do Outro.

### 2.3.2 O Mundo Externo e As Relações com Outros Seres Humanos: a Constituição de um Sujeito Sexuado

*Aonde eu não estou as palavras me acham.  
Manoel de Barros*

Ao conceituar a pulsão enquanto limite entre o mental e o somático, como já exposto, Freud (1915/1996) a localiza como o que está no entre, no limiar. Não é possível, então, colocá-la nem inteiramente no campo mental, nem inteiramente no campo somático, mas na

beirada entre eles. Essa elaboração nos convoca à noção de sujeito, para Lacan (1959-1960/2008), sendo puro efeito de significante, apenas uma posição, que aparece e desvanece, não estando inteiramente em nenhum campo, já que não é inteiro. O sujeito, então, localiza-se na fenda, na abertura entre a pulsão e o inconsciente, ou seja, a função-sujeito está no “entre”.

Por esse ângulo, o passo a mais da teoria freudiana que Lacan (1964/2008) realiza é que o inconsciente se manifesta na descontinuidade, na rachadura, no intervalo, na fenda, ou seja, em toda a cadeia discursiva, entre dois significantes ou na passagem de um significante a outro. Dessa forma, ele não está apenas nos sonhos, nos tropeços de fala e de memória e na formação sintomática, como inaugurou Freud (Torezan, 2012).

Portanto, para Lacan, na cadeia discursiva, não é possível encontrar uma unidade subjetiva, mas a divisão do sujeito. Lacan coloca, então, o sujeito equivalente à falta, à questão, ao enigma provocado pelo inconsciente à consciência, estabelecendo-se analiticamente enquanto uma função: sujeito dividido. Essa concepção se refere a um sujeito que se constitui por meio do Outro, ou seja, é a relação com o Outro que retira o sujeito do campo do ser natural, animal, quando seu corpo é atravessado pela relação com o Outro, já que é a entrada do Outro que faz uma marca e apresenta a falta para o sujeito. Entende-se, então, que o sujeito se localiza em um lugar indeterminado:

Reencontraremos então aqui a constituição do sujeito no campo do Outro, [...]. Se o pegamos em seu nascimento no campo do Outro, a característica do sujeito do inconsciente é de estar, sob o significante que desenvolve suas redes, suas cadeias e sua história, num lugar indeterminado (Lacan, 1964/2008, p. 204).

Nessa via de indeterminação do sujeito do inconsciente, que Lacan relaciona à constituição deste, a satisfação pulsional subjetiva encontra-se atrelada ao campo do Outro. Portanto, só há sujeito sexuado se ele for incidido pela linguagem, pela civilização, o que abre

caminho para que as relações com o mundo externo e com os outros seres humanos seja possível.

Assim, o ser humano, quando nasce, é totalmente dependente de outro sujeito, que possa alimentá-lo, protegê-lo do frio, higienizá-lo, entre outras necessidades básicas existentes. Por esse motivo, partindo das concepções teóricas lacanianas sobre o tema, o sujeito demanda de um Outro que possa fazê-lo viver. Entretanto, esse Outro trata de um lugar, de uma posição, não é apenas um indivíduo enquanto pessoa material, de alguém que seja palpável. Esse Outro é uma posição porque, diferente de dar sustentação física, prática e biológica para a vida, é o Outro quem dá ao ser o estatuto de sujeito, ao incidi-lo no campo da linguagem. Portanto, é o Outro que promove uma existência simbólica ao sujeito, pelo Outro ser o lugar do tesouro dos significantes, ou seja, lugar de linguagem (Lacan 1966/1998a).

Além de existência simbólica para o sujeito, o Outro lhe oferece existência imaginária. Na identificação imaginária, há a representação de que o sujeito só tem acesso à sua própria imagem através do Outro como espelho. Dessa forma, remetemos ao Estádio do Espelho (Lacan, 1966/1998a), fase essencial na constituição do sujeito para que ele se forme enquanto um sujeito acoplado ao seu corpo, formado integralmente, com seu corpo todo, sem o corpo despedaçado que se constituía assim até esse Estádio.

Para isso, faz-se necessária a constituição do sujeito em articulação com o pequeno outro, ou *i(a)*, que se refere ao semelhante, à imagem, ao campo do Imaginário e de suas identificações, que o esquema óptico expõe. De acordo com Lacan (1966/1998a, p. 97): “Basta compreender o estádio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, é a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem”. Portanto, é nessa primeira identificação que pode haver a incorporação da linguagem. De acordo com Soler (2001), a função do espelho não é somente uma

superfície refletidora, mas é outra coisa. Nesse contexto, o sujeito incorpora e é incorporado pela linguagem:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de infans parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (Lacan, 1966/1998a, p. 97).

Dessa forma, a partir da identificação com o Outro, a linguagem produz a estrutura do sujeito, abarcada pela continuidade e descontinuidade, simultaneamente. A linguagem provoca uma ruptura em um ser que era, em um tempo mítico, indivisível, indivíduo, e produz um sujeito que é efeito de significante, pois a sua realidade é construída por meio dessa cadeia de significantes, dentro do simbólico. O sujeito do inconsciente, portanto, descola do conceito de linearidade, pois esta foi cortada pelo estabelecimento do sujeito seccionado em dois campos (Lacan, 1964/2008).

Lacan (1964/2008) estabelece uma repartição desses dois campos - campo do sujeito, do ser, e campo do Outro, do sentido - e coloca o sujeito enquanto pertencente aos dois conjuntos, posicionado no lugar de reunião entre os dois. O campo do sujeito é um campo vazio enquanto conteúdo, pois se refere à pulsão que, em suma, trata de uma atividade que pressiona o sujeito constantemente, mas é nada.

É com a junção desse campo de nada com o campo do Outro que a pulsão adquire um sentido, norteia-se, engendradora neste. Ele se trata de um campo de significações, estabelecendo as cadeias significantes e as identificações, alocando os representantes da pulsão. Porém, este também porta um não sentido, relacionado ao campo do sujeito, ao núcleo-duro da pulsão, isso que não é nada e não se vincula a nada (Lacan, 1964/2008). Seria

essa condição subjetiva e estrutural de nada que o sujeito parece pretender tapar com a sedação?

Esse campo de nada se refere ao sexual, que se trata de um conjunto vazio, que não tem representação simbólica em sua origem. É o real do sexo, que não possui marcação, é a energia livre ligada ao campo do sexual, portanto, não simbolizável, a ausência de determinação no humano. Entretanto, esse campo possui outra vertente, que é a energia ligada, sendo que o que dá sustentação a esse conjunto é o encontro com o significante (Lacan, 1964/2008). É desse encontro que o sujeito pode ter acesso a sua sexualidade:

Que seja a pulsão, a pulsão parcial, que então o oriente, que só a pulsão parcial seja o representante, no psiquismo, das consequências da sexualidade, aí está o signo de que a sexualidade se representa no psiquismo por uma relação do sujeito que se deduz de outra coisa que não da sexualidade mesma. A sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta (Lacan, 1964/2008, pp. 200-201).

O sujeito se depara, então, com uma falta estrutural, um desamparo primordial, em que é condenado a viver sem algo que lhe complete. No ponto em que está, entre o campo do sujeito e o campo do Outro, o não senso habita esse lócus, sendo que neste ponto de intersecção, existe uma falta que é comum aos dois campos (Lacan, 1964/2008). Por esse motivo, há uma falta radical na sua origem, na raiz da constituição subjetiva, fazendo parte da estrutura do sujeito, “falta no real”, segundo Lacan (1957/1998, p. 440).

Essa falta no real se refere ao objeto *a*, para sempre perdido do sujeito, pois, em seu encontro com a linguagem, há uma parte que se perde. O objeto *a* é um resto da operação de divisão do sujeito, operação esta do encontro do campo do sujeito e do campo do Outro, da linguagem (Lacan, 1964/2008). Portanto, ele é o rastro do campo do sujeito que ainda perdura no campo do Outro, um rastro de ser em um sujeito de linguagem:

É o que é justamente subtraído ao ser vivo pelo fato de ele ser submetido ao ciclo da reprodução sexuada. E é disso aí que são os representantes, os equivalentes, todas as formas que se podem enumerar do objeto *a* (Lacan, 1964/2008, p. 193):

Para o autor, é o objeto *a* enquanto causa do sujeito que o convoca a desejar, a se movimentar, porque é essa parte perdida que o sujeito tenta buscar no encontro com o Outro, como submetido ao ciclo sexual, que supõe uma falta:

O *Begriff* [conceito] [grifo nosso] evoca a apreensão porque é por correr atrás de um objeto do nosso desejo que nós forjamos o *Begriff* [conceito] [grifo nosso]. E cada um de nós sabe que tudo isso que nós queremos possuir pelo desejo e não pela satisfação de uma necessidade, nos escapa e se esquia (Lacan, 1962/2003a, p. 334).

Ao remeter à satisfação, Lacan profere ao que o sujeito busca para completar o seu desejo, como objeto do seu desejo. Contudo, esse objeto é a causa de seu desejo e, como causa, não será encontrado nos objetos do mundo real, por isso escapa e se esquia da tentativa do sujeito de agarrá-lo. Lacan expõe: “Na intencionalidade do desejo, [...] esse objeto deve ser concebido como a causa do desejo. Para retomar minha metáfora de há pouco, o objeto está atrás do desejo” (Lacan, 1962-1963/2005, pp. 114-115). Estando este objeto atrás do desejo, ou seja, causando-o, sobre esta falta radical, figurada ao nível do real, não há como tapá-la, ela é estrutural.

Essa falta estrutural se relaciona à origem da palavra “sexo”, que vem do termo em latim *sectum* ou *seccare*, que significa dividir, seccionar, partir, cortar. Lacan (1964/2008) afirma, a partir de Freud, que a dinâmica da constituição do sujeito é, de ponta a ponta, sexual. Isso mostra que a incidência sexuada no sujeito o retira de sua condição mítica de inteireza, fazendo com que ele perca um pedaço: o objeto para sempre perdido. Segundo Dunker (2015, p. 357): “A experiência de encontro do real da sexualidade, do real da angústia, do real da diferença entre os sexos teria valor de perturbação para a fantasia”.

Nesse sentido, o encontro com a sexualidade convoca o surgimento de um sujeito castrado de sua satisfação plena. A medicalização na contemporaneidade parece, então, sedar o sujeito sexuado, já que pretende retirá-lo do campo da divisão que lhe é constituinte, fazendo se enquadrar em um padrão de normalidade absoluto e indivisível. Esse campo conceitual embasa a minha elaboração do termo “sedação subjetiva”, pois parece existir, portanto, com a medicalização, uma sedação do sujeito sexuado, assunto tratado no subcapítulo seguinte.

### 2.3.2.1 A sedação subjetiva de um sujeito sexuado

*Não pode haver ausência de boca nas palavras: nenhuma fique  
desamparada do ser que a revelou.  
Manoel de Barros*

O termo “sedação subjetiva” foi estabelecido neste trabalho enquanto uma junção entre corpo e sujeito, em que “sedação” se remete a um corpo pulsional sedado e “subjetiva” convoca um sujeito, referindo-se a uma particularidade, uma singularidade do ser humano: ser de pulsão. O que se propõe aqui não é apenas a sedação de um corpo, mas a tentativa de sedação de um sujeito que possui um corpo diferenciado, um corpo pulsional, que o coloca com o estatuto de sujeito sexuado, sujeito dividido. Portanto, este trabalho sugere que o uso de medicamentos psicotrópicos em alta medida preconiza a sedação do sujeito e uma vivificação de um corpo separado da pulsão, instaurado e analisado pela perspectiva biologizante. Esta, ao tentar separá-lo da pulsão, retira-o de sua condição de corpo movimentado e organizado pela mesma, neurologizando as dores de um sujeito, suas angústias e suas faltas e amortecendo um sujeito sexuado, que é em si dividido porque a linguagem o cindiu e, por isso, não pode ser dividido da pulsão.

Há o almejo pelo retorno, então, de um corpo orgânico que necessita daqueles medicamentos para retomar suas carências de hormônios específicos, para que os sentidos e as narrativas elaboradas para os incômodos não apareçam:

Como foi visto, é um indivíduo a quem dói desejar. Seu refúgio está no corpo: no corpo que dorme, que se recusa a levantar, que não quer viver. Seu desejo é ver isso passar, mas nessa passagem há uma resistência muito grande de entrada nas fantasias que ordenam esse sofrimento (Campos, 2016, p. 32).

Então, a sedação subjetiva mostra que o sujeito, como ser de linguagem, que metaforiza e metonimiza seus sentidos e significados, traz nessas vertentes condições prejudiciais a um corpo que se dispõe a se neutralizar por meio de uma substância externa, geralmente sem sucesso completo, pois ali ainda existem angústia, dor e sofrimento advindos da condição castrada de um sujeito. Estabelece-se, portanto, a dicotomia entre sujeito desejante e um corpo assujeitado.

Um sujeito desejante possui em sua causação a falta, o que o convoca a fazer novos encontros, novas relações e estabelecer novas perspectivas a partir daquilo que lhe falta. Um corpo assujeitado se reporta a algo, é passivo ao que lhe é externo e, então, funciona como uma máquina, respondendo a estímulos que lhe são invocados. A suposição, portanto, é a de que nesse corpo assujeitado, o que falta é um sujeito. Nesse caso, a medicalização parece visar estabelecer um corpo assujeitado aos medicamentos, que responde a estes:

(...) curar não somente da doença, da dor, do perecimento e da morte, mas da própria existência, curar da dor da existência, existência que seria, assim, o mal maior, responsável por todos os demais males, que dela e somente dela decorrem. Por trás do otimismo cientificista da ideologia da medicalização, encontra-se um grande niilismo: desejar a vida a todo custo é de fato não desejá-la, pois ela inclui necessariamente dor, enfermidade, vicissitudes e riscos. Desejá-la sem nada disso é o mesmo que desejar

uma ideia, particularmente idealista, da vida, e não a vida, em seu vigor, potência e realidade (Martins, 2007, pp. 122-123).

Nesse sentido, ao desejar-se uma ideia da vida, sem a sua realidade, o fato do sujeito ser de linguagem se torna um ônus, tanto para as perspectivas biologizante, neurologizante e farmacêutica, que entendem que essas “nuances subjetivas” podem prejudicar a adesão do sujeito ao medicamento, quanto para um sujeito que não quer se haver com suas questões e precisa sedar-se para continuar nessa posição. Segundo Palma e Gasparelo (2016), o dispositivo analítico opera na presentificação da condição subjetiva, dando voz ao movimento do sintoma ao qual o sujeito estava submetido e alienado. De acordo com as autoras, o que favorece essa alienação é a perspectiva psiquiátrica de silenciamento do sujeito:

Na clínica, encontra-se a ‘dor’: uma analgesia ou anestesia, total ou geral, é impossível e, sobretudo, indesejável. Os casos de entorpecimento por drogas ilícitas ou lícitas, ou por ansiolíticos e indutores do sono, mostram bem que evitar a todo custo qualquer tipo de dor não a impede, agravando-a em outro sentido, ou em todo o caso cobrando um preço talvez alto demais, o preço de altos graus de impotência e de vontade de viver. Ou mesmo superdosagens de analgésicos, que, além de ocultar um ritmo e uma qualidade de vida responsáveis pelas dores, sobrecarregam o fígado e outros órgãos de depuração das porcarias que ingerimos – como se fossem inofensivas pastilhinhas, ou milagres da ciência que não poderiam, como tais, nos fazer mal (Martins, 2007, p. 122).

Essas inofensivas pastilhinhas são relacionadas por Silva (2014) como uma exigência de imediatismo de resultados dos sujeitos, em que as dores da alma devem ser sanadas da noite para o dia, inserindo-se a medicalização dos seres e a artificialização da vida. Isso porque esses sujeitos estão envoltos pelo ideal de qualidade de vida, na diferença de uma vida qualificada, ideia elaborada por Agamben (2002). Qualidade de vida se refere a uma

perspectiva universal e a equiparação ao outro é necessária e, portanto, o que é dito exteriormente é introjetado como a mais pura verdade, que deve ser seguida. A verdade possui indicadores universais, estando no mundo externo e não no sujeito.

Uma vida qualificada se relaciona ao fato de o próprio sujeito estabelecer a sua verdade, como trilhará seu caminho, com seus obstáculos, perdas e avanços. Assim, isso lhe é próprio, construído, mantido e exposto por ele mesmo. É sua perspectiva singular e única que o coloca na direção de uma vida qualificada, já que a qualidade desta é criada e seguida por ele mesmo, ou seja, não lhe é externa (Fuks, 2011). Nogueira Filho (2014) relaciona as verdades externas aos sujeitos e tomadas por estes como advindas de uma metodologia científica, salientando que, quando se promete que qualquer enunciado é capaz de ser resolvido pela ciência, estamos no campo da ideologia e não no campo científico. Além disso, o autor ainda evidencia que esses enunciados dizem de problemas cotidianos dos sujeitos, em suas emoções universais e primitivas e, por tocar em pontos tão importantes, há um convencimento científico de grande devastação para o sujeito.

Sobre esses enunciados universais e científicos, advém os ideais educativo e acadêmico atuais. Nesse ponto, atinge-se o objetivo principal deste estudo: conhecer as características do sofrimento psíquico relatadas por estudantes de uma universidade. Assim, o último capítulo teórico desta dissertação pretende fazer a relação entre o sujeito inserido no contexto universitário e a lógica do discurso universitário iminente, a qual busca tapar todos os problemas e dificuldades para alcançar seu objetivo principal de suposta completude e que parece abominar qualquer tipo de singularidade e diferença subjetiva através do uso de medicamentos. Dessa forma, é possível questionar se a lógica medicalizante se torna a ferramenta utilizada para erradicar as diferenças entre sujeitos e suas particularidades.

#### 2.4 O ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO MEDICALIZADO: UM SUJEITO NÃO TODO VERSUS O IDEAL

*A ciência pode classificar e nomear os órgãos de  
um sabiá*

*mas não pode medir seus encantos.*

*A ciência não pode calcular quantos cavalos de  
força existem*

*nos encantos de um sabiá.*

*Quem acumula muita informação perde o condão  
de adivinhar: divinare.*

*Os sabiás divinam.*

*Manoel de Barros*

Sujeitos que se relacionam a partir de um lugar onde parece haver o discurso universitário, no qual possui uma especificidade na forma como os laços sociais se compõem, almejam por perguntas realizadas e respostas encontradas para as mesmas, e a esperança é a chegada a uma concepção verdadeira, fechada e imutável. A busca científica e a lógica acadêmica se projetam, então, a um esgotamento de suas perguntas, indagações e hipóteses, mas acabam por esgotar seus almejantes, já que não esgotam essas questões e convocam outras, estabelecendo um ciclo incessante de busca por respostas que estão externas a um sujeito, tornando-se uma busca interminável de um conhecimento vazio de si.

Quando as pesquisas realizam um aprofundamento e uma descoberta acerca dos objetos concretos do mundo, como a estrutura de uma casa, a engrenagem de um carro, segundo Goffman (1961), ou o funcionamento de um aparelho de celular, os rituais científicos, a ordem para a construção dos objetos, a quantidade de matéria utilizada, entre outras metodologias para a concretização de um produto final, há uma repetição de um manual já estabelecido por outrem, que o formulou e o adquiriu como a verdade precisa para

o estabelecimento daquela mercadoria. Se ele for seguido, sem erros e contratemplos, o produto sairá de acordo com o que era proposto.

Entretanto, quando o objeto dessa ciência é o humano, o manual muitas vezes se torna impreciso. Este, travestido para a condição humana, pode ser incorporado como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V. Ele parece ser a concretização, no papel, do biopoder e da biopolítica, conceituados por Foucault. O biopoder enquanto um dispositivo disciplinar de se apropriar do corpo do sujeito, tendo um poderio sobre ele, para retirar-lhe sua força produtiva e a biopolítica enquanto uma regulação da população mediante seus corpos. Essas forças acontecem por meio dos interesses econômicos, que se extrapolam sobre as relações humanas (Furtado & Camilo, 2016).

Seria o DSM-V uma maneira de diagnosticar e, portanto, lucrar com isso? A indústria farmacêutica, a área da saúde em geral e a psiquiatrização do humano parecem ter muitos benefícios com esses inúmeros diagnósticos. De acordo com Caleri e Neves (2014), o corpo do sujeito é o alvo do controle que a sociedade preconiza, individualizando-se em aparelhos de normalização. Em contrapartida, é em torno das falhas, das errâncias, dos contratemplos e das fendas que o sujeito se faz.

Contudo, o ideal científico medicalizante propõe que o sujeito funcione como uma engrenagem, estabelecida por um manual normalizador. Canabarro e Alves (2009) voltam-se à crença da ciência em coincidir com o real e encontrar a razão de tudo.

Se Lacan nos advertiu que “toda verdade tem estrutura de ficção”, é por se referir a um real que, não podendo se dar a saber, convoca o recurso da construção, da ficção, para que se possa apreendê-la. E a operação pela qual se constrói um saber que toca a verdade é a operação analítica, sustentada pela transferência (Penna, 2003, p. 70).

Na ciência, busca-se um real, que é justamente o impossível, o que corrobora a condição de não simbolização dos sujeitos contemporâneos, já que estes não conseguem

construir uma ficção, uma narrativa, uma história, um saber que lhes convoque a verdade singular. Portanto, buscando o real e não o que o contorna, o que se movimenta ao seu redor, o sujeito fica fixado em uma verdade externa e imposta sobre ele. Essa relação também é estabelecida por Maesso (2014):

Formulando com outras palavras, quando o saber teórico ou científico não é sobreposto, como interpretação do modo do sujeito dizer sobre seu sofrimento, há abertura para a inclusão do sujeito na produção de sentido (*pas de sens*) acerca de suas manifestações sintomáticas, e na implicação quanto ao tratamento (Maesso, 2014, p. 438).

Lacan (1974/1993) separa a palavra *jouissance*, gozo em francês, para *jouis-sens*, que é o prazer ou a apreciação do sentido, aqui entendido por ele como o prazer no sentido absoluto. Portanto, há um gozo em apreciar um significado vindo de fora: “fundou A [grifo do autor] ciência no sentido moderno, sentido que se postula como absoluto” (Lacan, 1966/1998b, p. 869). Assim, o saber científico atua como essa verdade externa sobreposta ao sujeito, ou seja, é obtura(dor): aspira a tapar e se amontoar às dores do sujeito, faltando-lhe sentido enquanto produção subjetiva para essa inflação de conhecimento.

De acordo com Canabarro e Alves (2009), esse é um modo de evitar o contato direto entre realidade e sujeito, sendo que este afasta de si possibilidades de sofrimento, estando ilusoriamente imune a isso. Dessa forma, foge do desamparo inerente ao humano e busca pelo primitivo estado de completude, o real anteriormente dito, pois a ele, não se falta nada. Isso se agrega ao que Lacan (1973/2003, p. 553) produz: “à parte daquilo que serve, existe o gozar”. Portanto, de acordo com ele, o gozo não serve para nada e, se existe gozo na apreciação do sentido absoluto, então o sentido absoluto não serve para nada além da tentativa de chegar a esse lugar onde não se falta nada, esse lugar real, esse lugar impossível.

Com almejo a ele, pode-se pensar a lógica da medicalização imposta que, segundo Ignácio e Nardi (2007), extrapola o uso de medicamentos e atinge o ideal científico, já que nele há poder e controle envolvidos, conformando discursos e constituindo-os a uma determinada cultura, produzindo silenciamentos a partir das tecnologias de si, mutismos, como máquinas de calar que mantêm o poder instaurado, atuando como uma anestesia social. Ainda de acordo com os autores, a medicalização enquanto dispositivo legitima o consumo de remédios pelo suposto cuidado, produzindo isolamento e controle e deslocando uma dependência à outra. As formas coletivas de resistência são desconectadas e não produzem mais enfrentamento, silenciando corpos, angústias e dores e medicalizando modos de vida.

