

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA

LICENCIATURA EM SOCIOLOGIA

TESE DE LICENCIATURA

2002/2003

O INSUCESSO ESCOLAR NO ENSINO SUPERIOR

ESTUDO DE CASO:

**OS ALUNOS DE LICENCIATURA QUE SE DIRIGEM AO
NÚCLEO DE ACONSELHAMENTO PSICOLÓGICO DO
INSTITUTO SUPERIOR TÉCNICO**

Autoria: Tânia Sofia Correia

N.º 15262

Lisboa, 9 de Setembro de 2003

Professor Orientador: Prof. Protes da Fonseca

Antes de mais, quero agradecer aos meus dois orientadores. Ao Professor Protes da Fonseca, por me ter aceite como sua orientanda mesmo sem me conhecer e com uma tese já iniciada. Obrigado por me ter acolhido e ajudado. À Professora Graça Carapinheiro, por ter estado comigo quando iniciei esta tese e por ter sempre acreditado que seria possível (apesar de todas as dificuldades iniciais).

Quero, também, agradecer a toda a equipa do Gabinete de Estudos e Planeamento do Instituto Superior Técnico, onde estagiei perto de três anos. Obrigada por toda a ajuda, por tudo o que aprendi e pelas magníficas oportunidades que me proporcionaram. Foram uma família que jamais esquecerei.

A todos os terapeutas do Núcleo de Aconselhamento Psicológico do IST, por terem possibilitado esta tese. Sem vocês nada disto teria sido possível. Obrigada por todas as horas dispendidas de volta de processos antigos, de bases de dados complicadas. Obrigado por me terem deixado fazer parte. Esta tese, também, é para vocês... Espero que gostem!

Por fim, quero agradecer a todos quantos me ajudaram a prosseguir quando a vontade era de desistir, a todos quantos me ouviram quando o entusiasmo ou o desalento me invadiam, a todos que me incentivaram e deram a maior das forças nestes dois anos. Vocês sabem todos quem são.

Obrigado! Sem vocês não teria conseguido!

Índice

	Págs.
Introdução	1
I – O Insucesso Escolar no Ensino Superior	4
1. Porquê o Insucesso Escolar no Ensino Superior?	4
2. Mas, o que é o Insucesso Escolar?	8

3. Teorias Explicativas do Insucesso Escolar	10
II – A Sociologia da Saúde e da Doença	16
1. Definições de Saúde e de Doença	16
2. A abordagem Funcionalista	20
3. A perspectiva do Conflito (economia política)	23
4. A abordagem do Construtivismo Social	25
III – A Medicina como forma de Controlo Social	28
IV – A Medicalização	35
1. A Medicalização do Insucesso Escolar	39
2. O Ensino Superior e a Medicalização do Insucesso Escolar	42
V – Estratégias de Investigação	46
VI – Uma Análise Tripartida dos Resultados	51
1. Os alunos/pacientes	51
1.1. Caracterização geral da população	52
1.2. O aluno de licenciatura que recorre ao NAP	53
1.3. O aluno de licenciatura que inicia processo de terapia individual	60
1.4. O perfil do aluno de licenciatura que recorre ao NAP	68
1.5. Fluxos da população estudante no NAP	70
2. O Núcleo de Aconselhamento Psicológico (NAP)	74
2.1. Os Serviços de Aconselhamento Psicológico	74
2.2. Núcleo de Aconselhamento Psicológico – IST	79
2.2.1. História, objectivos e funcionamento	79
2.2.2. Procedimentos relativos ao rastreio	83
2.2.3. Entrevista a duas terapeutas	96
3. A Instituição – IST	118
4. Quando três vectores se conjugam... A Medicalização do Insucesso Escolar	129
VII – Considerações Finais	140
Bibliografia	142

ANEXO I: Número de Anos para a Conclusão de Várias Licenciaturas

ANEXO II: Abandono no IST

ANEXO III: Inquérito aos Alunos do 1º ano, IST

ANEXO IV: Evolução do Número de Matriculados no Ensino Superior em Portugal

ANEXO V: Folhas de Registo da Base de Dados

ANEXO VI: Caracterização Geral da População

ANEXO VII: O Aluno de Licenciatura que Recorre ao NAP

ANEXO VIII: O Aluno de Licenciatura que Inicia Processo de Terapia Individual

ANEXO IX: Fluxos da População Estudante no NAP

ANEXO X: Critérios para a Determinação do Grau de Urgência no Atendimento

ANEXO XI: Apontamentos das Reuniões Relativas aos Rastreios

ANEXO XII: Guião de Entrevista e Entrevistas das Terapeutas

ANEXO XIII: Guião de Entrevista e Entrevista ao Representante do IST

Introdução

A entrada na universidade exige, muitas vezes, por parte dos alunos, adaptações tanto a nível pessoal, como social e académico a uma nova realidade. A transição do ensino secundário para o ensino superior implica, nomeadamente no que diz respeito às tarefas de ordem académica, a adopção de comportamentos adequados às novas exigências com que os alunos se deparam. É comumente aceite que a frequência universitária corresponde a uma fase muito importante no desenvolvimento do jovem adulto que, neste contexto, tem contacto com diversos factores que promovem novas aquisições e reestruturações pessoais. Assim sendo, Almeida (Almeida in Gonçalves, 2001: 90) “aponta as variáveis de natureza pessoal, interpessoal e institucional como determinantes no processo de adaptação e realização académica do estudante no ensino superior”. Todavia, quando esta adaptação não se realiza positivamente, refere-se o problema do insucesso escolar no ensino superior.

A educação centra-se sobretudo no desempenho dos jovens, nos seus resultados quantificáveis, na aquisição de conhecimentos e competências que os preparam para o mundo do trabalho e não tanto na aquisição de uma experiência de vida. A ideia de que a universidade poderia contribuir para um crescimento emocional não é respeitada num contexto em que se dá primazia ao desempenho e às