Quanto às dores do sujeito, para Birman (2007), o vivente tende ao inorgânico, por haver a ausência de excitabilidade, colocando a morte como o movimento primordial em relação à vida. Nesse sentido, Danziato e Souza (2016) ressaltam que o sujeito não busca a cura, mas uma manutenção, autenticação e cumplicidade para o seu sofrimento, sendo essa a característica gozante dele. O gozo, de acordo com os autores, coloca adoecido o sujeito e, ao mesmo tempo, um sujeito que se satisfaz do que o adocece. Nessa perspectiva, ainda de acordo com os autores, cria-se uma mórbida paralisia identificatória e, em um cenário mais amplo, seres humanos são identificados com uma padronização e com o paradigma do enunciado, sem produzir enunciação a partir dos seus aspectos subjetivos, visto que estes são negativados e considerados obstáculos, o que favorece o gozo do sujeito. Esses sujeitos estão cegos, como relatam os autores, direcionando seus gozos aos médicos.

A construção de um saber sobre seus sintomas e seu fantasma está, dessa forma, fadada a um congelamento, produzido tanto pelo medicamento, quanto pela ciência, contextos produtores de discurso nos quais os sujeitos desta pesquisa estão submergidos. Nessas conjunturas, há o perigo, segundo Danziato e Souza (2016), de se incorrer em uma burocratização da escuta ou a um “ascetismo científico”, deixando de lado fatores

subjetivos essenciais ao tratamento. Até porque, segundo os autores, em alguns casos, a medicação é usada como uma forma de boicote, sendo uma resistência ao tratamento, estando inserida na dimensão do gozo dos sujeitos.

Segundo Pelegrini (2003), instala-se um sujeito passivo ao seu adoecimento e as causas do seu sofrimento não são valorizadas, pois além de estar medicalizado, faltam-lhe recursos psíquicos para elaborar tais causas, havendo uma dificuldade de simbolização que não permite a elaboração das experiências de perda e dor. Para Santiago (2017), o discurso científico expulsa tudo aquilo que possui dimensão de causa subjetiva, trazendo a causa formal das coisas, pelos algoritmos da análise química das substâncias.

Lacan (1960/1998, p. 809) critica: “a função do sujeito tal e como a instaura a experiência freudiana desqualifica, já de raiz, um critério como da unidade do sujeito, que é um dos pressupostos da psicologia ou da filosofia: o sujeito do conhecimento”. Nesse sentido, ele discorda com o estatuto de sujeito do conhecimento, colocando-o como uma substância localizável, una e cientificamente comprovada, elaboração que está em contrapartida à concepção de sujeito da psicanálise.

Esse sujeito do conhecimento, então, de acordo com Perez e Sirelli (2015), produz sintoma como resposta a esse olhar médico que não leva em conta a subjetividade, mostrando as síndromes, os transtornos, as depressões e bipolaridades. Esses transtornos estão dispostos no manual normalizador do sujeito contemporâneo, o DSM-V, corroborando com esse olhar médico sobre o sujeito, além de manter e autenticar uma nomeação que o sujeito busca para dar cumplicidade ao seu sofrimento. Assim, segundo Pombo (2017), condutas até então não consideradas problemáticas passam a sê-las, além de anteriormente pertencerem a outras esferas da sociedade, como religião e justiça, passam a ser problemas para a saúde médica.

A crescente elevação do uso de medicamentos e a exagerada nomeação de transtornos para afetos e sentimentos que, atualmente, são passíveis de medicação, denotam um quadro

preocupante no que diz respeito à condição psíquica dos estudantes, uma vez que esses sentimentos devem ser silenciados e as angústias não são consideradas, características também dos contextos universitário e acadêmico. Medicalizar é, então, tratar assuntos antes considerados normais a partir do discurso e da ordem médicas (Miguel, 2014) e, por isso, a homologia entre a medicalização e o discurso universitário. Segundo Maesso (2014), o DSM-V instrumentaliza e universaliza um modelo específico de diagnóstico, que é pautado na comparação dos comportamentos do paciente relacionados aos quadros estabelecidos no DSM-V, que possuem a linguagem e o saber médicos.

Nesse saber, diante de um cérebro que tudo controla, segundo Smith (2014), os diagnósticos se estandardizaram, o que contribui para a farmacologização dos sujeitos. O sintoma, de acordo com Baltazar (2005), tornou-se um signo mudo, não mais um signo falante, pois perdeu seu caráter simbólico. Assim, não há porque o sujeito se questionar e colocar seu funcionamento psíquico em risco, até porque não há lugar para isso. O lugar, por ser de conhecimento, uma universidade, com um discurso cientificista, torna-se um lugar no qual os signos e os ideais são supervalorizados e os sentidos das relações que são estabelecidas, ou seja, o que está nas entrelinhas das produções subjetivas, menosprezados.

No paradigma científico, diante de um humano previsível, tratável e objetivo, como nomeiam Machado e Ferreira (2014, p. 141), a ciência positiva é cada vez mais utilizada. Trata-se, então, um corpo biológico, não um sujeito e seu corpo pulsional. De acordo com Oliveira e Neves (2012), tanto no tratamento do corpo como no tratamento mental, a direção se guia pelo conhecimento. Entretanto, há uma particularidade do tratamento pela via da psicanálise. Ainda segundo os autores, essa práxis objetiva sua busca no que atinge subjetivamente o corpo, valorizando a relação do sujeito com o Outro e com o registro do simbólico. Max e Danziato (2015) identificam o lugar do analista, que convoca o

aparecimento da divisão subjetiva do paciente, incompatível com a obliteração da castração que o saber científico e médico produz.

Segundo Canavêz e Herzog (2011, p. 119), “a singularidade é descartada graças à normalização dos sujeitos na contemporaneidade”, produzida a partir do encontro do sujeito com sua castração. As dessemelhanças dos sujeitos são excluídas e há uma massificação entre seres que podem ser produtivos, principalmente, neste estudo, enquanto produtivos acadêmicos, e outros que não possuem tal característica. Por esse motivo, Gori (2008) caracteriza a sociedade como uma civilização médico-econômica. De acordo com ele, a psicologia também se insere nesse parâmetro, já que com as novas reeducações terapêuticas, terapias rápidas e *coaching*, há uma direção de ensinar o sujeito a se controlar, ou seja, dominar seus sentimentos. Nesse ponto, psicologia e psiquiatria tendem a atuar em conjunto pois, segundo Silva (2015), os procedimentos utilizados por esses profissionais remetem a uma condição disciplinar, com inserção do controle.

A psicologia, nesse sentido, podendo ser vista enquanto uma ciência do comportamento humano, segue os padrões científicos e metodológicos da medicina e da ciência positivista. Neste trabalho, portanto, ao invés de se caracterizar pela escuta e pelo aprofundamento nas questões do sujeito, vê-se um esvanecimento dessas indagações sobre ele próprio, a anulação de seus espaços de fala e o tamponamento de seus dilemas, que são repletos de dor e sofrimento, para o uso do que os medicamentos e os ideais científicos se propuseram a fazer: habilitar um sujeito para o consumo e para o trabalho e emudecer seu fator desejante e, portanto, faltante.

No discurso científico, ao emudecer um sujeito desejante, através dessa inflação de conhecimento e dos ideais educativos, há o predomínio de uma fixidez de acumulação de signos, de modo que a lógica estabelecida é “toda”, que age em conjunto com o ideal de perfeição capitalista. Neste, para Damasceno (2016), há uma busca apressada para o conserto

do que se tornou defeituoso, negando o vazio, a dor e a falta, ambicionando tapá-los ilusoriamente, mas que, no movimento contrário, exacerba o vazio. Segundo Canabarro e Alves (2009), torna-se uma forma de (não) viver a tensão, o vazio faz-se insuportável e o sujeito do inconsciente é mitigado para o sujeito não se haver com o seu desejo.

Nessa vertente, segundo Aguiar (2014), a saúde é o silêncio dos órgãos, que é aprimorado pelo retorno do objetivismo médico, pela gestão social, vigilância direta e hierárquica e pelas técnicas de intensificação do “potencial humano”, como as terapias de autoajuda e cognitivo comportamentais, que objetivam prever e controlar os comportamentos. O silêncio dos órgãos remete a algo que é encaixado, perfeito, completo, sem possibilidade de fendas e buracos para questionamentos e reclamações.

Em contrapartida, de acordo com Siqueira (2007, p. 70), “a psicanálise abre a possibilidade do sujeito remediar o próprio sofrimento com a palavra”. Aqui, o sujeito de desejo se faz pela falta, pelo corte e pela castração, havendo sempre algo que lhe irá faltar. Para Fernandes, Melo, Besset e Bicalho (2016), na psicanálise, a dor adquire uma função para o ser falante. Assim, o fato de ser um sujeito produzido pelo campo da linguagem, há algo que lhe falta e, por isso, o faz falar. Então, não é um sujeito silenciado: ele sofre e, logo, estabelece suas elaborações simbólicas por conta de tal sofrimento.

Por esse motivo, o sujeito do inconsciente está na lógica do não todo: “Não-todo é uma objeção aos dois universais, afirmativo e negativo. Então, uma vez negados os dois universais, algo fica indeterminado” (Brodsky, 2008, p. 483). Isso quer dizer que ele ainda está situado na lógica fálica, porque é ela que abre a possibilidade de o sujeito ter acesso à simbolização, é ela a responsável pela castração e pela incidência da falta, mas, ainda assim, o sujeito está não todo aí. Onde estaria ele?

Isso que se refere ao que é desconhecido em si mesmo remete à conceituação de sujeito para a psicanálise, que está em um lugar indeterminado. Portanto, em um processo

analítico, o sujeito investiga aspectos sobre si mesmo que ele não sabe que sabe: “O inconsciente em seu ciclo próprio se apresenta atualmente, para nós, e embora seja discernido enquanto tal, como um campo de um não-saber” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 282). Em contrapartida ao saber rígido e fechado da ciência, esse campo trata, então, do estranho em si mesmo, o estranho que lhe é familiar, o mais íntimo de si, mas que denota um estrangeiro que habita o sujeito.

O conceito do estranho é elaborado por Freud (1919/1996) a partir da investigação da origem da palavra *Unheimlich*, na qual, dentro dela, há o termo *Heimlich*, que significa doméstico. Esse estranho gera medo, horror, mas, em seu caráter, esse desconhecido tem algo de familiar. Segundo Freud (1919/1996, p. 242), o estranho “é o nome de tudo que deveria ter permanecido secreto oculto, mas veio à luz”.

Nesse seguimento, trata de conteúdos inconscientes advindos à consciência, sem o saber racional do sujeito. Entretanto, no fundo, o sujeito já sabia. Porém, esse saber é da ordem do inconsciente. Por esse motivo, esse saber está em outro campo, completamente oposto ao saber da academia, ao saber advindo de um aglomerado de signos estáticos. O saber do sujeito é da ordem do encadeamento significante, que produz sentido e significação a partir de uma cadeia infinita e pode ser acessado e construído em um processo analítico. Assim, segundo Lacan: “O que descobrimos na experiência de qualquer psicanálise é justamente da ordem do saber e não do conhecimento ou da representação. Trata-se precisamente de algo que liga, em uma relação de razão, um significante S1 a outro significante S2” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 28).

É entre um significante e outro que o sujeito está e o que produz diz de um saber insabido por ele mesmo e, portanto, um saber incompleto e inacabado sobre si mesmo, da ordem lógica não toda. Não há, nesse âmbito, um significante fálico, que dá estatuto de

completude, fechado e absoluto, capaz de representar o sujeito por completo. Ele o representa, mas em partes. Há sempre algo que, de um sujeito dividido, escapa:

O significante produz corpo de gozo, mas *não-todo* [grifo nosso] de modo que um resto escapa ao império da linguagem. Paralelamente, podemos propor que o gozo sempre escapa a qualquer tipo de regulação, sendo o significante fálico incapaz de ordenar totalmente o sexual e o campo que ele abre (Bonfim, 2014, p. 208).

Portanto, não há substitutos fálicos, representativos e completos que podem dar a sustentação material a todas as particularidades da vivência humana, nem mesmo o discurso científico almejando e acreditando que pode fazê-lo. Há sempre algo que sobra, um resto, um fragmento inacessado, um enigma, um mistério do inconsciente. Segundo Soler (2005), há sempre um sentido excedente à significação, sendo que o desejo do inconsciente não se deduz do discurso explícito, mas se aproxima como significado através da metáfora. Aqui há a indicação de uma falta. Algo se perdeu em sua representação real e uníssona para que se metaforizasse. Dessa forma, o desejo do sujeito nada tem a ver com algo razoável e bem-adaptado, mas a isso que se metaforiza e metonimiza, a que falta, porque somos sujeitos castrados da adaptabilidade completa e felicidade plena. Portanto, o gozo é não todo porque, para Soler (2005), há nele uma opacidade, um resíduo e um resto aos quais não se tem acesso.

O gozo fálico, ainda de acordo com Soler (2005), é substância de todas as satisfações capitalizáveis, gozo da civilização, permitindo ao sujeito se posicionar com a tendência a ser Um, sem considerar a falta estrutural e a inexistência da relação sexual. Segundo Marcos (2014), o significante fálico é o significante-mestre na relação sexual, sendo o padrão, o organizador da diferença entre homens e mulheres. O outro gozo, para a autora, não é organizador, é não todo, ou seja, há uma parte não regulada pelo falo e que permanece real.

A sedação subjetiva, no presente estudo, que atua por meio da medicalização de sujeitos, parece estar na mesma lógica da funcionalidade acadêmica na qual esses sujeitos

estão inseridos, pois pretendem, com o uso de psicofármacos, organizar suas vidas, atuar segundo um padrão de normalidade e encontrar, por meio da ciência, as respostas para seus enigmas e suas opacidades ao nível sexual, objetivando tapá-los e desconsiderá-los. Segundo Foucault (1976/1988), a sexualidade foi patologizada por meio da discursividade científica, solicitando intervenções terapêuticas e normalizadoras. A medicamentosa favorece a inércia ao gozo, à letargia, à anestesia, sendo embutida em uma lógica não toda, com o objetivo de fazê-la toda:

Quero dizer que, justamente pelo fato de *quase* evitar a morte, de *quase* evitar a dor, de controlar riscos e exposições a causas de morbidade e mortalidade, ou, ainda, por de fato evitar *por vezes* a morte, a dor e boa parte das doenças, isto é, pelo fato de ser bem-sucedida *por vezes*, a medicina constrói uma imagem mitificada, como se ela fosse capaz, potencialmente, num eterno futuro – mito este reforçado maliciosamente pelas indústrias e demais agentes sociais que lucram com ele, através do apoio dos meios de comunicação de massa que pertencem a eles, e que são os mesmos que os de toda a sociedade –, de evitar *toda* dor, toda doença e a própria morte (Martins, 2007, p. 122).

Essa imagem mitificada que a medicina construiu sobre o seu campo de trabalho, de livrar a sociedade de todo o sofrimento e de toda a dor, também é o lugar do cenário científico atual, a fim de sanar todos os problemas do mundo: “Em suma, não há verdadeiro que não seja uma proposição composta que compreenda a totalidade de fatos que constituem o mundo” (Lacan, 1970/1992, p. 61). Isso paralisa e rejeita as singularidades de um sujeito para fazê-lo “nos conformes” para trabalhar, estudar e atender às expectativas de artigos numerosos, notas exemplares e pesquisas de qualidade, atendendo ao objetivo de sanar os problemas mundiais e fazer de um sujeito não todo a metamorfose para um sujeito todo,

completo e indivisível. Segundo Santiago (2017), a ciência depura tudo aquilo que tem efeito de significação para um sujeito.

Assim, a medicalização está em um lugar de sonífero paralisante e, se o campo do sexual se refere a isso que, em suma, é linguagem e produção simbólica e que, por esse motivo, tem um resto e que não se encaixa por completo, então pode-se constatar que a medicalização aspira a adormecer a sexualidade do sujeito, por negar os restos e as perspectivas opacas de um sujeito. Em contrapartida, a psicanálise anseia trabalhar com essa produção subjetiva e fictícia do sujeito sobre, principalmente, o sexual, convocando a uma produção de saber, que nada tem de semelhança com a produção academicista da lógica da ciência.

#### 2.4.1 A Lógica da Ciência: o Sujeito e o Discurso Universitário

*Palavra poética tem que chegar ao grau de brinquedo para ser séria.*  
*Manoel de Barros*

Para pensar como opera o estabelecimento de um discurso universitário que, na sua estrutura, já engendra uma perspectiva medicalizante, pois se trata de um saber sobre o sujeito que ocupa o lugar de agente, há que se pensar em um discurso que possui matriz científica, como Foucault (1980/2015) aponta. Este promove uma visão objetiva, formal e racionalizada sobre o mundo.

Lacan (1964/2008) designa discurso enquanto um liame social, ou seja, um laço social, pois se ancora na maneira que a linguagem se situa e se imprime ali, no ser falante. Para ele, o conceito se trata, principalmente, de lugares e de como as posições são endereçadas, são enlaçadas. Portanto, o inconsciente produz o seu próprio discurso e se estrutura pela linguagem, ordenada pela maneira como os discursos se mantêm. Os lugares

são sempre os mesmos e as posições em que estão giram de acordo com a passagem de um a outro. Os lugares são exemplificados pelo seguinte matema:

$$\frac{\text{o agente}}{\text{a verdade}} \quad \frac{\text{o outro}}{\text{a produção}}$$

1) Figura 1 – matema laciano dos lugares dos discursos

Fonte: Lacan 1969-1970/1992, p. 179

Assim, eles são organizados por Lacan em quatro discursos, sendo eles: da histórica, do mestre, do universitário e do analista. Nesta dissertação, trataremos mais especificamente do discurso do universitário, o qual se relaciona com a temática proposta. É necessário, neste caso, interpretar qual é o discurso dominante no campo social do neoliberalismo e da contemporaneidade enquanto produtora da tecnocientificidade:

Os discursos em apreço nada mais são do que a articulação significante, o aparelho, cuja mera presença, o status existente, domina e governa tudo o que eventualmente pode surgir de palavras. São discursos sem a palavra, que vem em seguida alojar-se neles. Assim, posso me dizer, a propósito desse fenômeno embriagador chamado tomar a palavra, que certas demarcações do discurso nas quais isto se insere seriam talvez de tal natureza que, vez por outra, não se a toma sem saber o que se está fazendo (Lacan, 1969-1970/1992, p. 199).

É possível, portanto, um discurso demarcado por posses de palavras, pelo qual o sujeito não sabe o que está fazendo, não possui palavras próprias que o designam? Como a linguagem se imprime em um sujeito no qual o laço social que estabelece é amparado em um cenário científico e racionalizador?

Souza (2003) denuncia a posição de dominância que é colocado o saber no discurso do universitário: “No *discurso do universitário*, portanto, o Saber [S2] é recolhido sob a forma de um conhecimento organizado e cumulativo, capaz de converter-se até mesmo numa

burocracia” (Souza, 2003, p. 125). Nessa via, a acumulação de signos organizados é colocada no lugar de agente do discurso, enquanto que no lugar da verdade está o S1, o significante-mestre, significante primordial, que, por ocupar tal posição, está recalcado, não se tem acesso, não pode ser alcançado (Souza, 2003), como podemos constatar no matema do discurso do universitário:

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

2) Figura 2 – matema lacaniano do discurso universitário

Fonte: Lacan 1969-1970/1992, p. 29

Diante disso, há que se pensar se os sujeitos no cenário acadêmico ocupam esse lugar no discurso, ou seja: os sujeitos nessa esfera se dizem representados por esse tipo de laço social? De acordo com Lacan, no discurso universitário: “o saber se serve de agente, convergindo com nossa formulação, por se revelar como ensino. O ensino é o saber que é descaracterizado, em suma, pelo lugar de onde ele impera” (Lacan, 1970/2009, p. 306). Portanto, esse saber que atua como ensino é descaracterizado porque não há produção de saber, mas uma replicação de signos, porque não se tem acesso à posição onde está a sua verdade, mas, como afirma Souza (2003, p. 126), é um saber “porta-voz”, “porta-palavra”, porque não porta um sentido para o sujeito, é apenas um enunciado. Portanto, é um saber-sem-sujeito, um saber afastado de um sujeito dividido.

Nessa lógica, produz-se um saber-sem-sujeito e um sujeito-sem-saber, já que este também fica impossibilitado de produzir a sua verdade com estrutura de ficção, e um sujeito burocrático é produzido. Saber e sujeito, então, são colocados em campos opostos e separados, sendo que um saber-signo é repassado e um sujeito é reduzido a seu estado puro:

A ciência nasce precisamente a partir do dia em que o homem rompe com os ancoradouros de tudo o que pode ser chamado de intuição, conhecimento intuitivo e

onde se baseia no assunto puro e simples que é introduzido, inaugurado primeiramente sob a forma perfeitamente vazia que é declarada no cogito: penso, logo existo. A partir desse momento, nasce a ciência, correlativa a um primeiro isolamento do sujeito puro, se assim posso dizer. Esse sujeito - puro - é claro, não existe em nenhum lugar, exceto como um sujeito do conhecimento científico (...). Bem, o que você precisa saber, porque você vai vê-lo e verá cada vez mais - tão naturalmente até agora você ainda não o viu, mesmo que seja de abrir os olhos - é que existe um preço pago pela universalização do sujeito (Lacan, 1967/2010, tradução da autora).

Um sujeito do conhecimento científico é um sujeito racional, que só pode aparecer à medida que pensa, porque o saber, para esse sujeito, é meio de gozo (Lacan, 1969-1970/1992). Entretanto, é aí que ele não aparece, porque a condição para que apareça é falhar, mancar, aparecer nas entrelinhas, onde se possa incluir o inconsciente e, por isso, incluir o sujeito. É possível incluir um sujeito onde se produza uma enunciação, sendo que não há verdade onde só se anuncia um fato, o factual da linguagem (Lacan, 1969-1970/1992).

O que anuncia apenas o fato, o que é factício da linguagem, é o método científico. A pretensão da ciência, com isso, é de que ela seja capaz de chegar à verdade. Isso posto, o saber do discurso universitário é suposto todo, mas exclui o “desejo de saber”, de maneira equivalente ao que acontece com o discurso do mestre. Neste, pedaços do real ocupam a posição de produção, mas que, por dizerem do real, tornam-se inacessíveis ao sujeito. Mesmo assim, esse saber almeja ser todo, o que é impossível, já que algo sempre resta e não é abarcado (Souza, 2003). Nesse sentido, como algo sempre escapa, Lacan (1969-1970/1992) coloca que a verdade é uma pergunta, um ponto de interrogação. Para ele, não há verdade que se diga toda e esta só serve para criar um lugar de denúncia a esse saber (Lacan, 1973/2003).

Lacan (1972-1973/2008) conclui que a verdade serve para regar o gozo. Então, a lógica da ciência, que visa a uma verdade, objetiva colocar regra, lei para um gozo e fazer

dele, saber: “A verdade procurada é essa aí, no que diz respeito à lei, que regra o gozo” (Lacan, 1972-1973/2008, p. 98). Entretanto, pode-se pensar que só no fato de produzir saber, produz-se também gozo: “Ali, no gozar, a conquista desse saber se renova de cada vez que ele é exercido, e o poder que ele dá, resta sempre voltado para seu gozo” (Lacan, 1973/2008, p. 103).

Nesse sentido, a ciência pode servir ao gozo do sujeito, porque não produz saber próprio, advindo do inconsciente, mas saber referenciado, que empaca a produção de um saber simbólico:

[...] insisto na importância que tem o saber textual e lembro que, em oposição ao saber textual, temos o saber referencial, que o mascara e oculta. Por esse motivo, mencionei o discurso universitário e o apresentei como oposto ao saber textual (Cabas & Da Costa Neto, 2018, p. 69).

O saber textual se relaciona ao que Lacan (1969-1970/1992) promove sobre a linguagem, colocando esta no inconsciente e, de onde advém, já se pressupõe que não possui sentido absoluto. Para ele, a verdade está ligada diretamente ao discurso que é produzido em determinada configuração de laço, de linguagem e só se encontra o verdadeiro fora de toda proposição, porque se ela é ligada aos efeitos de linguagem, há aí a inclusão do inconsciente: “Afirmar, em contrapartida, que o inconsciente é a condição da linguagem (...) adquire aqui seu sentido de querer que da linguagem responda um sentido absoluto” (Lacan 1969-1970/1992, p. 65).

Dado o que Lacan aponta, uma verdade só o é se for efeito do inconsciente, da trama simbólica e histórica de um sujeito. Contudo, esta parece ser a verdade menos valorizada no discurso universitário e na lógica da ciência. A medicina, inserida na perspectiva científica, parece pretender depositar um saber sobre um sujeito que, pela perspectiva médica, não o possui. É aí que a ciência e a medicalização de um sujeito se confluem. Trata, nas duas

vertentes, de uma sobreposição de verdades sobre um sujeito que é considerado deficitário delas. Ramos e Nicolau (2013) colocam a ética da saúde e, portanto, do cuidado, contrária à ética da psicanálise, porque aquela opera com um saber constituído, organizado e acumulado, intervindo sobre o usuário que, no caso, fica no lugar de depositário do saber.

Por isso a configuração, considerada de melhora para o sujeito, de guinada, de elevação de suas potências, torna-se cega e surda, porque não se dispõe a olhar um sujeito e muito menos a escutá-lo. Esse sujeito é considerado uma tábua rasa que, com verdades e avanços adquiridos de outrem ao longo da vida, pode evoluir científica e medicamente. Entretanto, essa lógica parece fazer o caminho inverso da perspectiva psicanalítica: abafar as potências e as verdades do próprio sujeito desejante sobre o seu sofrimento, o seu padecimento: “O que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apoia, a relação de situação e de postura entre o que fala e aquilo que se fala” (Foucault, 1980/2015, p. IX).

Parece, portanto, ser necessária uma configuração surda de linguagem, ancorada em uma ciência racional, para que se possa “escutar” um sujeito puro, como já tratado. Se o sujeito mostrar-se dividido, faltoso e esburacado, ou seja, se for identificado que nele há algo que falta, há objeto *a*, não há suporte na via científica e, portanto, na via da medicalização, para que ele seja olhado e reverberado. Contudo, é com o sujeito da ciência que a psicanálise trabalha, é ele quem chega aos consultórios e o trabalho psicanalítico supõe estabelecer um outro discurso nessa lógica, pela qual seja possível um olhar para o objeto *a* e para aquilo que o contorna.

#### 2.4.2 A Relação entre o Sujeito Dividido, o Sujeito da Ciência e o Objeto *a*

*Há muitas maneiras sérias de não dizer nada, mas só a poesia é verdadeira.*  
Manoel de Barros

O sujeito que possui em si mesmo um buraco, uma fenda de estrutura, é considerado um sujeito dividido. Ele se tornou dividido pela operação da incidência da linguagem em um indivíduo, fazendo nele corte e tirando-lhe o pedaço que lhe daria, supostamente, sua completude. “Haverá, portanto, uma “incompletude essencial” no sistema, uma proposição a menos, uma proposição *indecidível* que faz parte do próprio sistema” (Souza, 2003, p. 53). Nesse sentido, ser humano é ser dividido, ser faltoso e o que ele perdeu foi, justamente, o objeto *a*: “Isso que se perde ou se produz foi identificado e nomeado por Lacan como objeto [a]” (Souza, 2003, p. 60).

Essa operação constitutiva para um sujeito se dá quando é percebida uma falta no Outro, e o sujeito responde com a sua própria falta, o que dá amparo para que se abra aos caminhos do desejo (Souza, 2003). Portanto, quando descobre que o Outro lhe falta, o sujeito percebe a falta em si mesmo. Entretanto, ao longo da vida, o sujeito ainda espera que o Outro venha a responder às suas questões e aos seus anseios. Souza (2003, p. 47) nomeia esse sujeito como “sujeito de fraldas”, e o caracteriza enquanto aquele que está à espera do Outro para lhe trazer respostas.

Esse parece ser o sujeito da ciência, que espera que as suas indagações sejam respondidas por algo ou por alguém que lhe está externo, ou seja, o próprio campo científico. No referencial acadêmico, há um grude no desejo do Outro, ainda na espera de que essa completude que vem de fora, esse “saber referencial” (Cabas & Da Costa Neto, 2018, p. 69), tape totalmente a falta estrutural do sujeito. Logo, quem possui a verdade é a ciência, colocada aí em lugar de Outro:

*Quem é que sabe?* Será que a gente se dá conta de que é o Outro? - tal como de começo o coloquei, como o lugar onde o significante se coloca, e sem o qual nada nos indica que haja em parte alguma uma *dimensão* de verdade, uma *diz-mansão*, a

residência do dito, desse dito cujo saber põe o Outro como lugar (Lacan, 1973/2008, p. 103).

Nesse sentido, o lugar do saber está ocupado pelo Outro, e, ao sujeito, ele já não lhe cabe. À vista disso, o sujeito deve ir atrás desse saber, que lhe é externo. Lacan (1969-1970/1992) diz que, em certas situações, o sujeito vai atrás da palavra como o cão vai atrás da carniça, e coloca a carniça comparada ao objeto *a*. Essa palavra, portanto, é palavra de saber absoluto, palavra sábia absolutamente, o que já se torna um paradoxo por si só, porque palavra já convoca o que não é absoluto e o que é falho. Esse saber absoluto/carniça funciona com pretensões de ser colocado no lugar do furo estrutural do sujeito: “O que cabe agora ao discurso universitário? (...) no nível do discurso universitário, o objeto *a* vem a um lugar que está em jogo cada vez que isso se mexe, o lugar da exploração mais ou menos tolerável” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 189).

Entende-se, então, que o sujeito inserido no discurso universitário se coloca em um lugar de exploração, sendo que o que produz não será usado por ele, mas para outrem, para o mundo acadêmico. Portanto, está condenado à verdade da ciência, a qual não diz nada sobre ele mesmo e goza com isso, como o escravo ao trabalhar para o senhor: “O gozo é fácil para o escravo e deixará o trabalho na servidão” (Lacan, 1960/1998, p. 825).

Nesse sentido, o objeto *a* pode ser equiparado à produção que, primeiramente, constitui-se como perda. Pela produção ser, a fundo, objeto *a*, não há a possibilidade de se ter uma consistência completa no que se produz. O objeto *a* está alocado entre o significante primordial, S1, que, no discurso universitário está recalcado, inserido no lugar da verdade, e o significante secundário, S2, que é o saber. Então, o saber se produz nessa fenda, nesse elo entre S1 e S2. Só a partir da existência do objeto *a*, ou seja, existência dessa falta, que um saber pode se produzir (Souza, 2003).

Portanto, o saber em psicanálise depende da divisão do sujeito, de um sujeito cindido e não completo, como supõe o saber absoluto da ciência. Assim, o que é verdadeiro para a psicanálise tem um sentido outro: “A divisão do sujeito não é certamente outra coisa senão a ambiguidade radical que se vincula ao próprio termo verdade” (Lacan, 1969-1970/1992, p. 188). Só há essa ambiguidade radical para a verdade porque ela se refere a um sujeito dividido e o verdadeiro para ele é o que se relaciona com a sua causa, a causa do seu desejo:

Enquanto estava, a princípio, animado pela perspectiva de fundar a psicanálise como uma ciência em bases semelhantes àquelas da linguística e da antropologia estrutural, mais tarde Lacan diferencia a psicanálise das últimas duas disciplinas na medida em que elas não levam em consideração *a verdade*: a causa e, portanto, o sujeito que resulta dessa causa (Fink, 1998, p. 171).

A causa do sujeito tem a ver com o seu real do sexo, que é a inexistência da relação sexual. De acordo com Souza (2003), o sujeito se coloca em uma relação desajustada no elo entre o Um do sexo, que é o fato de não haver relação sexual, e o saber, que é o S2. Ainda assim, essa unicidade da relação sexual só pode acontecer se for excluída a possibilidade de totalização do sujeito: “Isso quer dizer que o significante UM só passa a ex-sistir depois que tiver sido expulso e excluído dessa “totalidade concebida” como a estrutura da linguagem”. (Souza, 2003, p. 58).

Essa totalidade pode ser tomada como a tentativa de se fazer Um sujeito na ciência, que não se relaciona em nenhum ponto com o real do sexo do sujeito. Segundo Lacan (1971-1972/2003), o Um requerido pela ciência é o inabalável, é a univocidade, a constância única, a necessidade da ciência de se propor a promover o Um como o elemento mais próximo da natureza que, de acordo com o autor, é cômico. Tende-se, portanto, a promoção de Um regrado, estável: “Ora, essas regras e a racionalidade dessas regras são detidas por instâncias

como os educadores, como os médicos, como o saber pedagógico, como o saber médico” (Foucault, 1974-1975/2010, p. 222).

Nessa via, a necessidade da ciência tornou-se também a necessidade da medicina como um todo, de promover o corpo do sujeito enquanto a totalidade do que ele é e que, mantendo um corpo constante e consertado, é capaz um sujeito o mais próximo possível do inabalável. Pretende-se a criação de um “super-herói”, formado em laboratório, para que nenhuma condição faltosa o detenha:

Para poder propor a cada um de nossos doentes um tratamento perfeitamente adaptado à sua doença e a si próprio, procuramos formar, de seu caso, uma ideia objetiva e completa, recolhemos em um dossiê individual (sua ‘observação’) a totalidade das informações de que dispomos a seu respeito. Nós ‘o observamos’ do mesmo modo que observamos os astros ou uma experiência de laboratório (Sournia, 1962, p. 19 citado por Foucault, 1980/2015, p. XIV).

Portanto, observa-se um sujeito para que se possa fazer dele um sujeito adaptado. É a medicina e a ciência incidindo sobre os modos de viver de um sujeito que, em sua constituição, é esburacado, e tentando aproximar este cada vez mais de somente uma experiência de laboratório, sem afetamento, sem subjetividade, sem potência. Diferente da incidência da psicanálise sobre um sujeito que, para Marcos (2018), é uma experiência que aborda a incompletude e a impotência, valor oposto ao ideal do pesquisador onipotente, em que a verdade dessa lógica não toda é incluir o sujeito, incluir o singular, incluir o hiato real do sujeito e destituir quaisquer proposições universais: “O sujeito é sempre um deslocamento em relação à classe” (Marcos, 2018, p. 107).

É possível, no processo analítico de um sujeito dividido, o acesso a esse Um do sexo e, portanto, o estabelecimento de um outro lugar, uma nova posição, diferente da imposta pelo empirismo científico:

Trata-se de *um* [grifo nosso] lugar-outro, do lugar da psicanálise no discurso, e é exatamente isso que ela também possibilita ao sujeito: *um* [grifo nosso] lugar, *um* [grifo nosso] posicionamento, o estatuto de sujeito no e pelo discurso, ainda que “sem palavras”. Afinal, estas sempre hão de faltar (Ramos & Nicolau, 2013, p. 812).

Entretanto, a presente dissertação se utilizou de recortes de palavras para que pudesse formular hipóteses de quais são os sentidos que estes estudantes universitários atribuem ao sofrimento psíquico, através de experiências de vida relatadas por eles. Isso diante de um cenário tecnológico e científico no qual falta tempo para atender às demandas de felicidade plena, buscando-a a qualquer preço. Agarra-se, portanto, à ideia do sujeito feliz e não há tempo para concretizar essa realidade com a consistência e a elaboração simbólica que ela requer.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Conhecer as características do sofrimento psíquico relatadas por estudantes de uma universidade pública do estado do Paraná.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

Analisar as possíveis repercussões do sofrimento psíquico na vida dos estudantes universitários;

Interpretar os sentidos que sujeitos inseridos no contexto universitário atribuem ao sofrimento psíquico experienciado nos seus modos de viver.

## 4 MÉTODO

Para definir como traçar um caminho nesta pesquisa, o método é a bússola, determinando direções, na busca de adentrar em uma realidade e poder analisá-la com propriedade. Assim, a palavra “método” advém do latim *methodus* e do grego *methodos*, onde *meta* significa “através de” e *hodos* se relaciona ao “caminho” (Turato, 2010). Pode-se entender, então, que o método é uma forma de guiar o trabalho realizado, um elo entre o pesquisador e seu objetivo de pesquisa, em que estão dispostos nesta fase as maneiras e os trajetos que o pesquisador seguirá para alcançar seus resultados.

Assim, como via de executar a problemática levantada nesta pesquisa, o estudo utilizou-se do método clínico-qualitativo, que privilegia a escuta e o aprofundamento das questões subjetivas, por fornecerem informações importantes sobre os processos complexos do mundo do sujeito. Este diferencia-se dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas por se aplicar na área da saúde. Conforme aponta Turato (2010), a pesquisa qualitativa é multimetodológica, mas tem como ponto em comum com o método clínico-qualitativo o tratamento interpretativo dos sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos pesquisados aos fenômenos individuais e comunitários vivenciados (Turato, 2010).

Nesse âmbito, buscou-se conhecer o sofrimento psíquico dos estudantes. De acordo com Bassora e Campos (2010), no método clínico-qualitativo, há a preocupação com significados conscientes e inconscientes dos sujeitos em relação aos fenômenos estudados. Para tanto, foi utilizada uma escuta qualificada e, portanto, de caráter clínico, que remete ao grego *klíno*, ou seja, o ato de inclinar-se sobre as questões relativas ao sujeito (Ferreira, 1975), além de ter a psicanálise como embasamento teórico e prático, a qual fornece os eixos norteadores para este estudo, que se dá fora do *setting* estritamente analítico.

Trata-se, então, da aplicação do método da psicanálise em situações de pesquisa, o que mostra a relação entre a escuta clínico-interpretativa e o trabalho pautado na escuta

psicanalítica do que é falado a partir das entrevistas, atenta ao problema de pesquisa investigado (Coelho & Santos, 2012).

Assim, o estudo buscou uma descrição subjetiva, detalhada e aprofundada das entrevistas, permitindo recolher destas as vivências particulares e os aspectos singulares dos sujeitos. Isso se relaciona ao que Turato (2005, p. 509) propõe: “no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”.

Além disso, como o estudo se dispõe a tratar de um processo singular e específico, a pesquisa clínico-qualitativa é o tipo mais indicado, pois sua abrangência se caracteriza por um estudo minucioso sobre determinado recorte. Para tanto, segundo Martins (2004, p. 292): “é preciso esclarecer, antes de mais nada, que as chamadas metodologias qualitativas privilegiam, de modo geral, da análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais”. É justamente isso que se propõe aqui: uma análise da medicalização da vida, incidida sobre o sujeito e sobre o social, acerca das relações estabelecidas na contemporaneidade.

Dada a especificidade deste estudo, por ser um recorte de uma relação inerente a uma determinada população, há a necessidade de aprofundamento da investigação sobre este grupo. De acordo com Augusto, Souza e Dellagnelo (2013), em uma pesquisa qualitativa, busca-se compreender uma particularidade em sua extensão, profundidade e complexidade. Portanto, há uma proximidade do método de pesquisa clínico-qualitativo e o método psicanalítico:

Ela [a metodologia clínico-qualitativa] [grifo nosso] se funda sobre três pilares: na milenar atitude clínica de voltar o olhar a quem porta dor, na secular atitude psicanalítica de inclinar a escuta a quem vivencia conflitos emocionais e na clássica

atitude existencialista de reflexão sobre as angústias humanas (Campos & Turato, 2009, p. 2).

Freud (1937/1996b) aponta que, em uma experiência analítica, a interpretação e as construções de narrativa constituem parte do trabalho. Já no desenvolvimento de uma pesquisa clínico-qualitativa, esses dispositivos permitem a emergência de novas associações, que podem levar a um novo entendimento do fenômeno estudado. Ainda assim, a proximidade desse método com a base teórica psicanalítica consiste no questionamento e na problematização de determinado fato, diferente de tentar adquirir uma completude certa e inquestionável sobre ele.

A compreensão e a investigação de eventos particulares, com a busca de novos sentidos e significados a partir do olhar do próprio sujeito inserido na questão problemática, referem-se consonantemente à pesquisa clínico-qualitativa, de cunho psicanalítico. Assim, de acordo com Darriba e Silva (2012, p. 873): “este preâmbulo permite vislumbrar que psicanalisar – e produzir conhecimento neste campo – está condicionado ao singular de cada um que, a partir da psicanálise, desprende-se de um saber conclusivo”.

Dessa maneira, produzir conhecimento em psicanálise se refere a não ter como objetivo a finalização da discussão sobre a problemática levantada. Pelo contrário, o saber em psicanálise se produz a partir de um ponto específico e de significados elaborados para este, diferente de fechar uma ideia, mas dar abertura para possíveis outros significados a partir dela. Diante disso, para iniciar essa investigação, foi necessária uma incorporação efetiva da autora ao tema estudado, o que está disposto no tópico a seguir.

#### 4.1 AMBIENTAÇÃO E ACULTURAÇÃO

O caminho da pesquisadora iniciou-se com sua inserção no contexto no qual os estudantes universitários se localizavam, ou seja, na universidade. Assim, antes de iniciar o processo de coleta de dados, foi realizada a aculturação, objetivando a ambientação da pesquisadora com o tema da pesquisa, além de verificação do instrumento, buscando adequá-lo para as futuras etapas. A aculturação é:

[...] o processo de assimilar ideias e costumes de uma sociedade para a qual migramos e na qual ficamos imersos temporariamente, como costuma acontecer no caso de um pesquisador, ou definitivamente, como nos casos de muitos migrantes. A aculturação pressupõe uma relação contínua entre duas culturas: a do indivíduo que migrou e sofre mudanças variáveis através de um processo de assimilação em virtude da cultura da sociedade que o recebe (Turato, 2010, p. 344).

Dessa forma, a pesquisadora se inseriu no ambiente da sua pesquisa com o intuito de se aproximar da problemática presente na universidade quando começou a integrar a Frente de Saúde Mental, um coletivo de estudantes voluntários de graduação e pós-graduação da universidade, que tinham a proposta de se juntarem para oferecer palestras relacionadas ao tema da saúde mental para a população universitária. O grupo contava com reuniões e encontros mensais, o qual participavam estudantes de diversos cursos da universidade para promover tais encontros. Os convidados variavam de profissionais da área de psicologia até ministrantes de mini-oficinas, como *yoga* e musicoterapia. A pesquisadora, nesta vertente, também apresentou palestras relacionadas a sua pesquisa na referida Frente de Saúde Mental.

Nesse mesmo campo, para a pesquisadora entender as preocupações e especificidades dos docentes sobre o assunto trabalhado, houve uma reunião junto às professoras integrantes do NEAB - Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros da universidade, que alertaram sobre situações emergentes relacionadas à saúde mental de alunos inseridos em projetos juntos ao Núcleo.

Houve também uma aproximação da pesquisadora com docentes do CCS - Centro de Ciências da Saúde da universidade, sobre as demandas de cuidado e apoio que os discentes requeriam aos profissionais. Os professores, alertados de algumas situações agravantes de tentativas de suicídio por parte de alunos da área da saúde, além de afastamentos da universidade, relataram à pesquisadora e demais psicólogas o estado de adoecimento dos alunos.

Também foi realizado o contato com o SEBEC - Serviço de Bem Estar à Comunidade da universidade. A pesquisadora, a fim de convidar usuários do serviço para participarem de sua pesquisa, entrou em contato com a psicóloga que trabalha no local para que ela indicasse possíveis participantes. A partir da conversa com ela, foi possível um entendimento geral de como é o estado de saúde mental da comunidade interna da universidade encaminhada ao SEBEC.

Ademais, um minicurso foi realizado pela pesquisadora na III Semana de Integração do Curso de Psicologia: Perspectivas e Desafios da Prática Profissional. O título do minicurso foi: “A psicanálise como via de tratamento das configurações clínicas atuais: toxicomanias, medicalizações e distúrbios corporais”. A partir dele, ao relatar uma parte da pesquisa de Mestrado em realização, a pesquisadora recebeu uma demanda de participação das entrevistas de um aluno ouvinte do minicurso.

Além da aproximação com a escuta clínica da pesquisadora nesses diferentes locais, onde estavam dispostos distintos profissionais, docentes e estudantes universitários, entrevistas de aculturação também foram realizadas e gravadas. As diversas fases presentes na aculturação da pesquisadora relacionadas à temática da sua pesquisa denota sua imersão no campo estudado:

Algumas características básicas identificam os estudos denominados “qualitativos”.

Segundo esta perspectiva, um fenômeno pode ser melhor compreendido no contexto

em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para tanto, o pesquisador vai a campo buscando “captar” o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno (Godoy, 1995, p. 21).

Assim, diante dessa perspectiva integrada da autora sobre o campo investigado, viabilizou-se uma facilidade de divulgação do estudo para possíveis participantes e um aprofundamento significativo da pesquisadora nas questões concernentes à pesquisa.

#### 4.2 CONSTRUÇÃO DA AMOSTRA

Durante a etapa de aculturação, iniciou-se a procura por sujeitos que estivessem dispostos a conceder a entrevista que seria usada para a pesquisa. Essa busca foi realizada por meio de uma lista eletrônica de contatos da universidade, que envia *e-mails* informativos a todos os estudantes de graduação da instituição. Além disso, foram distribuídos cartazes por toda a universidade e realizados convites em grupos fechados de redes sociais *online* de cursos de graduação e pós-graduação da referida universidade, além de grupos de Atléticas e Centros Acadêmicos dos cursos.

O processo que se sucedeu à divulgação da pesquisa foi de uma procura intensa dos estudantes para participarem do estudo. A minha caixa de *e-mails* ficou lotada de pessoas pedindo para participarem da pesquisa. Este, já de início, foi um dado do estudo. Esses estudantes acharam uma oportunidade de falarem sobre o que os estava sufocando. No encontro com estes, eu percebi que, muitas vezes, eles só queriam alguma escuta atenta para que pudessem expor, em palavras, questões singulares e subjetivas que estiveram, por muito tempo, no lugar do não dito. Alunos que queriam, com a entrevista, um espaço de

acolhimento de suas angústias. Identificou-se, com isso, a extrema demanda da população universitária em relação ao seu sofrimento psíquico, fator que torna a realização da pesquisa mais relevante.

A amostragem utilizada foi proposital, também nomeada de intencional ou deliberada que, de acordo com Turato (2010), é composta por sujeitos que possuem características pessoais que possam trazer relevantes informações sobre o tema estudado. O tamanho da amostra populacional foi atingido através da amostragem por ponto de saturação, compondo-se, portanto, de dez estudantes universitários medicados, de cursos variados de uma universidade pública do estado do Paraná. Dentre esses dez estudantes, cinco eram do sexo masculino e cinco eram do sexo feminino. Entretanto, essa divisão exata de sujeitos dos dois sexos não foi previamente pensada, mas aconteceu através do ponto de saturação, e trata-se de uma coincidência a amostra ter se fechado com essa divisão. Dessa forma, o número de participantes utilizado nas entrevistas não foi classificado e especificado anteriormente ao estudo:

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Tendo em vista as questões colocadas aos entrevistados, que refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008, p. 20).

Para se atingir o ponto de saturação, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão para que a amostra estivesse completa, dispostos a seguir.

#### 4.2.1 Critérios de Inclusão

Foram convidados a participar da pesquisa os estudantes maiores de 18 anos, por terem liberdade para responder por si próprios e por ser comum a entrada ao contexto universitário a partir dessa faixa etária. Além disso, estudantes que estão regularmente matriculados, frequentando as aulas da graduação ou da pós-graduação. Os estudantes de pós-graduação não estavam inclusos nos objetivos iniciais do trabalho. Entretanto, com o surgimento de uma alta demanda deste recorte da população universitária, o que denota um dado obtido já nos convites realizados para a participação da pesquisa, houve a decisão de incluir tais estudantes.

Quando foi realizado o convite para o estudo, o critério de inclusão contemplava estudantes universitários maiores de 18 anos que estavam em sofrimento psíquico, apenas. Assim, surgiu uma amostragem de estudantes de cursos distintos, que se identificaram com os objetivos da pesquisa, ou seja, que se diziam, por eles próprios, portadores do tal sofrimento. Porém, a partir da alta demanda dessa população e da restrição dos objetivos do trabalho aos estudantes que eram medicalizados, fez-se parte do critério de inclusão o fato desses estudantes estarem realizando tratamento medicamentoso com psicotrópicos. Por esse motivo, algumas entrevistas, apesar de conterem dados significativos sobre o sofrimento psíquico de estudantes, foram excluídas, já que não era possível fazer a relação proposta da pesquisa entre sofrimento psíquico e uso de medicamentos com indivíduos que não faziam uso destes.

#### 4.2.1 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa estudantes que estavam afastados do contexto universitário, não frequentando as aulas, por motivos variados, pois a proposta da pesquisa é analisar o sofrimento psíquico dos universitários que estão inseridos na universidade.

#### 4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada a técnica de entrevista semidirigida de perguntas abertas (Apêndice B):

Com relação à *entrevista semidirigida de perguntas abertas*, tais entrevistas livres precedentes servem para adaptação de seu roteiro. Elas permitem ratificar a adequação do roteiro previamente elaborado ou mesmo incluir tópicos não planejados anteriormente, em caso de certa ênfase espontânea, por parte dos entrevistados, ser percebida para uma questão específica (Fontanella, Campos, & Turato, 2006, p. 4).

Assim, esse tipo de entrevista foi utilizado para que agisse conforme o método clínico-qualitativo utilizado, que convoca um roteiro com maior flexibilidade entre os temas e a escuta da pesquisadora que proporciona certa abertura para o entrevistado responder por meio característico e subjetivo a ele.

Por meio da entrevista semidirigida de questões abertas, segundo Bleger (1998), abre-se o campo para perguntas e há uma flexibilidade que é necessária nos casos individuais. Assim, foi possível uma maior liberdade dos entrevistados para que respondessem sem uma rigorosidade e um enquadramento, como pontua Turato (2010).

As temáticas consideradas nesse instrumento abordaram a história de vida pessoal do entrevistado, a relação entre sua história de vida e possíveis dificuldades acadêmicas e escolares e a identificação se há um sofrimento psíquico relacionado a estas. Se houvesse, a descrição deste e sua relação ao uso de medicamentos.

#### 4.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A técnica utilizada foi a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2016), que se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, a qual utiliza procedimentos

sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens. Ela também considera o contexto social e histórico no qual as mensagens foram produzidas para, a partir daí, criar inferências e embasá-las com pressupostos teóricos (Campos, 2004).

As fases da análise de conteúdo consistem em: primeiramente, um momento de pré-exploração do material por meio de leituras flutuantes do corpus das entrevistas, com o intuito de apreender e organizar de maneira não estruturada aspectos importantes, isto é, explora-se o material e deixam-se fluir impressões e orientações. Essa fase se relaciona à atenção flutuante do *setting* clínico psicanalítico, ou seja, nenhum conteúdo ou dado específico é priorizado, fazendo emergir uma atenção não dirigida a nenhum ponto focal, para que uma atividade inconsciente da pesquisadora possa ser facilitada. Assim, os elementos dos discursos são tangenciados e não adentrados a fundo pela pesquisadora no momento da entrevista (Campos & Turato, 2009).

Secundariamente, realiza-se o procedimento de seleção dos núcleos de sentido, que incluem palavras, frases, parágrafos ou até textos completos. O procedimento para análise dos dados envolveu núcleos de sentido (Minayo, 1998). Existem opções variadas de escolha desses núcleos de sentido. Nessa pesquisa, foi utilizada a análise temática, isto é, revelando temas que são recortes do texto, considerando as mensagens implícitas e as significações não aparentes, além de relacioná-las aos objetivos do trabalho e às teorias que o norteiam (Campos, 2004).

Aqui não são priorizadas falas ou elementos que devem, necessariamente, repetirem-se, mas os sentidos que eles possuem, a maneira como os sujeitos se colocam, o que está nas entrelinhas das falas manifestas, aquilo que está no lugar de não dito, os conteúdos mudos, latentes e as significações particulares que eles denotam, a fim de serem interpretadas pela perspectiva teórica, prática, experiencial e inferencial da pesquisadora. Essa é a diferença

essencial para uma análise de dados que leva em conta o olhar psicanalítico sobre os sujeitos pesquisados: a leitura subjetiva de conteúdos não manifestos (Campos & Turato, 2009).

Por último, realiza-se o processo de categorização e subcategorização, que consiste em uma operação de classificação dos elementos selecionados na etapa anterior em conjuntos que abarcam um número variável de temas, segundo grau de intimidade ou proximidade (Campos, 2004). Conforme Campos e Turato (2009) produzem, esse processo pode ser considerado uma apresentação didático-científica dos dados, resultados e discussões obtidos. Através de sua análise, há a possibilidade de exprimir significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos do estudo e criem novos conhecimentos.

No presente estudo, foi utilizada a categorização não apriorística, que emerge totalmente do conteúdo das respostas dos sujeitos da pesquisa. Nesse processo, abre-se um leque de categorias e são feitos movimentos de reagrupamento até a configuração das categorias finais, realizando uma validação que toma como base o suporte teórico escolhido pela pesquisadora (Campos, 2004). Posteriormente à realização dos resultados através da junção deles por relevância em categorias, ou seja, que possuem potencial e riqueza na consistência para responder às hipóteses formuladas, garantindo um aprofundamento no fenômeno e a produção de novos conhecimentos sobre este (Campos & Turato, 2009), a análise dos resultados e a discussão que se seguem foram sustentadas pelo pensamento indutivo e dedutivo da pesquisadora. Além da fundamentação teórica da psicanálise que é, principalmente, do embasamento de cunho lacaniano.

#### 4.5 CUIDADOS ÉTICOS

Participaram todos os estudantes que aceitaram participar das entrevistas, em local escolhido pelos mesmos, desde que permitisse o sigilo das informações, sendo informado,

antes da entrevista, que esta seria gravada. Os áudios foram excluídos após serem transcritos integralmente. Após sucessivas leituras, o material coletado foi analisado. Os participantes foram informados ainda, antes da entrevista, dos objetivos, justificativa e procedimentos do estudo.

Participantes que se deslocaram até o local marcado para a entrevista foram ressarcidos monetariamente. Todos os participantes que fizeram parte do estudo tiveram que ler, estar de acordo com as informações contidas no Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo A) e assiná-lo. Os dados pessoais dos participantes foram omitidos, a fim de evitar identificações e preservar o sigilo das informações. Portanto, foram denominados apenas por numerações.

Além disso, o projeto de pesquisa de Parecer N° 2.642.510 foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 91728818.1.0000.5231).

#### 4.6 VALIDAÇÃO EXTERNA

A validação externa foi realizada pelos pares, presentes em encontros semanais do Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise - LEPPSI, da Universidade Estadual de Londrina. Os materiais validados foram: o projeto de dissertação como um todo, a metodologia utilizada neste, além das entrevistas e categorias pretendidas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo obteve como resultado categorias formadas a partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Esses dados foram discutidos por meio do embasamento realizado nos capítulos teóricos e retomados adiante. A seguir, apresentam-se a tabela de caracterização dos participantes e, posteriormente, as cinco categorias discutidas: 1) A necessidade de ser completo: “É como se você pegasse uns dados, jogasse e achasse que todos iam dar um”; 2) História de vida, relacionamentos e posicionamentos das escolhas; 3) Tomar remédio para dar conta da vida: “Ele deixa as coisas mais amenas”; 4) “Eu sou um peixe fora d’água nesse lugar”: do isolamento ao apagamento do sujeito; 5) Narrativas esvaziadas de sentido como saídas para o real vivido no corpo.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tabela 1.

Tabela de Caracterização dos Participantes.

Número do(a) entrevistado(a)	Idade	Curso	Período do curso	Sexo	Medicamento(s) usado(s)
Entrevistada 1	25 anos	Medicina Veterinária	Primeiro ano – Graduação	Feminino	Escitalopram
Entrevistado 2	26 anos	Medicina Veterinária	Segundo ano – Graduação	Masculino	Venvanse
Entrevistado 3	21 anos	Direito	Quarto ano - Graduação	Masculino	Zoloft e Ansitec
Entrevistado 4	27 anos	Medicina Veterinária	Terceiro ano – Pós-graduação (Doutorado)	Masculino	Piracetam e Melatonina
Entrevistada 5	32 anos	Administração	Segundo ano - Pós-graduação (Mestrado)	Feminino	Trazodona e Pregabalina
Entrevistada 6	25	Psicologia	Segundo	Feminino	Quetiapina,

	anos		ano - Pós- graduação		Torval e Paroxetina
Entrevistado 7	24 anos	Design Gráfico	Terceiro ano – Graduação	Masculino	Alenthus e Zetron
Entrevistada 8	20 anos	Arquitetura	Segundo ano – Graduação	Feminino	Tolrest
Entrevistado 9	21 anos	Psicologia	Terceiro ano – Graduação	Masculino	Fluvoxamina (Luvox)
Entrevistada 10	21 anos	Licenciatura em História	Quarto ano - Graduação	Feminino	Sertralina e Sibutramina

Fonte: Autoria própria

A tabela mostra que os estudantes selecionados para a pesquisa têm de 20 a 32 anos. Destes, 7 estavam cursando a graduação e 3 a pós-graduação. A amostra foi composta por cinco sujeitos do sexo feminino e cinco sujeitos do sexo masculino. Os estudantes faziam uso de medicamentos que estão, em sua maioria, na classe de antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina, noradrenalina e dopamina. Ainda assim, outros medicamentos usados são estimulantes do sistema nervoso central, ansiolíticos, nootrópicos (que aumentam o desempenho cognitivo), antipsicóticos, medicamentos para dor crônica e também para indução do sono.

O alto uso de antidepressivos inibidores de recaptção de neurotransmissores do sistema nervoso central denuncia, já de início, um apagamento do sujeito, além dos ansiolíticos, que apontam para um sossegamento deste. São medicamentos que possuem, como uns de seus efeitos colaterais biológicos, a redução do desejo sexual, a sonolência, a falta de energia, a falta de coordenação motora (reflexos lentos) e a fala arrastada. Nas categorias formuladas a partir das falas dos participantes da pesquisa, podem-se observar alguns efeitos subjetivos do uso desses medicamentos na vida destes.

## 5.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE

### 5.2.1 Categoria 1 - A Necessidade de Ser Completo: “É Como se Você Pegasse uns Dados, Jogasse e Achasse que Todos Iam Dar Um”

*Para ter mais certezas tenho que me saber de imperfeições.*

*Manoel de Barros*

Esta categoria se refere à cobrança subjetiva dos entrevistados por serem melhores, mais eficientes, mais inteligentes e mais capazes. Parecem, portanto, estar sempre em *déficit* com relação aos seus estudos e às suas carreiras profissionais como um todo. Assim, os entrevistados relataram que nunca estão satisfeitos com a forma como agem academicamente, estão sempre em um lugar de deficiência em algo e essa deficiência precisa ser banida e consertada. Dizem de um desejo por serem perfeitos, de controlar todos os seus modos de viver, todas as nuances e desafios que supõe a existência humana, de serem o “todo”. A verbalização abaixo denota essas características:

*Tô trabalhando muito o meu desenvolvimento pessoal com uma coach motivacional. (...) Foi um resultado muito rápido, assim, sabe. Ela meio que pegou minha vida, ela organizou em poucas semanas e ela consegue me passar as coisas. É uma pessoa que fica no meu pé, digamos assim. E tem sido muito bom pra mim. É basicamente uma pessoa que eu tenho pra poder me guiar na rotina (E2).*

É possível observar no recorte acima que, para esse entrevistado, o *coach* foi o responsável pela organização de sua vida, como se, sem essa ajuda, ele não fosse conseguir seguir. Nesse sentido, o trabalho da *coach* motivacional foi, em suma, pegar uma vida que é incerta, sem estabilidade, sem uma linearidade, ou seja, uma vida de um sujeito que, constitutivamente, é dividido, e trabalhar para resolver os seus problemas. Então, devolver uma vida mastigada e guiada por alguém que, sendo pago, faz esse trabalho para o cliente e possibilita que ele seja “guiado”, como se precisasse de um apêndice, uma muleta, para que uma vida “nos trilhos” seja possível. É possível ressaltar que esse entrevistado é o único que

menciona os serviços de *coaching*, que possuem grande amplitude no cenário atual e que também são alvos de polêmicas e debates na área da saúde.

No entanto, apesar de essa ter sido a única menção sobre o tema, ela parece ser uma das facetas da medicalização da vida, já que cada entrevistado demonstra uma forma de como sua vida encontra-se medicalizada, nem sempre por intervenção medicamentosa. Na maioria dos relatos, o posicionamento do sujeito frente às demandas de um modelo médico parece ser de passividade, estando em lugar de objeto frente a esse modelo, podendo ser usado por ele, que possui a verdade, como afirmam Ramos e Nicolau (2013) sobre a ética da saúde que tende a ser uma ética do cuidado, em que o usuário do serviço fica em lugar de depositário do saber, já instituído pela universalidade científica.

Essa ciência verdadeira e soberana sobre tudo e todos atinge, sobretudo, os profissionais de saúde, porque estes, a partir do modelo hegemônico do capitalismo e do neoliberalismo atual, começam a se vincular com propostas de empreendedorismo e de elevação de QI (quociente de inteligência), como as técnicas de *coaching*, para lidar e “ajudar” um sujeito em sofrimento. Por conseguinte, a ajuda extrapola os níveis emocionais do sujeito e intervém sobre os altos níveis produtivos que este pode atingir com mais eficácia no seu trabalho (Damasceno, 2011).

Nessa relação, é o profissional externo ao sujeito o responsável pelo conserto do que não vai bem e ele possui a verdade em excesso, na medida em que, ao sujeito, ela é deficitária. Essa verdade, por conseguinte, deve ser transmitida ao sujeito. São níveis quantitativos que parecem estar em alta ou em baixa no funcionamento de um indivíduo e que, portanto, são analisados e atacados por um olhar sistemático e matemático sobre o humano. De acordo com Caleri e Neves (2014), são sujeitos inseridos em aparelhos de normalização. Cruz (2010, p. 75) nomeia essa relação enquanto uma “destituição selvagem do sujeito”, ao passo que não há a sua inclusão. Isso também pode ser verificado abaixo:

*Porque eu acho que um dos meus maiores problemas que eu tenho, eu acho, é que eu sou muito exigente comigo mesmo. Tem que ser (...) se eu for fazer uma coisa, tem que sair perfeita, tem que tá dentro do meu cronograma. E se acabar saindo disso, acabo me estressando muito (E7).*

Há aí uma sobreposição de um cronograma sobre o sujeito. É o cronograma quem rege a vida e ele funciona como organizador subjetivo. Entretanto, parece que não é o sujeito que faz uso de uma ferramenta para auxiliá-lo em seu cotidiano, mas a coloca enquanto função dominadora de sua vida. Se algo se esvai disso, é considerado uma anormalidade.

Entretanto, na contramão desse modo de operar, o sujeito da psicanálise é justamente isso que falha, que foge ao cronograma. A psicanálise aponta para a permanência de algo que não vai bem para que o sujeito continue sendo sujeito e é onde escapa ao cronograma que o sujeito do inconsciente se mostra. Como afirma Fink (1998, p. 172): “A psicanálise, ao contrário, dá precedência àquilo que coloca em questão a natureza autoconfirmadora de seus próprios axiomas: o real, o impossível, aquilo que não funciona. Essa é a Verdade pela qual a psicanálise se responsabiliza”. Assim, afora essa verdade de caráter psicanalítico sobre o humano, a verdade do discurso médico e científico é que o sujeito é uma ordem e, quando desordenado, é anormal, axioma que está na via oposta do questionamento sobre o sujeito que a psicanálise facilita.

Nessa vertente de ordenação, os entrevistados também relatam sobre uma comparação externa com outras pessoas, o que denota que estas são sempre melhores, mostrando a necessidade de apelo e corrida desenfreada por tornarem-se iguais a essas pessoas. Expõem um parâmetro essencial de completude, de onde se diferenciam, mas que almejam ser. Isso mostra também o quanto a competitividade capitalista adentrou sobre os processos subjetivos e de constituição de um sujeito e, então, um parâmetro de completude que parece inalcançável, um objeto de desejo, fica distante do sujeito, que o almeja a qualquer custo, a qualquer trabalho, a qualquer insatisfação individual.

O mundo envolto pelo capitalismo, dessa forma, instiga as pessoas a consumirem mais e mais rápido, como uma forma de suposta garantia de preenchimento do vazio estrutural destas, de forma à tentativa de atingir o inatingível. Há, portanto, um modelo de perfeição a ser buscado, mas os sujeitos só conseguem rodeá-lo, sem acessá-lo, de fato. Entretanto, ele se torna idealizado e almejado por esses sujeitos, que conseguem só facetas deste e, por esse motivo, acabam se frustrando. Isso é exemplificado nas falas, onde os entrevistados mostram um padrão de beleza, de perfeição, de onde não se encaixam:

*A pressão de você: “ai, tem que fazer pesquisa, ai, tem que fazer estágio, ai, isso, senão você não cola grau (...) Se você não fizer isso, você não tem Lattes. Se você não entrar num grupo de pesquisa, você não consegue entrar no Mestrado”. É muito (...) você se vê num mundo que você tava encantado, que você não conhecia e você percebe: “Meu Deus, eu tenho que ser um Einstein pra conseguir ter sucesso” (E10).*

*E a gente cresce na nossa sociedade que fala que a gente tem que ser magra, ser bonita e tudo mais, e eu fui magra a vida inteira. E eu sempre tive problema de autoestima, e aí de repente eu me vi totalmente fora dos padrões que as pessoas impõem pra gente e me sentindo mais feia do que eu já me sentia. Então foi bem difícil mesmo essa adaptação(...) É ruim? É ruim. Eu queria, né, ter nascido uma Barbie, mas não foi o caso. E tá tudo bem também. (...) Perfeitinha, né, rica ((risos)). (E6).*

Dessa forma, ou existe a posse de tudo, de toda a beleza possível e correta socialmente (Barbie), ou se tem todo o conhecimento sobre algo, enquanto possuidor de uma genialidade (Einstein), ou não é possível ser nada além ou aquém disso. Há, assim, a necessidade de obter uma concepção fechada sobre as características de um sujeito, em que algo possa abarcar e ser tudo. Caso contrário, o sujeito é nada, caracterizável qualitativamente enquanto ruim. Já no referencial psicanalítico, Lacan (1962/2003b, p. 214) aponta que o sujeito “é justamente o signo de nada”.

Destarte isso, é essa característica que dá a ele o estatuto de sujeito, já que é no esvaziamento de ser que o sujeito se faz. Portanto, diante de um sujeito que é nada, a esperança idealizada da sociedade contemporânea é de que haja um sujeito que seja tudo,

completo, portador de uma verdade toda, com representantes fálicos que lhes dão essa ilusão de fechamento e completude, proporcionados por uma lógica toda objetivada.

O sujeito do inconsciente se trata do avesso disso. É na lógica não toda que ele se faz, é pelo avesso que ele sabe sobre si. Segundo Lacan: “Eu digo sempre - a verdade: não toda, porque dizê-la toda não se consegue. Dizê-la toda é impossível, materialmente: faltam palavras” (Lacan, 1974/1993, p. 11). Nesse sentido, o ser falante se usa das palavras para se colocar no mundo e isso o retira do predomínio e do alcance de uma verdade toda sobre os objetos externos a ele e sobre ele mesmo: “(...) nenhuma linguagem pode dizer o verdadeiro sobre o verdadeiro, uma vez que a verdade se funda pelo fato de que fala, e não dispõe de outro meio para fazê-lo” (Lacan, 1966/1998b, p. 882). Assim, ser de palavra equivale a ser falho, ser manco, constituição essa que os entrevistados parecem recusar:

*Em você se manter fixo a uma certa maneira de agir pra evitar que erros aconteçam, por exemplo. Pra evitar o erro. Então eu mantinha esse padrão pra evitar o erro e amenizar o mínimo... Eu acho que me incomoda justamente essa questão de mostrar talvez uma incompletude, sabe, que existe algo ali que eu não consigo controlar. Que esteja para além do meu controle sobre (E9).*

Percebe-se que há uma recusa do erro e, assim, pode-se supor que há uma recusa de ser sujeito, ou a idealização por ser um sujeito puro, promovido pela ciência, como Lacan (1967/2010) propõe. Vangloria-se, portanto, esse formato puro e simples sobre o sujeito, como o cogito cartesiano “penso, logo existo”, a partir de onde um sujeito puro é criado, o qual não possui outro lugar senão como sujeito ao conhecimento científico.

O sujeito puro, dessa forma, é produzido pelo saber científico e, como indica Lacan (1967/2010), a ciência o isola, tirando-lhe suas variáveis que possam influenciar seu agir, que possam desfocá-lo do seu objetivo principal: produzir conhecimento. O que permanece, portanto, é um sujeito puro, livre de impurezas, de partículas que possam dar-lhe a possibilidade de errar. Cria-se, então, um sujeito controlado, imerso em um ambiente artificial, que neutraliza suas diferenças e (partícula)ridades, um sujeito que possui a verdade.

Foucault (1980/2015) cita Sournia (1962) ao dizer que a observação objetiva e completa sobre um sujeito funciona como um dossiê em que, nele, há um aglomerado de todas as informações possíveis sobre o indivíduo e, portanto, a ciência o observa da mesma forma que observa os astros e as experiências laboratoriais, a fim de propor um tratamento adaptado perfeitamente à doença e ao doente.

Isso está no trajeto contrário ao que a psicanálise pretende com a descoberta e elaboração do sujeito do inconsciente. Segundo Fink (1998, p. 162): “uma vez que o agente no discurso da universidade é o sujeito sapiente, o sujeito desconhecido ou sujeito do inconsciente é produzido, mas ao mesmo tempo excluído”. Com isso, o sujeito do inconsciente está lá, mas, à medida que é universalizado e torna-se produto da ciência, é rejeitado. Portanto, esse sujeito fruto da ciência necessita controlar tudo ao seu redor para que nada saia do planejado, focando sempre em uma perfeição (im)possível:

*Eu converso com os amigos numa boa sobre isso ((o fato de não suportar erros)) e um deles falou uma coisa muito interessante uma vez, ele falou assim: “R., você, é como se você pegasse uns dados, jogasse e achasse que todos iam dar 1”. Sabe, que você tem certeza de uma probabilidade muito pequena. Eu achei isso muito interessante, sabe, me afetou de um jeito (...) especial, esse apontamento que ele fez... E é como se eu achasse que a possibilidade vai superar a certeza de alguma forma, desse jeito...(E9)*

Esse recorte da fala de um entrevistado aponta que suas ações são como jogar um dado. Entretanto, trata de um dado constante: todos os seus lados têm a mesma valoração, ou seja, não importa qual face acertar, mas todas devem dar a mesma resposta. Essa condição anula um sujeito, já que do que ele é feito é justamente disso: das inúmeras possibilidades de acertar ou errar. Essa metáfora sobre o dado dar sempre um coincide com o que Lacan (1971-1972/2003) formula sobre a necessidade da ciência de fazer do sujeito, Um, enquanto uma constância única, em que esse Um possa designá-lo por inteiro.

De acordo com o autor, essa tentativa da ciência chega a ser cômica porque promover uma constância única é o esforço de tirar o sujeito do seu caráter de divisão e, com isso, fazer

um sujeito petrificado. Como produz Fink (1998, p. 171): “(...) a ciência “sutura” o sujeito, isto é, despreza o sujeito, excluindo-o de seu campo”. Em contrapartida, a psicanálise pode produzir, no sujeito, *um* lugar possível, *um* lugar-outro, *um* posicionamento, como Ramos e Nicolau (2013) brincam com a palavra *um* para indicar os possíveis lugares que o sujeito pode ocupar. Portanto, possibilitar, no sujeito do inconsciente, um lugar possível, um desejo possível, uma indeterminação possível e uma questão possível são alternativas psicanalíticas. Isso mantém a divisão do sujeito e constrói outros “uns” a partir de um sujeito nada unificado.

Por fim, a categoria formada se aprofunda em falas dos entrevistados que possuem complexidade notável nessa necessidade de ser inteiro, completo e enrijecido. Isso parece ser uma necessidade para os sujeitos, ao mesmo tempo em que ela é inalcançável. Como se pode viver com algo que é necessário, mas não está presente? Há então um contraste entre a ideia formulada do que é preciso ser e a realidade, que se difere muito daquela. Esse parece ser um dos gatilhos que se associa ao sofrimento psíquico desses estudantes.

Nas falas desses sujeitos pode-se perceber que suas vidas parecem ter sido carregadas de déficits, de inutilidades, de modos de viver não satisfeitos e, portanto, modos de vida que poderiam ser “descartados no lixo”. Entretanto, o que serve para o lixo, serve para a psicanálise, é motor desta. É sobre a origem desses modos de vida que, se pudessem, os entrevistados descartariam, que a categoria seguinte irá tratar, ou seja, das histórias de vida que constituíram esses entrevistados.

### 5.2.2 Categoria 2 – História de Vida, Relacionamentos e Posicionamentos das Escolhas

*Há histórias tão verdadeiras que às vezes parece que são inventadas.  
Manoel de Barros*

Está disposto aqui um recorte da trajetória histórica que os entrevistados relataram, envolta por conflitos, dificuldades e embaraços, além de impasses em relação à possibilidade de se fazer escolhas. Alguns apresentam transtornos psicológicos e psiquiátricos identificados já na infância e adolescência, ou seja, mostram sinais prévios do adoecimento psíquico.

Isso denota, então, que a universidade parece não ser o agente provocador do adoecimento, mas um agravador da condição psíquica desses sujeitos. Talvez porque o contexto em que estão inseridos muda e é preciso, portanto, “aprender a ser gente grande”: lidar com o limite, com a tolerância e com a frustração, não ter mais seus males resolvidos por outrem, ter que resolver assuntos práticos do dia a dia. Ou seja, a universidade mostra pra esses sujeitos, a duras penas, recortes de como viver.

Outros entrevistados relatam uma mudança da perspectiva escolar para a perspectiva universitária, comparando ambas, relatando uma piora ao ponto em que sua evolução acadêmica se constitui. Além de dificuldades práticas e educativas, já expostas na infância e adolescência, os entrevistados manifestam também problemas nos modos de agir frente ao contexto educacional em que estavam inseridos, revelando algumas causas de sofrimento psíquico vivenciadas em suas trajetórias de vida:

*Após ter entrado na escola pública, passei a sofrer casos de bullying muito sérios. Acho que isso às vezes acabou até acarretando na escolha do curso que eu resolvi fazer. Isso continuou, até o final do colégio, até o terceiro ano. Nunca chegou ao patamar de agressão física. Agressões verbais, frequentemente (E3).*

*O álcool vem de muito antes da pós, desde o final da minha adolescência, quando eu bebia, eu sempre fiquei muito louco, eu sempre nunca consegui me controlar (E4).*

*Então eu acho que isso é também pela aquela coisa que a gente falou antes, né, de qual que é a diferença do universo acadêmico do universo lá do Ensino Básico, né. É, não muda muita coisa, né. Então você vê que existem sim privilégios e alguns alunos são mais bem vistos do que outros, que os que têm um pouco mais de limitação, um pouco mais de dificuldade, são deixados de lado, que nem lá atrás, né. Num (...) não muda muita coisa (E5).*

*Eu tenho diagnóstico de depressão desde os 15 anos, né, mas já desde antes eu sofro com sintomas que se encaixariam no diagnóstico. Aos 14, 15 anos eu comecei um histórico de automutilação, né, vários cortes no braço, no corpo, de modo geral, e*

*tinha muita dificuldade de ir pro colégio, então isso também continuou durante a faculdade, né (E6).*

Tais relatos denotam que existem causas subjetivas, que estão na linguagem e no laço com o outro para o sofrimento psíquico desses entrevistados. Isso já é identificado na obra de Freud (1930/2011), a qual relata que o motivo de sofrermos está na civilização: além do próprio corpo, está no mundo externo e nas relações com os outros seres humanos. São nessas relações que estão as causas do sofrer e, de acordo com Fink (1998), essa é a verdade para a psicanálise: um sujeito que é resultado de suas causas.

Essa é a diferença principal entre o tratamento proposto pela medicina e o tratamento proposto pela psicanálise. Para a psicanálise, a doença, como a própria palavra *pathos*, oriunda do grego, designa, está relacionada a um sofrimento, a uma paixão, a um afeto. Portanto, são desses sofrimentos que se origina uma patologia, uma doença. O tratamento psicanalítico se estabelece na investigação desses afetos, diferente do tratamento pela medicina, que se dá na doença intrínseca, em como ela se apresenta.

Nessa investigação, quando essas histórias são faladas e ouvidas, há a possibilidade de uma elaboração simbólica e subjetiva sobre o que o sujeito é e o que está fazendo no mundo. Assim, em psicanálise, pretende-se abrir o discurso, para que dele emergam aspectos narrativos sobre aquele sujeito que possam responder, de algum modo, sobre o porquê deste atuar de determinada maneira. Nas entrevistas, como visto, os sujeitos apresentam pedaços de falas pelos quais podem ser identificadas algumas causas de seus sofrimentos, dispostas ao longo de suas histórias. No entanto, pelas entrevistas, não é possível o acesso ao saber do sujeito, diferente de uma verdade. Esse saber só é construído em análise, embora, na realidade contemporânea, o sujeito parece não se propor à produção de um saber, mas almeja a produção de uma verdade última, como relatado a seguir:

*Sempre muito estudioso, estudando muito, um dos primeiros da turma, assim, mas à custa de muito esforço. À custa de muito tempo tipo, sem dormir. Eu lembro que, quando eu tava na primeira ou na segunda série, a gente tinha umas reescritas. Então*

*a professora dava um textinho bem curtinho pra gente levar pra casa e a gente tinha que ler e no dia seguinte, recontar aquela história com as nossas palavras, do nosso jeito, pra professora ver se a gente leu e tudo mais. E eu lembro que eu ficava com aquele papel na mão chorando, tentando decorar até onde tava as vírgulas. Então tentando assim, não contar depois com as minhas palavras, mas colocar exatamente do jeito que tava. E ali eu ficava. Enquanto eu não conseguia reproduzir exatamente do jeito que tava, eu não parava (E9).*

Desse modo, é possível inferir que, para esse entrevistado, contar a história com as próprias palavras parece ter sido impossível. Essa dificuldade pode ser semelhante à dificuldade em produzir um saber sobre si. Parece ser preciso reproduzir, com todos os pontos e vírgulas, o que foi lido. Há, nesse exemplo, uma cópia extrema de algo, pois, com isso, a capacidade de errar é menos provável. Almeja-se, portanto, chegar mais próximo da verdade, que é externa ao sujeito e, copiando-a, parece haver uma necessidade de introjeção desta que já é fornecida por alguém. Porém, falta aí uma produção simbólica do sujeito para encontrar a sua própria verdade.

Lacan (1969-1970/1992) trata a verdade enquanto um semidizer, porque é inseparável dos efeitos de linguagem. Isso significa que ela não é toda, não é completa e não é passível de reprodução absoluta porque somos sujeitos falantes e atravessados pela linguagem. É preciso, portanto, uma enunciação, uma produção inconsciente de saber, para que a verdade do sujeito venha à tona, o que equivale a dizer que não é possível retirar da linguagem um sentido absoluto, mesmo diante de uma cópia ou de uma reprodução.

Adquirir um sentido absoluto a partir da linguagem pode ser transferir o domínio da verdade para uma patologização e um diagnóstico posto, a fim de agir de acordo com esse quadrado fechado e, conseqüentemente, produzir um sujeito mudo (Maesso, 2014; Baltazar, 2005; Smith, 2014), que carrega um diagnóstico e age de acordo com ele, como exposto a seguir:

*Lá pelos 12, 13 anos, ele me diagnosticou com TOC, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, e isso era uma coisa que eu carrego desde então. Sabe, parece que às vezes eu cumpro essa função, eu ajo de acordo com esse diagnóstico (...) mas isso me diz de um diagnóstico que me ronda, sabe (...). E desde pequenininho, medicamento.*

*Sertralina, eu nem sabia engolir comprimido, meu pai amassava o comprimido e diluía numa xicrinha com água e eu tomava (E9).*

Essa fala pode ser uma representação de uma sedação ao nível subjetivo. A entrada da medicação, para esse sujeito, se deu desde a sua infância, e as consequências subjetivas dessa intervenção já surgiram desde esse momento. Lacan (1964-1965/2006, p. 142) produz sobre o banho de linguagem, “banho do Outro”, que o Outro incide sobre um sujeito em constituição e o mergulha de significantes. Aqui, junto desse banho do Outro, houve um banho de remédio, amassado e diluído junto aos demais significantes, o que também fez com que o entrevistado agisse na sua vida de acordo com esse diagnóstico.

Além disso, agir de acordo com um diagnóstico que o ronda é impossibilitar um sujeito de produzir o seu próprio saber: é petrificar um significante, que não desliza sobre a cadeia, mas paralisa o sujeito em um significante com o qual se identifica, ou seja, seu diagnóstico. Como transmitem Oliveira e Neves (2012), esse é o exemplo do tratamento de um corpo e não do tratamento de um sujeito. O sujeito, nessa situação, fica escravo de um tratamento para o corpo, para as suas substâncias hormonais, e engole comprimido à custa de um diagnóstico que o ronda, como um fantasma, no sentido intrínseco da palavra.

Sobre um fantasma que ronda o sujeito, ainda nesta categoria, é possível identificar os posicionamentos dos entrevistados frente aos seus pais e à história de sua família, estando, muitas vezes, em um movimento de repetição desta. Aqui é apresentado o histórico de desacertos familiares e parentais, abrangendo a relação que os entrevistados estabelecem entre seus sofrimentos e transtornos com os de seus pais e outros familiares:

*Não sei, eu tenho histórico de alcoólatra na família, mas eu não cresci com eles, então sei lá, eu não sei se isso tem um fator genético, mas meu vô era, meu tio foi e (...) sei lá, mas eu tenho consciência que isso tá errado, já, sei lá, isso me deixa um pouco feliz, do que eu achar que isso ainda tá certo. Só que eu não consigo sair desse ciclo, assim (E4).*

*O meu pai, eu e ele nunca teve muito contato. Talvez pelos fatos de eu ter crescido vendo as coisas que ele fazia, ele foi meio ausente, devido à vida que ele tinha, ele traía a minha mãe, é (...) daí não tinha (...) conseguia ter afinidade com ele por causa*

*das coisas que eu via acontecendo. Eu já vi brigas da minha mãe, entrava no meio, dele batendo nela, é (...) brigas, daí saía, aí, isso eu não conseguia ficar bem. E o meu vô, ele já me ameaçava de me bater sem eu ter feito nada, eu já vi ele quase matando a minha vó na minha frente, então acho que, certo modo, não sei, talvez subconscientemente, eu não queria ficar naquele ambiente, uma criança de 14/15 anos sair de casa meio que por conta própria, sabe. E eu acabei indo ((morar com a avó)) (E7).*

Logo, observa-se uma semelhança nas falas dos entrevistados 4 e 7 em relação às influências familiares em suas vidas. Esses sujeitos parecem querer fugir daquilo que os trazem sofrimento e que os convocam, mostrando-se “incapazes de acolher impulsos desprazerosos”, como produz Freud (1930/2011, p. 22). Nesse âmbito, o medicamento enquanto uma substância de “afasta-tristeza”, como também relata Freud (1930/2011, p. 22), estaria com uma função análoga à atitude dos entrevistados, já que eles parecem revelar uma tentativa de saírem de suas condições de sujeitos, ficando só um corpo sedado ali, para que não haja dor, quando a fuga física não é possível.

Nessa condição subjetiva, volta-se à dimensão de causa: alguns entrevistados exprimem uma similaridade ao trajeto dos familiares, além de relatarem que sua doença psíquica tem causa genética:

*E, depois eu fui procurar ler, porque eu gosto bastante também da área de Psicologia e pelo menos, nas minhas leituras, a ansiedade é uma coisa herdada, né. Então eu herdei da minha mãe. A gente (...) é uma coisa genética, então eu tenho e ela falou que é desde sempre (E10).*

É possível supor que houve uma pergunta da entrevistada para o que lhe causava, no caso: “por que sou ansiosa?” e a resposta encontrada parece estar no campo do conhecimento, fazendo com que isso bastasse para ela, como se não tivesse mais que se questionar, argumentar consigo mesma e encontrar respostas possíveis para a forma como se comporta. Caponi (2007) aponta para o determinismo biológico de condutas consideradas indesejáveis e denuncia a supervalorização dessa área no século XXI, principalmente, mas já iniciada no século XX. Nesse sentido, um sujeito complexo, com a multicausalidade possível de seu sofrimento fica reduzido a uma resposta hereditária, como se carregasse uma herança doente.

Exclui-se, então, o sentido excedente à significação, como aponta Soler (2005), a enunciação, o saber construído pelo sujeito e é como se o significante fálico “ansiedade herdada geneticamente” fosse capaz de ordenar *todo* o campo de sofrimento desse sujeito. De acordo com Bonfim (2014), esse é um campo que se refere ao sexual e, portanto, não é possível abarcá-lo como um todo, já que o sujeito está na lógica do não todo e algo sempre irá lhe faltar. Cabas e Da Costa Neto (2018) apontam que o saber referencial, produzido pelo discurso universitário, mascara e oculta o saber textual, produzido pelo sujeito do inconsciente. Na verbalização da entrevistada, o saber referencial, advindo da área do conhecimento e da supervalorização da verdade mascarou um saber textual, que poderia ser produzido por essa que engole a representação sobre a sua patologia da ciência junto com seus medicamentos.

O remédio viria, então, a fim de amenizar um sofrimento psíquico, mas que, a fundo, só deixa a história do sujeito mais inacessível e derradeira, possibilitando um acúmulo de sofrimento ali que é solto, sem representação simbólica. Falar de um lugar constituído a partir de sua história parece dificultoso, portanto. Isso demonstra o quanto um sujeito inserido no discurso universitário pode ser sedado subjetivamente e assim, como tratado na categoria a seguir, sua vida fica mais branda, completa de amenidades, que são temas agradáveis e leves, havendo uma diminuição ilusória da complexidade do viver.

### 5.2.3 Categoria 3 - Tomar Remédio para Conseguir Cuidar da Vida: “Ele Deixa as Coisas Mais Amenas”

*A inércia é meu ato principal.  
Manoel de Barros*

Esta categoria evidencia a característica de facilidade que os remédios parecem realizar na vida dos entrevistados. Aparecem circunstâncias acadêmicas, práticas e psíquicas que foram melhoradas por meio da intervenção medicamentosa. Ainda assim, aparecem dificuldades de socialização que, de acordo com os entrevistados, foram sanadas por meio da entrada do uso dessas substâncias químicas. Os entrevistados, portanto, dizem conseguir cuidar melhor de suas vidas, em sentidos variados, a partir do fato de começarem a ingerir medicamentos psicotrópicos, como identificado nas falas seguintes:

*É pra minha depressão, eu não sei te falar qual que é o efeito farmacológico dele ((risos)), mas a diferença que eu vi foi uma calma maior, diminuiu bastante minhas crises, diminuiu bastante minha ansiedade. Mesmo medos tipo, meu medo de agulha, diminuiu bastante. Ele deixa as coisas mais (...) amenas ((risos)) (...) Eu acho que a minha vida é mais fácil com esse medicamento (...) Assim, eu vivi antes dele, sem precisar e posso viver sem ele também, mas eu acho que seria bem maais (...) bem mais complicado. Eu lembro que eu tinha crises muito mais frequentes, tinha uma ansiedade muito mais forte de coisas tontas e (...) eu tô feliz com o remédio ((risos)) (E1).*

*Eu me sinto bem. Agora eu tô bem melhor do que eu tava antes. Bem melhor. Essa tristeza melhorou bastante, esse negócio de eu me sentir mal, o que também melhorou. De ir pra faculdade e sair, melhorou. Basicamente assim, tudo deu uma melhorada (E8).*

Os entrevistados, ao relatarem que se sentem melhores agora, que tudo melhorou e que a vida como um todo está mais fácil, denotam que, a partir da entrada de um elemento químico no corpo, a vida em sua amplitude torna-se mais amena. É possível pensar, então, que o corpo possui a autonomia sobre o sujeito, já que, se ele foi consertado, a complexidade da vida humana se rearranja por osmose. Lemos (2003) aponta para a vivência de um corpo-matéria enquanto entidade autônoma. É um corpo, assim, que é autônomo, ou seja, age por si só e a sua subjetividade fica em segundo lugar, estando esta dependente de como o corpo biológico se organiza fisiologicamente.

O olhar da psicanálise, em contrapartida, é para a autonomia do campo da linguagem e não apenas do corpo. Como Souza (2003) produz, o efeito autônomo da linguagem e as

relações estáveis na estrutura desta fazem com que seja possível a inscrição de algo sobre o sujeito, que gere efeitos sobre ele.

Por meio do olhar sobre a fisiologia do corpo e não para suas estruturas linguageiras, alguns entrevistados relatam que o “remédio pra cabeça” é como qualquer outro, mostrando um aspecto de biologização e neurologização do psíquico, do ser humano. Isso aponta para uma relação de equiparação que os entrevistados estabelecem entre os psicotrópicos que fazem uso e outras classes de remédios, identificando que medicações psiquiátricas também são para curar uma doença, como medicamentos destinados a outras doenças do corpo:

*O intuito é que, se for uma questão hormonal, que seja sanado aí esse defeito, digamos assim. Que surta o efeito deu (...) ser uma pessoa entre aspas normal, né (...) É que ser uma pessoa normal, chorar quando todo mundo chora, rir quando todo mundo ri ((risos)) (...) Diz o médico que, provavelmente, seria uma questão hormonal que teria que ser repostada, uma questão às vezes de sinapses aí que precisariam ser religadas. Que o medicamento auxiliaria isso. Me ajudaria nessa conexão e etc. Como meu conhecimento de medicina é muito pequeno ((risos)), tem que acreditar nele, né. Diz ele que isso auxiliaria (E3).*

*Se eu não faço o meu tratamento corretamente, eu tenho a noção de que o meu cérebro, ele não funciona 100 por cento, da forma que deveria (...) Nossa, né, que bosta, tipo (...) já nasci quebrada, tem que tomar remédio pra funcionar. Mas hoje eu num tenho mais essa relação, hoje é tipo: “ah beleza, tem gente que tem que usar óculos, tem gente que precisa usar medicamento pro cérebro funcionar melhor, eu tenho que usar os dois, então tudo bem” ((risos)) (...) Ah, eu acho que assim, tudo bem, não tenho alguns receptores do meu cérebro que não fazem a função direito, beleza, tudo bem (...) Então eu falo: “ai, é chato, é caro ter que tomar esse medicamento todo dia? É, mas eu prefiro isso a passar por tudo que eu passei. De me sentir um lixo, de me sentir a pior pessoa do mundo, de me sentir um peso, de que as pessoas, elas só tão me tolerando, né, ninguém gosta de mim, assim”, são sentimentos, assim, muito ruins de ter. Então a minha relação com o medicamento hoje, embora eu seja: “ai, é chato ter que tomar todo dia, não pode esquecer, é caro”. Mas é melhor do que a intensidade dos sentimentos negativos que eu tinha antes (E6).*

*Eu comecei o tratamento e entrei com o remédio. E desde aí eu conseguia desenvolver meu TCC, fazer trabalho, voltei a fazer amizade, então a ansiedade também anda bem melhor (...) a vida se tornou um pouco mais fácil, ter conseguido chegar a esses remédios (E10).*

Nesse sentido, os sujeitos parecem repetir a fala dos médicos e psiquiatras ao relacionarem seus sofrimentos às falhas de hormônios ou condições sinápticas. Demonstram, com isso, uma neutralização daquilo que sentem, ao colocarem o sintoma psíquico equiparado

a qualquer outro problema físico. Lindenmeyer (2012) analisa criticamente a visão de disfuncionamento de um órgão biológico para a concretização direta de uma doença. De acordo com essa perspectiva, uma doença é formulada e estabelecida pela falta de receptores no cérebro, por um defeito hormonal ou por sinapses religadas.

Em outro âmbito, também é possível perceber o lugar que esse remédio engendra na vida do sujeito. Para a entrevistada 6, é melhor tomar o remédio do que ter sentimentos intensos e negativos sobre si. No lugar de aspectos simbólicos de um sujeito, que se referem a uma narrativa construída sobre si, o remédio se ocupa dessa posição e parece abafar toda a intensidade de ser um humano. Lazzarini e Viana (2006) incidem sobre a tese freudiana de que conteúdos reprimidos de um sujeito têm traços do sexual. Portanto, tais sentimentos intensos e negativos podem explicar um sujeito sexuado, que é difícil de ser vivido e elaborado. Torna-se mais fácil sedá-lo:

*Antes eu me preocupava muito, eu sempre me preocupei muito com o que as pessoas iam pensar de mim. Hoje eu já liguei o foda-se. Acho que isso também é parte do remédio. Não me incomoda. (...) Eu recomendo pra todas as amigas que estão mal, falo: “não, vai no psicólogo, vai no psiquiatra, fala com ele, vê se você não pode tomar algum remédio, nem que for um natural, alguma coisa assim. Porque é bom, te relaxa, você se sente bem. É gostoso se sentir bem” (E9).*

*Mais pra controlar os sintomas físicos mesmo, sabe, essa questão da agitação, a parte dos pensamentos, porque quando eu uso ((o medicamento)), fica um silêncio na mente, sabe e quando eu não uso, tá (...) fica tudo muito movimentado, eu pensando em coisas aleatórias, aí eu acabo não conseguindo focar, sabe (E2).*

*Eu acho que assim, o remédio tem me ajudado bastante mesmo, acho que bem mais que a terapia, sabe. Não sei se é porque eu (...) sei lá, às vezes falta eu acreditar um pouco também no meu tratamento sabe, porque às vezes parece que eu tô fazendo terapia, mas parece que não vai dar nada e tal. E o remédio tem me ajudado bem mais que a terapia. Eu acredito (...) posso tá errada, né, mas a impressão que eu tenho é essa. Ajudou a lidar com essa tristeza, com esses pensamentos errados assim, digamos. De achar: “ai, porque o problema tá na faculdade, não consigo sair”, essas coisas. Me cobrar muito (E8).*

Tais frases são impactantes: “Não me incomoda” e “Fica um silêncio na mente”.

Incomodar e movimentar são características essenciais de um sujeito pulsional. Ele é movimentado pela pulsão. Freud (1915/1996) coloca a pulsão enquanto uma exigência que

promove a ligação entre mente e corpo. Portanto, se é uma exigência, irá sempre incomodar. Além disso, Lacan (1964/2008) estabelece que a pulsão é uma força constante. Nesse sentido, de acordo com Freud e Lacan, a pulsão pode ser considerada como uma exigência constante. É ela a responsável pelo movimento do sujeito e, se ela está camuflada quimicamente, a movimentação fica amena.

O que parece incomodar é o fato de sermos sujeitos pulsionais e, nesse sentido, fazer psicoterapia ou análise não é a opção de tratamento mais indolor, porque toca, de alguma forma, esse sujeito movimentado pela pulsão. Palma e Gasparelo (2016) entendem que o dispositivo analítico opera na presentificação da condição subjetiva, por isso não é livre de dor. Segundo as autoras, o tratamento psiquiátrico pode ser indolor porque silencia o sujeito. Para Maesso (2004), com um saber teórico e científico sobreposto ao sujeito, não há implicação deste em seu tratamento, não há a abertura para incluir um sujeito que produz sentidos para si e para seus sintomas.

Logo, parece que o modelo psiquiátrico promove um embaçamento entre emergência orgânica e urgência subjetiva, e uma incomodação que está a nível psíquico é encarada como um desajuste orgânico (Calazans & Bastos, 2008). Nesse sentido, há uma pressa para a cura, até porque um desajuste biológico é mais rápido de ser curado do que um sofrimento psíquico e, assim, os tempos necessários para as elaborações e as compreensões simbólicas são suprimidos e levados diretamente ao momento de concluir, sem antes ter sido elaborado. Há, então, a partir do que Lacan (1945/1998) promove, uma compreensão de que, com a psiquiatrização do sujeito, apenas restam o instante de olhar e momento de concluir, estando o tempo de compreender excluído do processo de tratamento (Lacan, 1945/1998). Isso é identificado na maioria das entrevistas que, em geral, demonstram falas truncadas, com bastantes pausas, silenciamentos, confusões e repetições no meio delas, o que também

denuncia a dificuldade de os entrevistados estarem elaborando e falando sobre algo que os convoca.

Além disso, esses sujeitos parecem não conseguir acessar seus afetos, estando parados apenas nas suas representações, inflando o campo das representações e deixando escasso o campo dos afetos, havendo um desligamento entre afeto e representação, como Freud (1895/1995) elabora, e como as falas a seguir exemplificam sobre corpos e sujeitos desafetados:

*Realmente, eu vejo uma certa melhora, mas, como eu disse, tem a outra parte da apatia que, honestamente, parece que piorou um pouco com o medicamento, em vez de auxiliar, assim. Agora parece que eu não sinto nem tristeza ((risos)). Então eu fico realmente apático, é bem estranho (...) Nesse período, eu já me sentia um pouco vazio, assim e um pouco (...) um pouco apático. Quando eu sentia alguma coisa, era tristeza (E3).*

*A fibromialgia, por mais que seja algo muito difícil, que doa bastante, é algo que eu acabo aprendendo a lidar com a dor, né. Mas, o cansaço, não. Então meu maior problema é esse. Hoje eu vejo que, acho que até com o uso do medicamento, já tinha isso, mas com o uso do medicamento, potencializou a ansiedade. Eu me sinto muito mais ansiosa do que antes (E5).*

Ser mais apático ou mais ansioso parece ser uma resposta desse remédio que é ingerido com a função de retirar o sujeito do campo do humano. A apatia se relaciona ao que Aguiar (2014) analisa da perspectiva médica, em que saúde é o silêncio dos órgãos. Aqui, saúde não é apenas o silêncio dos órgãos, mas o silêncio de um sujeito, já que este se torna apenas um aglomerado de órgãos em funcionamento. Além disso, Ignácio e Nardi (2007) caracterizam a medicalização enquanto a produtora de silenciamentos, mutismos, que conforma discursos. Ela pode produzir, portanto, discursos mudos, que favorecem uma anestesia social, de corpos, angústias e dores silenciados. São discursos mudos destinados a olhares médicos cegos e ouvidos surdos, direcionamentos que se encaixam corretamente.

Isso faz relação com a produção que o saber universitário, científico e acadêmico parecem facilitar, sendo que este, recheado de conhecimentos e métodos, torna-se um discurso mudo. De acordo com um saber referencial, como propõem Cabas e Da Costa Neto (2018), há

a mascaração de um saber do inconsciente do sujeito. Ainda assim, ele parece ser valorizado e buscado pelo sujeito, que objetiva algo externo que lhe tampe, a qualquer preço, suas falhas:

*Pra melhorar a cognição (...) Talvez uma coisa que seja exclusiva da pós é o Piracetam, que era pra aumentar a cognição. Então, que era pra eu ficar mais inteligente ((risos)), pra eu poder pensar melhor e realmente, dá uma clareza mental muito boa (E4).*

Nesse sentido, ter uma clareza mental é livrar a mente de seus contratempos. Deixar uma mente clara e objetiva para focar no que pode produzir, sendo produções de conhecimento, com prometido sucesso cognitivo e, assim, há a aproximação a uma mente-máquina. Esse se torna um dos lugares que os estudantes se colocam, de onde falam e para onde direcionam suas vivências: o lugar de um estudante medicado. Pensar melhor, nesse caso, é objetivo tanto do medicamento, quanto da demanda acadêmica por excelência, ambos ingeridos pelo sujeito em quantidade formidável, os quais parecem engordar o campo de representações exteriores do sujeito e apagar um sujeito que sente, tocado pelo outro, como demonstrado na categoria a seguir.

#### 5.2.4 Categoria 4 – “Eu Sou Um Peixe Fora d’Água nesse Lugar”: do Isolamento ao Apagamento do Sujeito

*Não saio de dentro de mim nem pra pescar.  
Manoel de Barros*

Os entrevistados relataram, a partir do que foi organizado nesta categoria, que estão ou estiveram em uma reclusão social, além de possuírem, ao longo da vida, dificuldade em estabelecer vínculos duradouros. Mostram que são pessoas solitárias, com impedimentos e obstáculos subjetivos para a inserção em grupos de amigos e até mesmo no grupo familiar. Essas parecem ser características de reclusão dos sujeitos desde a infância e que perduram na universidade ou houve mudanças nessa reclusão.

Situações relatadas por esses estudantes parecem sempre estar relacionadas ao ambiente escolar, sempre acompanhadas de muito sofrimento e dor, como as falas a seguir exemplificam:

*Então, eu tinha uma tendência muito grande a (...) me isolar na rotina, sabe. Eu não conversava com ninguém, eu chegava na escola, eu não interagia com a professora, eu não interagia com nenhum aluno, daí ficava isolado, sabe, eu ficava mais trancado em casa, no meu quarto (E2).*

*Normalmente, eu ficava muito recluso. Normalmente, eu, na hora do intervalo, eu não ficava no pátio com as outras pessoas. Normalmente eu ficava na biblioteca. Costumava almoçar sozinho assim quando chegava a ter a merenda no colégio, né, mas costumava a almoçar sozinho, sempre no cantinho, assim. Mas assim, no mais era muito a questão de reclusão mesmo, sabe, trabalho em grupo normalmente ((risos)) ou eu fazia sozinho, ou com alguém que a professora falava: “gente, por favor, pega ele aí” ((risos)) (E3).*

*E eu sempre tive muito problema com me sentir aceita nos grupos de amigos, tanto que tipo hoje, eu quase não falo com ninguém da graduação. Então, eu sempre me sentia excluída, desde criança, nunca tive, sei lá, um grupo que desse a entender que eu fazia falta. Eu sempre fui a pessoa: “ai, esqueci de convidar, ah, não sei”, sabe (...) A questão de sempre me sentir substituível, porque assim, eu sempre andava em grupos que as pessoas lá tinham a pessoa que era mais próxima e eu não tinha essa pessoa mais próxima. Tipo assim, sabe, quando tem grupo de três e sempre sobra um? Eu sempre era a pessoa que sobrava (E6).*

De acordo com os recortes das entrevistas, é possível identificar um isolamento desses sujeitos quanto ao ato de relacionar-se, como se esse ato fosse muito doloroso e árduo. Isso faz pensar que esses sujeitos se defenderam a vida toda do contato com o outro e os seus escudos estavam na reclusão. É possível relacionar essa reclusão ao que Freud (1930/2011) analisa da atitude dos narcóticos. Ele produz que esses sujeitos tendem a se afastar do mundo como um todo e romper com os laços, para que economizem seu investimento libidinal.

É uma relação, portanto, quantitativa, de devedor com sua dívida, porque economizam no investimento de libido, pois ela já os cobra demais. Há, como identifica Freud (1930/2011), uma salvaguarda na substância química para o sofrimento que as relações humanas provocam. Os entrevistados denotam que já se afastavam do contato e do laço humano desde crianças, para que não tivessem que pagar com a sua libido, ou seja, para que

poupassem seus investimentos objetivos de toda a problemática gerada pelas relações humanas envoltas pela linguagem. É possível relacionar, assim, que o fato de ingerirem medicamentos foi a saída facilitadora para aqueles que, desde suas infâncias, tendiam a fugir do contato com o outro.

Essa desvinculação com outros sujeitos parece perdurar no contexto universitário. Os entrevistados identificam esse caráter também como dificultador do processo acadêmico e universitário que estão atravessando, pois são reclusos socialmente, ainda possuem difícil inserção em grupos e quando isso acontece, o laço parece frágil, sem uma sustentação para que se mantenha firme. Ele está sempre prestes a se afrouxar e a se desfazer:

*E aí eu não sei, eu só sei que eu quero tá em um lugar que não tenha ninguém e que ninguém rele em mim. Na universidade, é o pior lugar pra se ter a crise. Eu sei que desde o primeiro semestre, teve dia que eu ia no banheiro e ficava lá sentado, no banheiro, assim, sozinho pra eu me acalmar um pouco e (...) tinha que partir pra terceira medicação (E7).*

*É porque eu sempre fui muito (...) não fui muito ligada com os meus pais assim, de ter por perto e tals, só que aí eu acho que eu não criei muito vínculo com as pessoas também, aí meio que me sentia meio sozinha, assim, hm (...) mesmo com a menina que eu moro, tipo, eu também sou bem fechada, ela também é bem fechada, mas tipo, a gente se dá super bem, só que não tem um vínculo assim pra eu conversar a hora que eu precisar, a hora que eu tiver mal, esse tipo de coisa. Então sentia bem sozinha assim (E8).*

*E é uma coisa também bem massante. Cansa bastante, principalmente se você tá (...) já está com a mente fragilizada por estar (...) no meu caso, que tava me sentindo mal, assim, sozinha, de não ter com quem compartilhar nada, nem ouvir simplesmente uma música, um do lado do outro. Sem fazer nada, mas tem alguém ali. Parece que fazia falta uma pessoa ali pra (...) uma pessoa, um cachorro, um gato, a calopsita que depois veio, pra eu poder conversar, poder fazer um carinho, passear, pra dar uma aliviada no dia, parece. Não tinha (...) Mas é a falta de ter alguém com quem conversar e desabafar o dia, algum estresse, compartilhar alguns pensamentos (E10).*

As falas desses sujeitos exemplificam na prática e a partir de situações vivenciadas o que o estudo de Niemi (1988) aponta, sendo que, de 35% dos sintomas relatados por estudantes atendidos no serviço de saúde universitário, 21% desses sintomas eram relatos de solidão. Esses jovens expõem eventos carregados de sofrimento em que a tendência é se

afastar. Além disso, de acordo com Silveira et al. (2013), os estudantes universitários mostram vulnerabilidade e um dos fatores apontado como causa para essa condição é o afastamento destes de relacionamentos familiares e sociais nos quais estavam inseridos.

A solidão, de acordo com Homem (2018), é condição estrutural do humano: nascemos e morremos sós. Entretanto, ela também é vista como um aprisionamento, como solidão, já que só um sujeito tem acesso total ao seu corpo, está preso a ele. A partir de outra análise, Dias (2019) produz que a solidão é um afeto inerente ao humano e que implica no que é impossível de nomear e de partilhar com outros sujeitos. De acordo com ela, isso se relaciona ao gozo, à não existência da relação sexual e ao fato de sermos Um e que, na sociedade contemporânea, parece haver uma solidão difícil de ser enlaçada, em que o lugar do gozo se torna o corpo próprio e o sujeito se torna sempre solitário. Segundo Homem (2018), há que se pensar na recusa do sujeito às relações estabelecidas, ao viver em conjunto. Segundo Dunker (2017, p. 19), são sujeitos “que escolhem não ter lugar”.

Parece que esse distanciamento social está relacionado ao fato de os sujeitos precisarem se proteger da civilização, como se ela os arruinasse. Faz-se necessário, destarte isso, uma fuga do fato de serem sujeitos de linguagem. Dunker (2015) relata que o homem cordial é a figura almejada na contemporaneidade, o que gera uma afinidade sem parentela, sem aproximação e intimidade conquistadas, sem toque e sem tato, mas com cordialidade.

Isso posto, um homem cordial é uma resposta do mecanismo neurótico atuando sobre o sujeito. Segundo Freud (1930/2011), é a neurose que ameaça o mínimo de felicidade destinada ao homem na civilização. O autor indica que civilizar é afastar o sujeito de ser animal, proteger o homem da natureza e regulamentar as relações entre sujeitos. Contudo, os relatos desses entrevistados parecem denunciar um mecanismo contemporâneo que está no caminho oposto ao que Freud produz com o verbo “civilizar”. É possível pensar, a partir do que Freud postula, que por meio desse afastamento dos demais, há um desvio do sujeito da

civilização. Portanto, o verbo seria antagonista: “animalizar”, com o intuito de afastar o sujeito de ser civilizado e torná-lo um ser isolado da sociedade e do relacionar-se.

Soler (2005) mostra que o sujeito também se tornou capitalizável, que tende a ser Um. Ou seja, sem ser faltante e sem considerar as diferenças e alteridades entre sujeitos, que desemboca na inexistência da relação sexual. Assim, ser diferente dos demais os coloca em uma condição de exclusão, já que parecem não conseguir se relacionar com o diferente, pois pretendiam fazer unidade:

*Então, assim, é quase uma questão de se enquadrar mesmo, sabe, acho que a normalidade às vezes é algo nesse sentido. Eu não julgo, eu não acho que eu sou uma pessoa muito normal, não só no quesito psicológico ((risos)), mas no quesito social. Muitas vezes, eu não me enquadro tanto com as outras pessoas. Por conta de algumas escolhas minhas mesmo (E3).*

*Então eu ia, então eu era meio que uma aluna marginal, assim, eu sentia que eu era um (...) é...completamente fora da casinha, né (...) Tô fora d'água aqui, eu sou um peixe fora d'água nesse lugar, não é pra mim (...) O que muda são as relações. Porque eu acho que, na graduação, é (...) no Fundamental e no Médio, eu me relacionava com iguais. Aqui eu sou uma exceção à regra. Então eu não (...) o meu relacionamento (...) eu não tenho um amigo da graduação. Não restou, assim nenhuma amizade, porque eu era uma exceção à regra (E5).*

*E, então tinha aquela zoação muito forte e eu sempre fui a menina estranha, baixinha, gordinha, peito grande, óculos, bastante espinha, porque eu sempre tive produção alta de hormônio. É (...) aparelho, eu uso aparelho desde os 9, então era bem constrangedor. Aí eu me fechei bastante nos estudos, eu era literalmente a rata da biblioteca e a nerdinha da sala. E tentava não ouvir. Eu já cheguei a apanhar algumas vezes na escola por causa de nota, por causa de aparência, relevei (E10).*

Portanto, esses sujeitos parecem não se enquadrar em um parâmetro de normalidade, estão em uma posição oposta: são exceção à regra, peixes fora d'água, não enquadrados, constrangidos, excluídos também por não corresponderem aos padrões estéticos vigentes. Dunker (2015) aponta para o que a psiquiatria promove, que é a perda da experiência do sofrimento e, com isso, segrega, exclui e oprime, pois produz um sujeito que é anormal e deve se manter a uma distância segura dos demais.

Assim, não são apenas os sujeitos os responsáveis por não conseguirem se inserir em um social que é plural e multifacetado, mas a própria sociedade contemporânea, que parece não aturar o diferente. Parece, assim, que há uma exclusão já marcada em suas vidas, e as relações com os outros seres humanos produziram sentimentos de marginalização: *bullying*, discriminação, agressão, preconceito, separação (Dunker, 2017).

É possível observar, na sociedade contemporânea, uma tendência à segregação dos sujeitos, desfavorecendo uma inclusão desses “desajustados” na cena social. O sistema, nesse âmbito, é feito para poucos e os outros muitos que não estão inseridos ali estão reclusos. Dunker (2017) indica que o sujeito isolado está oprimido por falas, presenças e experiências das quais ele não conseguiu, subjetivamente, separar-se, já que a separação é uma difícil manobra psíquica e que pode parecer efetiva, mas no fundo não se concluiu.

Nesse sentido, os sujeitos participantes deste estudo parecem se fixar nesses nomes direcionados a eles, foram marcados por esses significantes e formaram uma espécie de "cola" ou aderência entre o viver e o que nomearam sobre ele. Esses sujeitos, então, parecem conseguir estabelecer um mínimo de relação com outras pessoas, mas com o critério de que sejam pessoas iguais a eles, também marginalizadas, também subjulgadas, também isoladas, ou seja, é possível uma relação apenas se for entre iguais, com a pretensão de se formar Um.

Lacan (1960/1998), a partir de Freud, diz que a função do sujeito desqualifica o critério de unidade, critério esse focalizado pela psicologia e filosofia ou, em suma, por aqueles que estudam e produzem o sujeito do conhecimento. Esse sujeito que, de tanto almejar o fato de ser uno, não consegue mais produzir laço com o diferente e tornou-se solitário ou acompanhado apenas de seu medicamento. Parece não ter encontrado um lugar para se dizer pertencente, apesar de, supostamente, ter um lugar, não conseguiu articular suas questões subjetivas ao lugar em que está inserido, não conseguiu se enodar ao outro.

Dessa maneira, há um apagamento do sujeito, já que ele tornou-se um indivíduo, ou seja, sem divisão. Destarte isso, sujeitos apagados produzem narrativas esvaziadas, recheadas de vazio, já que promulgam, no próprio corpo, aquilo que parecem incapacitados ao estabelecerem cadeias de sentidos. O corpo torna-se a saída para essa dor de ser humano.

### 5.2.5 Categoria 5 – Narrativas Esvaziadas de Sentido como Saídas para o Real Vivido no Corpo

*Melhor que nomear é aludir. Verso não precisa dar noção.  
Manoel de Barros*

Esta categoria expressa problemas da ordem do registro do real que os entrevistados relatam, os quais não conseguem lembrar, entender e elaborar do que aconteceu em determinado momento. Parecem não possuir palavras para dizer sobre alguns eventos específicos, como os de automutilação, tentativa de suicídio, “surto”, doenças de ordem psicossomática, crises de angústia, transtornos alimentares, entre outros. Além disso, demonstram que se sentem ou se sentiam mal, mas não conseguem dizer como era realmente, não conseguem criar uma narrativa para aquele sofrimento. Portanto, os entrevistados contam sobre eventos ocorridos sem elaboração, quando agiram de determinadas formas ou não agiram para que seus sofrimentos silenciassem:

*Se eu não tô me sentindo bem, se daqueles dias que eu não quero levantar da cama, aí é mais complexo. Se eu posso, eu durmo ((silêncio)) e têm dias assim que eu simplesmente quero chorar ((risos)) e parece que tá tudo dando errado, nesses eu ligo pro meu namorado (...) Eu durmo até eu querer fazer alguma coisa (...) De sentir a depressão mesmo, de sentir dias que eu não quero sair da cama, de sentir dias que eu preferia não existir que (...) de ter noites que eu não consigo dormir pensando em tudo, em nada (E1).*

*Teve o caso, assim, que, no final do ano, mais ou menos, comezinho do ano, eu meio que tive um ataque de raiva, não sei explicar bem o que que foi, eu só lembro que tipo, tava todo mundo em casa, eu tava indo limpar a gaiola do meu hamster, daí nisso ele ficou preso, eu fui tentar tirar ele, ele me mordeu, eu comecei a chamar o*

*peessoal lá de casa, ninguém ouvia. Ninguém respondia, nem nada. Na hora que eu gritei quando ele mordeu, foi que eles assustaram e vieram. Nisso eu só lembro (...) a única coisa que eu lembro foi eu indo em direção à minha vó, e depois disso eu não lembro de mais nada, e eu lembro de eu sentado no chão meio que me arranhando e chorando (E7).*

*Eu não sei o que acontecia, eu sei que eu ia pra aula, quando eu via, não tava na aula, tava em casa, o pessoal (...) sabe, era coisa assim, tipo, pegava meu material e ia embora, sabe, falava: “gente, tô indo embora”. Pessoal falava: “mas por quê? Tá tendo aula”. Eu falava: “não”, só pegava e ia embora, sem nenhum motivo, só queria tá na minha casa (E7).*

As falas mostram ações e não ações de ordem real, sendo que os entrevistados parecem não conseguir exatamente dizer sobre aquilo que estavam sentindo. A entrevistada 1 diz que, em momentos que está mal, só dorme, prefere não existir, ou não consegue dormir pensando em nada e em tudo. O entrevistado 7 relata que não se lembra de um momento de angústia extrema, favorecida por uma situação específica, além de não saber dizer o porquê de sair da aula e ir para casa, mas que precisava estar lá. Esses parecem ser atos atuados pelo corpo atua, que pede por algo e o faz, mas que parece não haver alguém ali que seja dono desse corpo. Pode-se pensar que é um sujeito mudo em um corpo falante.

Para Lacan (1972-1973/1985), o gozo se dá no corpo. Seriam essas saídas gozosas, em nível do real, para o sujeito se haver com aquilo que lhe falta? Parece, de acordo com o que é relatado pelos entrevistados, que não há outro modo de se mover diante da dor subjetiva. Ela aparece no corpo e é o corpo o convocado a extravasá-la. Não há motivo, como coloca o entrevistado 7, ou é apenas “sentir a depressão” (E1).

Os sujeitos, diante desses atos, parecem atender a algo superior, que os convoca a agir ou não agir no corpo. Segundo Manso e Caldas (2013), o real da pulsão serve ao gozo. Estariam esses sujeitos servindo ao corpo, e portanto, ao gozo da pulsão? Entende-se, por meio destes recortes de falas, que quando não há o que dizer, não há o que produzir simbolicamente, é o corpo que entra en(cena):

*Uma coisa que eu sempre falo assim, quando perguntam por que que eu me cortava, qual a função disso, é que eu sentia uma angústia muito grande assim, sabe, e num*

*(...) e não consegui pôr pra fora o que eu tava sentindo. Então, eu via o corte como uma transposição da dor interna, né, daquela angústia, pra uma dor física, que em algum momento vai passar. Porque parece que a angústia, se você não acha a causa dela, ela nunca passa. Mas a dor física, depois que sarou ali aquele corte, beleza. Então, como a lâmina é bem fina, né, é aquela dor bem ardida, então é uma dor semelhante com a angústia, assim num (...) não sei como transpor em palavras, mas é aquela dor que arde, assim, igual corte de papel e é uma dor semelhante. Só que, parece que quando você corta, parece que alivia assim, sabe, que você para de dar atenção pra aquilo que tá dentro e põe, né, tudo na pele. E ali, num sei, e alguma satisfação de (...) porque eu sempre cortava e fazia (...) e puxava a pele assim ((faz o gesto com a mão)), pra sangrar, né, pra ver o corte abrir e sangrar. Então era (...) o momento, assim, que eu parava de me sentir angustiada (E6).*

Para essa entrevistada, ver o corte abrir e sangrar parece que a livrava da dor subjetiva.

É possível supor que era necessária uma dor real, no corpo, para que houvesse uma transposição de algo que é incorpóreo, imaterial, abstrato, para um lugar de vazão e, com isso, dar corpo à dor: “a dor física, depois que sarou aquele corte, beleza” (E6). Parece ser preciso uma dor e uma cura no corpo para que um semblante de cura se produza na dor subjetiva. Entretanto, mesmo estando em campos diferentes, o corpo convoca o subjetivo e o subjetivo convoca o corpo, estão intimamente ligados. É esse corpo que tem caráter subjetivo que Lazzarini e Viana (2006) colocam como a diferença principal entre o corpo biológico e pulsional. O corpo pulsional goza e, como o gozo é o prazer na dor, ligado ao corporal, entende-se que há uma satisfação da pulsão (Lacan, 1959-1960/2008). Além disso, trata de uma satisfação autoerótica: fonte e objeto de prazer são o próprio corpo (Freud, 1915/1996, p. 137), como um corpo que corta e um corpo que recebe o corte, na automutilação.

Essa é a via escolhida, já que a entrevistada relata que não conseguia pôr pra fora o que estava sentindo. O sangue precisou sair para que algo fosse minimamente apaziguado, algo que remete à morte, ao sofrimento. É preciso abrir o corte e vê-lo sangrar, é isso que a faz parar de se sentir angustiada. Por que é necessário olhar para o representante principal da dor física, do horror, do que é mortífero?

As falas dos entrevistados como “só querer dormir” e “beber até morrer”, podem exemplificar o tipo de satisfação que está no campo da pulsão de morte. É a satisfação no

inanimado, no paralisado, no repouso absoluto, em uma energia que não se liga, conforme propõe Lacan (1959-1960/2008), ancorado em Freud (1937/1996a), que conceitua a pulsão de morte como o impulso do sujeito vivo em retornar ao estado inanimado. Os relatos dos entrevistados parecem denotar isso: ou só querer dormir, ou se cortar, ou beber até morrer. Formas diferentes de manifestarem essa pulsão de morte, em forma de ato intrínseco - como beber e cortar-se - ou um não ato - como só dormir - mas que têm em comum uma maneira passiva de posicionamento enquanto sujeito. Um sujeito paralisado, mesmo diante de atos tão rígidos, como identificado em outro relato a seguir:

*Desde a graduação, cê é muito estimulado a beber, né, então, sei lá, “vamo beber”, tem que beber, tem que ficar louco, ficar louco, e eu sempre fiquei tipo muito louco ((risos)). Aí hoje em dia eu não posso mais ficar muito louco, cara, porque daí eu não aguento o outro dia, ressaca e eu tenho pra mim que eu preciso controlar isso, mas tá foda. Eu não consigo. E quando eu começo a beber, eu só vou me tocar de que eu passei dos limites no álcool no outro dia, quando eu lembro do dia passado, sabe. Eu não tenho um clique na hora e falo: “meu, preciso parar de beber”. Na verdade, o clique é (...) é ao contrário: “vou beber até morrer, sabe, enquanto eu não cair no chão, eu não vou parar de beber” (E4).*

Enquanto não cair no chão, não vai parar de beber. De novo isso que se refere ao mortífero, ao corpo de cara para o chão. Por que parece necessário beber até morrer, necessário ficar muito louco, necessário ter um clique que aponta para o excesso? Portanto, essa parece uma tentativa de escapar do que diz do sexual do sujeito, da divisão subjetiva, já que o sexual é o sem-sentido, é a incompletude. Nesse âmbito, Lacan (1964/2008) afirma que um sujeito é, de ponta a ponta, sexual. Somos sujeitos de palavra e essa palavra é manca, possui um limite de até onde pode significar o sujeito e, assim, nunca abarca um sujeito por completo. Por esse motivo, parece mais fácil enfiar a cara no chão, usar substâncias até perder o controle por completo do próprio corpo porque, assim, não são necessárias as palavras para expor a dor. Ela já fica exposta em níveis concretos e que parecem completos.

Lidar com palavras e usá-las para designarem a dor de ser sujeito parece inalcançável, difícil demais. Dunker (2015) concretiza que a experiência de encontro com o real do sexo e o

real da angústia é perturbadora para um sujeito que fantasia, por isso o sujeito parece precisar estar anestesiado, seja com remédios, bebida ou outras substâncias. O real do sujeito aponta para o fato de ter que lidar com o limite imposto pela civilização, por ter que acordar no outro dia cedo e trabalhar, como dito pelo entrevistado 4, e pelo próprio corpo que clama para que o sujeito que ali habita pare de beber.

Esse limite aponta para o sexual, pela palavra também ser limitada ao nos designar concretamente, mas pode forjar um desígnio, cria algo para aquilo que é cru, como o real, e produz diante dele: faz laço. Por esse motivo, é necessária uma construção de uma ficção para que esse real seja apreendido, construção essa podendo ser realizada pela via da análise (Penna, 2003); pela via da arte, em suas variadas ramificações, ou por outras vias possíveis, criadas e elaboradas por cada sujeito, em sua particularidade.

Entretanto, essa construção de uma narrativa é dolorosa e, portanto, incomoda. Para não incomodar, a saída é áspera, sem palavra, é beber até morrer, na tentativa de sair de um corpo, fugir dele, mas depois ter que se haver novamente com esse corpo, *physis*, matéria que, como o real, a relação sexual e o impossível, “não para de não se escrever” (Lacan, 1973/2008, p. 101). É apatizar um corpo e um sujeito ao invés de deixá-lo falar de sua tristeza:

*Só que é aquela coisa, medicamento acabava deixando, me deixa ainda, um pouco apático, né, então, sei lá. Muitas vezes eu tô sem sentir nada ((risos)), mas é (...) mas agora, pelo menos, eu aguento o curso, assim (...) O Zoloft, ele acaba me deixando BEM apático, assim, honestamente. Faço um acompanhamento com um medicamento pra ansiedade, Ansitec. O Zoloft, assim, ele (...) a questão da apatia é muito estranho, porque no momento em que as pessoas estão contando uma piada, eu tô (...) parece que eu quero rir, mas não sai uma risada, parece que horas que eu tô triste, que eu tô querendo chorar, num (...) num sai um choro. Então, assim ((risos)), é sempre uma coisa meio (...) tá faltando alguma coisa nesse vazio, sabe. Falta uma emoção, falta um sentimento. Que assim, com a depressão, eu acho que eu sentia muito isso, é só que pro lado sempre negativo, né, então tipo, ah, tava sempre meio (...) meio apático, mas (...) quando eu sentia alguma coisa, era tristeza, era um (...) sei lá, melancolia, enfim, sei lá, não sei dizer exatamente o quê (E3).*

O entrevistado mostra que não sabia dizer o que sentia antes de começar a tomar a medicação, porém agora ele sabe: é apatia, “falta algo nesse vazio”, está sem sentir nada. Isso também é identificado pelas pausas que produz em sua fala, pelos “sei lá”, pelos risos, pelos vícios de linguagem. Parece não ser possível contornar esse real do sexo, formar palavras que o tocassem. Então, a saída para esse mal-estar foi a saída medicamentosa porque, pelo menos assim, a graduação pode ser concluída. Nesse sentido, uma das saídas para esse sentimento também pode ser a conclusão da graduação porque, com ela, há um tipo de enfrentamento ao nível acadêmico e social. Entretanto, parece faltar um enfrentamento do viver.

Parece, desse modo, que o fato de ingerir medicamentos coincide com o objetivo da ciência de não se impactar muito com aquilo que diz sobre si, de não elaborar muito sobre suas questões, para que o pensamento racional seja concluído. Como produz Lacan (1967/2010), na ciência, o homem rompe com o pensamento intuitivo e se baseia no assunto puro que, no fundo, é perfeitamente vazio. Vazio porque não há sujeito, mas só pensamento, só racionalidade, ou seja, “falta algo nesse vazio” (E3), que é o que um “sujeito puro” pode produzir, como elabora Lacan (1967/2010).

De acordo com Canabarro e Alves (2009), a ciência quer compatibilizar com o real: encontrar a razão de tudo e retirar tudo o que é subjetivo do sujeito, fazendo este produzir respostas nuas e cruas, no corpo, para o que sofre e buscando substância química para manter tais respostas nuas e cruas sem grandes mobilizações.

Nesta categoria, a medicalização aponta para uma obturação da falta do sujeito e, portanto, as palavras não são produzidas ou são produzidas com certa dificuldade e enrijecimento, apenas deixando aparecerem sentimentos, afetos, em um corpo inundado deles. O lugar do seu sofrimento, assim, aparece no real. Torna-se necessária, dessa forma, a sedação do corpo, para que o sujeito consiga continuar carregando a sua vida, sendo que suas falhas e incômodos precisam estar borrados para que não o impeçam de seguir.

Entretanto, a psicanálise analisa exatamente o contrário dessa concepção. Com a falta e o vazio embaralhados na sedação que o medicamento facilita, o movimento desejante de um sujeito não é possível, o que o dificulta de seguir, de falar, de se questionar, de sentir e se apropriar daquilo que fala, de se afetar por aquilo que viveu. Dificulta, por fim, ser gente.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo principal conhecer as características do sofrimento psíquico relatadas por estudantes universitários, além de analisar as possíveis repercussões do sofrimento psíquico na vida desses sujeitos e interpretar os sentidos que eles atribuem ao sofrimento psíquico experienciado nos seus modos de viver.

As categorias expõem algumas interpretações, repercussões e lugares colocados pelos próprios sujeitos em relação ao seu sofrer. Na primeira categoria, os estudantes que foram ouvidos parecem relacionar seus sofrimentos ao fato de terem que ser completos, indivisíveis e efetivos em tempo integral. Eles relacionam esses sofrimentos à necessidade que sentem de fazer Um, de abarcar toda a demanda que a sociedade e a academia impõem. Mostram que queriam dar conta de fazer tudo com eficácia máxima, ter notas altas, produzir e publicar algo de seu conhecimento acadêmico, participar de projetos de extensão, de iniciação científica, ter bons relacionamentos com aqueles que convivem, seguir corretamente o cronograma estipulado por eles mesmos, em que todas as atividades diárias estão dispostas e são realizadas com sucesso. O medicamento, portanto, seria uma via para alcançarem essa vida almejada, que eles acreditam ser possível.

Essa parece ser uma das repercussões do sofrimento psíquico na vida desses sujeitos, sendo que dão tal sentido para a sua vida: o de fazer o que for necessário para que sejam sujeitos completos. Por esse motivo, cobram-se demais, sofrem demais e parecem escamotear outros desejos e relações pessoais em detrimento dessa meta. Direccionam seus modos de viver para isso e, como não conseguem alcançar o que se propuseram, frustram-se e parecem se colocar como desmerecedores das boas coisas do viver.

É possível pensar que esses sujeitos não possuem uma particularidade em relação às necessidades e vivências da sociedade contemporânea como um todo, que trabalha horas a fio e cobra-se sempre por mais trabalho. Nessa sociedade, parece não ter lugar para a falta. Nela,

há uma necessidade de aproximação à robotização dos sujeitos, mediada também pela robotização da escuta, que a ética médica vem se congruando cada vez com mais intensidade. Entretanto, os estudantes universitários, por cobranças externas e internas e pelos lugares em que são colocados, ou seja, de futuro da nação, parecem necessitar com maior velocidade e em menor tempo de tal completude sonhada. Parece que, se não fizerem o que precisam fazer agora, não terão o futuro a que almejam e não serão o futuro a que a sociedade almeja.

Diante disso, todos os estudantes relacionam, de uma forma ou de outra, parte de seus sofrimentos à universidade. Parecem ter se colocado, automaticamente, no lugar e na condição de estudantes universitários e, supostamente, ocupam o discurso universitário a fim de estabelecerem um tipo de laço. Entretanto, mesmo identificando-se nesse lugar, ainda parecem não estar totalmente articulados com ele, mas inserem-se nele e posicionam-se subjetivamente por intermédio desse liame social.

Na segunda categoria, os entrevistados apresentam que parte de seus sofrimentos está relacionada à história de vida de cada um. Posicionam-se como sujeitos que já passaram por muitas dores e contam alguns dos sentidos que essas dores tiveram para eles, geralmente associadas à família, aos amigos e à instituição de ensino que fizeram parte. Dizem sofrer ainda por intermédio de tudo que vivenciaram e ainda vivenciam em suas experiências, por histórias de vidas carregadas de traços que os marcaram, no corpo e na vida e, como é muito dolorido, parecem querer rechaçar tais sentimentos, utilizando-se dos medicamentos para isso. Parecem relacionar seu sofrer com suas trajetórias pela vida, mas não se colocam no lugar de se darem permissão para sentirem e proferirem sobre tal sofrimento, pois a vida os convoca para pular esse contato com seu passado. Passado esse que traz palavras que os atravessaram e que continuam fazendo “buraco”; olhares e rejeições; vivências familiares que, além de angustiarem, foram repetidas por eles. A partir das falas desses sujeitos, é possível inferir

que eles se identificam com esses lugares de onde falam: lugares em que foram dentro do seio familiar e que seguem proferindo ao longo da vida.

Na terceira categoria, os sujeitos mostram o que vinha sendo tratado, nas entrelinhas, nas categorias anteriores: o remédio ser o mal necessário para que continuem vivendo com esses sofrimentos estancados. O remédio parece amenizá-los e, conseqüentemente, amenizar a difícil tarefa de ser humano. Mostram que, por estarem em uma fase de passagem entre a adolescência e a fase adulta, ainda não incorporaram a ideia que acreditam ser necessária sobre ser adulto e ser humano. Portanto, seus sofrimentos parecem estar camuflados pela substância ingerida e, assim, vão carregando a vida sem entender o que estão fazendo nela e sem uma apropriação do que ela representa para eles. Parecem querer se distanciar de suas vidas, já que seus sofrimentos são pesados demais para serem incorporados de fato.

Colocam-se, então, no lugar de olhar seus sofrimentos e reconhecerem que sofrem, mas de não quererem, de fato, haver-se com eles. Ainda assim, colocam-se como “anormais” e que precisam do remédio por conta dessa “deficiência mental”. Diante dessa anormalidade autorreferida, os sujeitos partem de um lugar que já está acoplado um adendo importante: o fato de serem medicados. Portanto, parece que o lugar em que falavam e se posicionavam antes da entrada dos medicamentos já não os representa mais e agora identificam seus modos de agir ao remédio. Se conseguem estabelecer mais relações com as pessoas, foi o remédio quem interviu. Se conseguem estudar com mais foco, foi efeito do medicamento que melhorou a cognição e assim por diante. Precisaram terceirizar essas ações para uma pílula e, a partir dela, dizem que agora conseguem cuidar melhor de suas vidas, como se fosse a pílula que estivesse cuidando de tudo, ou seja, considerada uma “pílula-babá”.

A quarta categoria denota que um sentido que esses estudantes adquirem para o fato de possuírem tanta dor é o de serem pessoas isoladas, o que parece ser uma fonte importante de sofrimento para esses sujeitos, pois se sentem segregados do resto da população “normal”.

Como se consideram anormais, exceções, colocam-se nos lugares de “fora do quadrado” em que estão os “bem articulados”. Colocam-se no lugar de pessoas marginalizadas e atribuem sentidos para seus sofrimentos relacionados a esse isolamento, referem-se como desencaixados, desajustados e, em suma, fora de lugar, o que parece caracterizar um apagamento de seus movimentos desejanter para produzirem e manterem laços com outros sujeitos. Dizem sobre si enquanto “peixes fora d’água”, fora do contexto acadêmico, mas também fora do contexto familiar, em alguns casos. Portanto, parece que se posicionaram, há algum tempo, enquanto sozinhos e se adjetivam dessa forma, embora isso ainda os cause muito sofrimento. Porém, parecem se paralisar no contato com o outro, diante de traumas e marcas indelévels de sua história.

A quinta categoria expõe que esses estudantes não conseguem produzir narrativa para vivências que tiveram e ainda têm e não conseguem nomeá-las. Essa pode ser uma consequência do lugar que os remédios ocuparam na vida dessas pessoas, podendo impedi-las de proferirem palavras para aquilo que vivem. É possível analisar, então, essa desapropriação de seus modos de viver com a inserção de uma substância química, necessária para mediá-los, às narrativas esvaziadas de sentido como saídas para o real vivido no corpo. Destarte isso, seus corpos parecem en(cenar) aquilo que não consegue ser dito e o corpo adquire uma autonomia sobre o sujeito.

Há, portanto, um lugar que se reconhecem que é do não dito, mas do ato intrínseco a um corpo. Assim, o lugar do sofrimento que dizem ter parece estar alocado também no real, e a língua se enrola ao tentar decifrá-lo. São atos: surtos, automutilações, crises, gritos, tentativas de suicídio, dores pelo corpo, compulsão alimentar ou alcoólica, para os quais a palavra perde lugar e o corpo en(cena). É possível interpretar que esses sujeitos possuem uma dificuldade em adquirir sentidos e significados para suas dores e, por esse motivo, colocam-nas no corpo.

Diante do que as categorias respondem sobre os objetivos do trabalho, é possível refletir e questionar sobre a desapropriação do sujeito e da sociedade contemporânea em formar sujeitos. Diante de tanta rapidez nos processos, tanta burocratização, tecnologização e racionalização da vida humana, um sujeito inserido no contexto acadêmico e científico parece trabalhar a favor dessa racionalização do ser gente, e as dimensões poéticas e atravessadoras de um sujeito faltante podem se tornar petrificadas. Os encontros entre esses sujeitos já são raros, as trocas subjetivas foram estancadas e, envolto a tanta produção de capital, um sujeito só pode fazer o que lhe é destinado. Falta produção de fato, falta simbolização, falta afeto humano.

Sem produzir, o sujeito se tornou uma resposta trabalhadora e passiva de um sistema que legitima diagnósticos ao invés de escutas, substâncias químicas no lugar de palavras e artigos acadêmicos substituindo poesias. É difícil encontrar arte nas relações, profundidades, complexidades. Parece que produzimos uma sociedade que é feita de sujeitos que trabalham para comer e beber e pouco de um alimento de afeto é gerado. Em meio a um cenário político em que o que é exato, numérico e matemático é exaltado e a ciência humana, subjulgada, sujeitos são vistos como números, que podem gerar mais ou menos números.

É nessa vertente que a indústria medicamentosa lucra com os diagnósticos exacerbados sobre os sujeitos, promovendo a doença e não a saúde, porque é com a doença que se pode ter números altos de adesão farmacêutica e, portanto, é importante manter as pessoas doentes. Dessa forma, se podemos colocar a indústria medicamentosa como imersa no discurso científico, há então uma sobreposição deste sobre o discurso do sujeito do inconsciente. Vivemos em um mundo de certezas e, conseqüentemente, somos colocados cotidianamente à prova, por sermos sujeitos incertos.

Portanto, quem se dispõe a gerar conhecimento, a favorecer avanços no campo da ciência, é atacado por todos os lados. Principalmente se esses avanços forem resultados de

olhares, de escutas e de observações. Dos recortes de falas de sujeitos que, voluntariamente, relataram sobre suas vivências na universidade, resulta a análise de conteúdo das narrativas presentes neste estudo, pelas quais esses sujeitos relataram sobre suas histórias de vida e os sofrimentos que constituíram essa trajetória.

De acordo com as entrevistas realizadas, esses sujeitos parecem repetir padrões, mantendo-se na mesmice, e é muito duro e custoso produzir algo novo ou criativo, que se relaciona com seus desejos. Entretanto, torna-se “natural” seguir o que outras pessoas fazem ou dizem. A intervenção medicamentosa parece se aliar, nesse sentido, a uma vida que tende a repetir padrões externos. A metáfora que se pode produzir é que, cotidianamente, com horários marcados, os sujeitos engolem possibilidades de “certezas”, possibilidades de avanços, possibilidades de mudança de vida e de hábito sem, de fato, digerirem o que estão engolindo. Há pouco de uma apropriação simbólica daquilo que engolem do outro.

Contudo, as narrativas trazidas pelos sujeitos entrevistados nos levam a refletir que a medicalização, enquanto aquilo que extrapola o uso de medicamentos, sendo também o olhar racional e medicalizante de profissionais da saúde sobre os sujeitos, não consegue levar à sedação total do sujeito do inconsciente. Esse sujeito, que é resultado de encontros e laços que estabeleceu ao longo da vida, sujeito à civilização, ainda diz algo de si, ainda demonstra angústia, ainda sente a dor do viver, ainda se diz machucado por eventos ocorridos e por histórias recheadas de sofrimento, como identificado nas entrevistas. Eles não foram sedados por completo, ainda restam sujeitos ali.

A psicanálise pressupõe que um sujeito sempre pode produzir um novo, um novo sentido, uma nova apropriação, um novo caminhar. Esse é o trabalho pelo qual a psicanálise se responsabiliza: a abertura para o novo. E, em meio a um novo mundo, que expõe peculiaridades contemporâneas diferenciadas às épocas antigas, que não possuíam acesso à tecnologia e ao desenvolvimento de processos tão rápidos e eficazes, parece que o sujeito

contemporâneo foi o mais afetado: está repleto de conteúdos estancados, de repetições estagnadas e de olhares petrificados. Entretanto, o sujeito contemporâneo ainda pode criar e produzir algo que lhe é singular, original e próprio.

Para que isso aconteça, é preciso dar lugar ao sujeito. De fala, de escuta, de produção, de simbolização. Só possibilitando um lugar subjetivo é que esse sujeito pode entrar em cena e se construir. Construir o novo e o diferente, eis o desafio para o sujeito contemporâneo, diante de tratamentos tradicionais e médicos que tratam de acordo com manuais, ou seja, propõem tratamentos iguais para pessoas diferentes, mas que estão encaixadas nos mesmos transtornos.

Ademais, torna-se necessária a sustentação desse lugar do diferente na sociedade. Não há ou há um espaço muito pequeno, nas instituições acadêmicas atuais, para que o sofrimento do universitário seja ouvido e acolhido. É urgente a criação de espaços para que esses sujeitos “diferentes” possam falar sobre aquilo que os afeta.

É possível, por meio das entrevistas, constatar que muito do que os afeta é a infindável marginalização desses sujeitos que possuíam algum aspecto diferente do restante da massa, seja por um nível maior de inteligência do que os demais, seja por corpos diferentes dos padrões de beleza atuais, seja por níveis socioeconômicos menos favorecidos. Essa marginalização do que é diferente, apesar de ter sido amenizada pela sociedade ao longo dos anos, parece encontrar um ponto de favorecimento no cenário político e social atual que rechaça e segrega o diferente, que encontrou representantes políticos que têm em seus discursos a violência e o extermínio do diferente.

Essa recusa ao diferente está na via oposta que a psicanálise convoca. A psicanálise convoca a diferente perspectiva, o diferente olhar sobre uma vida inundada de repetições, o sentido diferente para uma mesma palavra, uma significação diferente, uma diferente cadeia simbólica a ser formada. Há, então, que nadar contra a maré de obscurantismo das ideias

enrijecidas e estagnadas e um caminho subversivo proposto é o olhar psicanalítico sobre os atos e os sujeitos. Há que subverter para encontrar o diferente. Há que subverter para enxergar o avesso e mantê-lo. Há que subverter para produzir um caminho singular. Subvertamo-nos, portanto.

Enfim, diante das indagações que me fizeram produzir este trabalho, concluo que a sedação que acompanho do meu pai foi capaz, ao seu modo, de mostrar o avesso dele. Parece que foi a via, por uma doença tão incapacitante, de ele se livrar das amarras de suas regras e imposições feitas, durante toda uma vida, por ele mesmo, para que pudesse viver algo “sem limites”. Entretanto, à custa de uma doença neurodegenerativa.

Por esse motivo, continuo apostando na via psicanalítica para que seja possível, a um sujeito, seguir seus desejos, mostrar seus avessos, lidar com eles e arcar com os limites que um sujeito constituído pela falta implica. Se podemos escolher, que possamos sentir, que possamos ser convocados por nós mesmos, que saibamos pagar com nosso desejo e saber colher os frutos trazidos por esse, tão derradeiro e remanescente.

## REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2002). *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. (H. Burigo, trad.). Belo Horizonte, MG: Editora UFMG.
- Aguiar, A. (2014). O corpo e o risco: a atualidade de “o lugar da psicanálise na medicina”. *Opção Lacaniana online nova série*, 5(13), 1-13. Recuperado de [http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero\\_13/O\\_corpo\\_e\\_o\\_risco.pdf](http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/O_corpo_e_o_risco.pdf)
- Amarante, P. (2007). Medicalização da vida. In Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org.), *Direitos humanos? O que temos a ver com isso?* (pp. 169-174) Rio de Janeiro, RJ: Conselho Regional de Psicologia - RJ. Recuperado de <http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/direitoshumanos.pdf#page=169>
- Andrade, A. S., Antunes, N. A., Zanoto, P. A., Tiraboschi, G. A., Viana, P. V. B. A., & Curilla, R. T. (2016). Vivências Acadêmicas e Sofrimento Psíquico de Estudantes de Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 36(4), 831-846. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932016000400831&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000400831&lng=pt&tlng=pt). doi: 10.1590/1982-3703004142015
- Assis, A. D. D., & Oliveira, A. G. B. D. (2010). Vida universitária e saúde mental: atendimento às demandas de saúde e saúde mental de estudantes de uma universidade brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 2(4-5), 163-182. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1113>
- Augusto, C. A., Souza, J. P. D., Dellagnelo, E. H. L., & Cario, S. A. F. (2013). Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 51(4), 745-764. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20032013000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032013000400007). doi: 10.1590/S0103-20032013000400007
- Baltazar, M. L. (2005). Psicofármacos e psicanálise. *Pulsional-Revista de Psicanálise*, 18(183), 5-20.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Bassora, J. B.; & Campos, C. J. G. (2010). Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 753-760. Recuperado de [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/v12n4a22.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a22.htm). doi: 10.5216/ree.v12i4.5804

- Birman, J. (2007). A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde*, 14(2), 529-548. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702007000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702007000200008&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0104-59702007000200008
- Birman, J. (2013). Os paradigmas da psicanálise são comparáveis? Sobre o mal-estar, a biopolítica e os jogos de verdade. *Tempo psicanalítico*, 45(1), 147-178. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382013000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100011)
- Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: Entrevistas e grupos*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bonfim, F. (2014). Todo fálico e não-todo: construções lacanianas sobre a sexuação. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1), 201-213. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812014000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100012)
- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 81-91. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1983-82202009000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202009000200004)
- Brodsky, G. (2008). O homem, a mulher e a lógica. *Latusa – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP-Rio)*, (13), 171-192.
- Cabas, A. G., & Da Costa Neto, P. L. (2018). *Marx com Lacan - A ideologia alemã*. São Paulo, SP: Lumme Editor.
- Caixeta, S. P. (2011). *Sofrimento psíquico em estudantes universitários: Um estudo exploratório*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Brasília, Brasília.
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(4), 640-652.
- Caleri, D. C., & Neves, C. A. B. (2014). Encontros da vida nua nos jardins do capital. Uma investigação sobre o consumo de tratamentos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(1), 107-128. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000100007)
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramentas para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0034-71672004000500019

- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(2). Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692009000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692009000200019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). doi: 10.1590/S0104-11692009000200019.
- Campos, E. R. V. (2016). Uma perspectiva psicanalítica sobre as depressões na atualidade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072016000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000200003). doi: 10.5433/2236-6407.2016v7n2p22
- Canabarro, R. D. C. D. S., & Alves, M. B. (2009). Uma pílula para (não) viver. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(3), 839-866. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482009000300005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000300005).
- Canavêz, F., & Herzog, R. (2011). Entre a psicanálise e a psiquiatria: a medicalização do trauma na contemporaneidade. *Tempo psicanalítico*, 43(1), 111-129. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382011000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382011000100007)
- Caponi, S. (2007). Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 343-352. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312007000200008&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0103-73312007000200008
- Caponi, S. (2009). Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 529-549. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200016&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0103-73312009000200016
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Utilização do Serviço de Saúde Mental em uma Universidade Pública. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 25(2), 252-265. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000200008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200008&lng=pt&tlng=pt). doi: 10.1590/S1414-98932005000200008
- Chagas, J. C., & Pedroza, R. L. S. (2016). Patologização e Medicalização da Educação Superior. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(spe), 1-10. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722016000500208&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722016000500208&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/0102-3772e32ne28
- Coelho, D. M., & Santos, M. V. O. (2012). Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 1(1), 90-105. Recuperado de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/235>
- Cruz, C. F. S. (2010). A inserção do discurso psicanalítico num pronto-socorro. In E. Nascimento & R. Gonzáles (Orgs.), *A clínica psicanalítica: Reflexões teóricas e incidências institucionais na contemporaneidade* (pp. 71-80). Salvador, BA: EDUFBA.

- Cukiert, M. (2004). Considerações sobre corpo e linguagem na clínica e na teoria lacaniana. *Psicologia USP*, 15(1-2), 225-241. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pusp/v15n1-2/a22v1512.pdf>
- Damasceno, B. (2011). *A sociedade contemporânea e seus meios de competência: uma crítica ao coaching à luz da teoria psicanalítica*. (Dissertação de Mestrado). Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.
- Damasceno, B. (2016). Consumir menos & consumir mais: “santo remédio” contra a medicalização da existência. *Revista Húmus*, 5(15). Recuperado de <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/4263>
- Danziato, L. J. B., & Souza, L. B. D. (2016). O lugar do sujeito e do gozo nos processos de medicalização dos sintomas. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 14(1), 1-31. Recuperado de <http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/7320>
- Darriba, V., & Silva, A. C. D. (2012). A questão do fundamento em Freud: elementos para uma psicanálise aplicada. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 868-880. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n4/09.pdf>
- De Brito, M. A. (2012). Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F, organizadores. *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*. 1ª Edição. Palhoça: Editora Unisul; 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9), 2554-2556. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900036)
- Dias, E. C. (2019). A solidão e as soluções do falasser. Seção Editorial Boletins, Jornada da Solidão, 2019. São Paulo, SP: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma. Uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2017). Solidão: modo de usar. In *Reinvenção da intimidade: Políticas do sofrimento cotidiano* (pp. 18-56). São Paulo, SP: Ubu Editora.
- Fernandes, C. O., Melo, C., Besset, V. L., & Bicalho, P. P. (2016). Biopolitics and pain: Approximations between Foucault and lacanian psychoanalysis. *Psico-USF*, 21(1), 189-196. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712016000100189](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000100189). doi: 10.1590/1413-82712016210116
- Fernandes, T. M. (2004). *Plantas medicinais: Memória da ciência no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Ferreira, A. B. D. H. (1975). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Editora Nova Fronteira.
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Figueira, P. L., & Caliman, L. V. (2014). Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. *Psicologia Clínica*, 26(2), 17-32. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652014000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200002)
- Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (2004). *FONAPRACE, II Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior: Relatório Final da Pesquisa*. Brasília, DF.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5). Recuperado em 16 de junho de 2018, de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf)
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de saúde pública*, 24, 17-27. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. doi: 10.1590-S0102-311X2008000100003
- Fortes, J. R. A. (1972). Saúde mental do universitário. *Revista da Associação Médica*, 18(11), 463-466.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. (L. R. Shalders, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro. (Trabalho original publicado em 1954).
- Foucault, M. (2010). *Os anormais*. (E. Brandão, trad.). São Paulo, SP: Editora WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1974-1975).
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade, vol. 1: a vontade de saber* (M. T. D. C. Albuquerque, & J. A. Guilhaon Albuquerque, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Graal. (Trabalho original publicado em 1976).
- Foucault, M. (2015). *O nascimento da clínica* (R. Machado, trad.) Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1980).
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 1). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996). O período de latência sexual da infância e suas rupturas. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7, pp. 166-169). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas de um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 12, pp. 15-89). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 85-119). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).

- Freud, S. (1996). As pulsões e suas vicissitudes. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14, pp. 117-144). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). O estranho. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 17, pp. 233-271). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (1996). Além do princípio de prazer. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 18, pp. 13-72). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2011). *O mal-estar na civilização* (P. C. D. Souza, trad.). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996a). Análise terminável e interminável. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. 23, pp. 223-266). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1996b). Construções em análise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. 23, pp. 289-304). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Fuks, B. B. (2011). Duas propostas para a psicanálise contemporânea. *Tempo Psicanalítico*, 43(2), 355-376. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382011000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382011000200007)
- Furtado, R. N., & Camilo, J. A. D. O. (2017). O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. *Revista Subjetividades*, 16(3), 34-44. Recuperado de <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4800>. doi: 10.5020/23590777.16.3.34-44
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de empresas*, 35(3), 20-29. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>. doi: 10.1590/S0034-75901995000300004
- Goffman, E. (1961). O modelo médico e a hospitalização psiquiátrica. In *Manicômios, prisões e conventos*. (D. M. Leite, trad., pp. 261- 312). São Paulo, SP: Editora Perspectiva S.A.
- Gori, R. (2008). Feeble therapies desperately seeking fickle pathologies. *International Forum of Psychoanalysis*, 17(1), 16-26. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08037060701676334?journalCode=spsy20>. doi: 10.1080/08037060701676334

- Graner, K. M., & Cerqueira, A. T. D. A. R. (2019). Revisão integrativa: o sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4), 1327-1346. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232019000401327&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000401327&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). doi: 10.1590/1413-81232018244.09692017
- Hobsbawm, E. J. (2005). *A era das revoluções: Europa 1789-1848* (M. T. L. Teixeira & M. Penchel, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra. (Trabalho original publicado em 1977).
- Homem, M. (2018). [Maria Homem]. (2018, Maio 3). *Solidão e solitude*. [Arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.facebook.com/mlhomem/videos/2010828272504303/UzpfSTewMDAwMjMxOTIwMjY4NzoyNjMzNDg2OTczNDA1MjUw/>
- Horta, R. L., Horta, B. L., & Horta, C. L. (2012). Uso de drogas e sofrimento psíquico numa universidade do Sul do Brasil. *Psicologia em Revista*, 18(2), 264-276. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682012000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000200007). doi: 10.5752/P.1678-9563.2012v18n2p264
- Ignácio, V. T. G., & Nardi, H. C. (2007). A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & sociedade*, 19(3), 88-95. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822007000300013&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0102-71822007000300013
- Lacan, J. (1992). *Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. (A. Roitiman, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1993). *Televisão*. (A. Quinet, trad.). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1974).
- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 197-213). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1945).
- Lacan, J. (1998). A psicanálise e seu ensino. In *Escritos* (V. Ribeiro, trad., pp. 438-460). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (1998). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 793-842). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1960).
- Lacan, J. (1998a). O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 96-103). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1998b). A ciência e a verdade. In *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 869-892). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).

- Lacan, J. (2003a). Lição XIV - 21 de março de 1962. In *O Seminário, Livro 9, a identificação*. (I. Corrêa, & C. Bagno, trad., pp. 205-218). Recife, PE: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1962).
- Lacan, J. (2003b). Lição XXI - 23 de maio de 1962. In *O Seminário, Livro 9, a identificação*. (I. Corrêa, & C. Bagno, trad., pp. 331-344). Recife, PE: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1962).
- Lacan, J. (2003). Alocução sobre o ensino. In *Outros escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 302-310). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1970).
- Lacan, J. (2003). ou pior, relatório do seminário de 1971-1972. In *Outros escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 544-549). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1971-1972).
- Lacan, J. (2005). A causa do desejo. In *O seminário, livro 10: a angústia*. (V. Ribeiro, trad., pp. 113-127). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Lacan, J. (2006). Lição III - 16 de dezembro de 1964. In *Problemas cruciais para a psicanálise*. (C. Lemos, et al, trad., pp. 41-58). Recife, PE: Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1964-1965).
- Lacan, J. (2008). O paradoxo do gozo. In *Seminário, livro 7: a ética na Psicanálise*. (J-A. Miller, trad., pp. 201-286). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1959-1960).
- Lacan, J. (2008). *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (M. D. Magno, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (2008). Do gozo. In *O Seminário: Livro 20: mais, ainda*. (M. D. Magno, trad., pp. 9-23). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Lacan, J. (2008). O saber e a verdade. In *O Seminário: Livro 20: mais, ainda*. (M. D. Magno, trad., pp. 121-141). Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1973).
- Lacan, J. (2010). *Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne*. Institut Européen Psychanalyse Et Travail Social: Psychaso. (Trabalho original publicado em 1967). Recuperado de <http://www.psychasoc.com/Textes/Petit-discours-aux-psychiatres-de-Sainte-Anne>
- Lameu, J. D. N., Salazar, T. L., & Souza, W. F. D. (2016). Prevalência de sintomas de stress entre graduandos de uma universidade pública. *Psicologia da Educação*, 42(1), 13-22. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-69752016000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752016000100002). doi: 10.5935/2175-3520.20150021

- Lazzarini, E. R., & Viana, T. D. C. (2006). O Corpo em Psicanálise. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 22(2), 241-250. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722006000200014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722006000200014&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0102-37722006000200014.
- Lemos, C. T. G. D. (2003). Corpo & Corpus. In N. V. D. A. Leite (Org.), *Corpolinguagem: gestos e afetos* (pp. 21-30). Campinas, SP: Mercado de Letras.
- Lindenmeyer, C. (2012). Qual é o estatuto do corpo na psicanálise?. *Tempo psicanalítico*, 44(2), 341-359. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382012000200006&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382012000200006&script=sci_abstract&tlng=en)
- Loreto, G. (1985). *Uma Experiência de Assistência Psicológica e Psiquiátrica a Estudantes Universitários*. (Tese de Concurso de Professor Titular). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- Machado, L., & Ferreira, R. R. (2014). A indústria farmacêutica e psicanálise diante da epidemia de depressão: respostas possíveis. *Psicologia em Estudo*, 19(1), 135-144. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n1/14.pdf>. doi: 10.1590/1413-7372219160013
- Maesso, M. C. (2014). A razão do diagnóstico em torno do ideal científico e a ruptura ética da psicanálise. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 30(4), 433-439. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v30n4/v30n4a08.pdf>
- Manso, R., & Caldas, H. (2013). Escrita no corpo: gozo e laço social. *Ágora*, 16(especial), 109-126. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/agora/v16nspe/08.pdf>. doi: 10.1590/S1516-14982013000300008
- Marcos, C. M. (2014). O não-todo de Lacan e a lógica do caso clínico. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 9(18), 4-16. Recuperado de [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_18/pdf/o\\_nao\\_todo.pdf](http://www.isepol.com/asephallus/numero_18/pdf/o_nao_todo.pdf)
- Marcos, C. (2018). A escrita do caso clínico em psicanálise: uma lógica não-toda. In T. Ferreira, & A. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp. 97-109). Belo Horizonte, MG: Autêntica Editora.
- Martins, A. (2007). O biopoder e a medicalização da vida: novas reflexões. In Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (Org.), *Direitos humanos? O que temos a ver com isso?* (pp. 119-127). Rio de Janeiro, RJ: Conselho Regional de Psicologia - RJ. Recuperado de [https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/artigos/direitos\\_humanos\\_que\\_temos.pdf#page=119](https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/artigos/direitos_humanos_que_temos.pdf#page=119)
- Martins, H. H. T. D. S. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e pesquisa*, 30(2), 289-300. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022004000200007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022004000200007&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S1517-97022004000200007

- Max, R., & Danziato, L. (2015). Drogas, biopolítica e subjetividade: Interfaces entre psicanálise e genealogia. *Revista Subjetividades*, 15(3), 417-427. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2359-07692015000300010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2359-07692015000300010&lng=pt&nrm=iso)
- Migueliez, O. (2014). Medicina, psiquiatria e psicanálise. In L. S. D. Menezes, G. G. Armando, & P. Vieira (Orgs.), *Medicação ou medicalização?* (pp. 91-103). São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Minayo, M. C. D. S. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (5a. ed.). São Paulo, SP: Hucitec-Abrasco.
- Niemi, T. (1988). Problems among students seeking mental health care. *Journal of American College Health*, 36(6), 353-354. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3385097>. doi: 10.1080/07448481.1988.9939034
- Neves, M. C. C., & Dalgarrondo, P. (2007). Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de psiquiatria*, 56(4), 237-244. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852007000400001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000400001). doi: 10.1590/S0047-20852007000400001
- Nogueira Filho, D. M. (2014). Medicalização ou submissão à tecnologia? In L. S. D. Menezes, G. G. Armando, & P. Vieira (Orgs.), *Medicação ou medicalização?* (pp. 57-64). São Paulo, SP: Primavera Editorial.
- Oliveira, H. M. D., & Neves, T. I. (2012). O fenômeno e a estrutura: do diagnóstico desorientado ao diagnóstico orientado pela psicanálise. *Cadernos de psicanálise*, 34(26), 125-143. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v34n26/a09.pdf>
- Oliveira, S. B. (2007). *Crise Psicológica do Universitário e TGM por Motivos de Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Organização Mundial da Saúde (1946). *OMS, Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Recuperado de <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
- Palma, C. M. D. S., & Gasparelo, K. C. (2016). A Clínica Psicanalítica no Ambulatório de Psiquiatria do HC-UEL: a formação do aluno e a oferta clínica. In M. B. Sei (Org.), *Clínica psicanalítica na universidade: interfaces, desafios e alcances* (pp. 85-102). Londrina, PR: Eduel.
- Padovani, R. D. C., Neufeld, C. B., Mantoni, J., Barbosa, L. N. F., Souza, W. F. D., Cavalcanti, H. A. F., & Lameu, J. D. N. (2014). Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 10(1), 2-10. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872014000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872014000100002). doi: 10.5935/1808-5687.20140002

- Pelegri, M. R. F. (2003). O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(1), 38-41. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932003000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000100006). doi: 10.1590/S1414-98932003000100006
- Penna, L. M. D. M. (2003). Psicanálise, verdade e saber. In L. M. D. M. Penna (Org.), *Psicanálise e Universidade: há transmissão sem clínica?* (pp. 43-78). Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Peres, G., & Job, J. R. P. P. (2010). Médicos e indústria farmacêutica: percepções éticas de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(4), 515-524. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000400006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000400006&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0100-55022010000400006
- Peres, R. S., Santos, M. A., & Coelho, E. M. B (2003) Atendimento psicológico a estudantes universitários: considerações acerca de uma experiência em clínica-escola. *Estudos psicológicos (Campinas)*, 20(3), 47-57. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2003000300004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2003000300004&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/S0103-166X2003000300004.
- Perez, M., & Sirelli, N. M. (2015). A medicalização do mal-estar: a escuta psicanalítica como um modo de resistência. *Psicanálise & Barroco em revista*, 13(2), 117-136. Recuperado de <http://www.seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/view/7337>
- Pombo, M. F. (2017). Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(3), 5-20. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000300002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000300002)
- Ramos, D. C., & Nicolau, R. F. (2013). Notas sobre “Um discurso sem palavras”: a psicanálise na instituição de saúde. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 13(3-4), 797-814. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482013000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482013000200016)
- Rimmer, J., Halikas, J. A., & Schuckit, M. A. (1982). Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. *Journal American College Health*, 30, 207-211. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7130540>. doi: 10.1080/07448481.1982.9938892
- Rosen, G. (1994). *Uma história da saúde pública*. São Paulo, SP: Editora Unesp.
- Santiago, J. (2017). Conclusão. In *A droga do toxicômano* (pp. 215-230). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Silva, E. O. (2014). Medicalização da existência e subjetivação. In L. S. D. Menezes, G. G. Armando, & P. Vieira (Orgs.), *Medicação ou medicalização?* (pp. 65-76). São Paulo, SP: Primavera Editorial.

- Silva, A. B. D. (2015). *Editando vidas: focos do DSM na medicalização social*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Biociências de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, São Paulo.
- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do Ensino Superior: experiência da consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa*, 24(s2), 247-256.
- Siqueira, É. D. S. E. (2007). A depressão e o desejo na psicanálise. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7(1), 68-77. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812007000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100007)
- Smith, D. T. (2014). The diminished resistance to medicalization in psychiatry: psychoanalysis meets the medical model of mental illness. *Society and Mental Health*, 4(2), 75-91. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2156869313512211>. doi: 10.1177/2156869313512211
- Soler, C. (2001). *Declinações da angústia*. São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Soler, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Souza, A. (2003). *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Torezan, Z. F. (2012). O sujeito em questão. In *Sublimação, ato criativo e sujeito na psicanálise* (pp. 23-50). Londrina, PR: Eduel.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000300025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025). doi: 10.1590/S0034-89102005000300025
- Turato, E. R. (2010). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (4a. ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.
- Xavier, A., Nunes, A. I. B. L., & Santos, M. S. (2008). Subjetividade e sofrimento psíquico na formação do Sujeito na Universidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(2), 427-451. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482008000200008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000200008)
- Winograd, M., & Mendes, L. D. C. (2009). Qual o corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 211-223. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872009000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000200015)

Zorzanelli, R. T., & Cruz, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 1-12. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005007103&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018005007103&script=sci_abstract&tlng=pt). doi: 10.1590/1807-57622017.0194.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A****Dados pessoais de identificação dos participantes**

Data:

Idade:

Curso:

Período da Graduação ou Pós-Graduação:

Sexo:

Remédios que faz uso:

Local da entrevista:

Duração da entrevista:

**APÊNDICE B**

## Roteiro de entrevista

**Perguntas:**

- 01- Gostaria que me contasse sobre a sua trajetória de vida até chegar à universidade.
- 02- Como você percebe sua saúde mental antes e depois de entrar na universidade? Você acha que houve alguma mudança nela? Se sim, qual?
- 03- Você sente dificuldades no ambiente universitário? Se sim, como reage frente a elas?
- 04- Como você se sente sendo homem/mulher dentro da universidade?
- 05- Você realiza algum tratamento medicamentoso/psicológico/psiquiátrico? Se sim, qual?  
Como você se sente fazendo esse tratamento? Desde quando você faz esse tratamento?  
Como foi entrar em contato com os psicotrópicos? E agora que você está na faculdade, você acha que existe alguma relação com seu tratamento?
- 06- Você faz uso de algum outro tipo de substância além da medicalização?
- 07- Existe mais alguma coisa que eu não abordei que queira me falar?

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **“Sedação subjetiva: o sofrimento psíquico de sujeitos inseridos na universidade”**.

A pesquisa tem como objetivo de identificar os sintomas do sofrimento psíquico em estudantes universitários que fazem uso de substâncias psicoativas e como estas afetam sua vida. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o(a) senhor(a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Esclarecemos também que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As informações serão coletadas por meio de entrevistas, que serão gravadas e posteriormente transcritas. Após a transcrição, os áudios serão apagados e os participantes da pesquisa serão identificados na folha de transcrição por um número para garantir o sigilo.

Esclarecemos ainda que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Espera-se que com o estudo seja possível analisar e dar subsídios para a implementação de medidas preventivas a fim de favorecer a expressão da subjetividade dos sujeitos durante o período que estiver na universidade. Esta pesquisa não trará nenhum risco aos participantes. Entretanto, se durante a entrevista você sentir algum desconforto emocional, será possível interrompê-la ou fazer uma pausa. A pesquisadora estará disponível e preparada para conversar com você e se for preciso, dar um suporte emocional caso alguma questão da entrevista mobilize algum

desconforto psíquico. Se necessário, os(as) participantes poderão ser encaminhado(a)s ao serviço de Psicologia da Clínica Psicológica da Universidade Estadual de Londrina.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar com a responsável pela pesquisa, Isadora Nicastro Salvador, pelo telefone: (43) 999717717 ou e-mail: [isadoranicaastro94@gmail.com](mailto:isadoranicaastro94@gmail.com) ou [isadora@uel.br](mailto:isadora@uel.br) Ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone (43) 3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

Isadora Nicastro Salvador

Pesquisadora Responsável

RG 10778729-1

\_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.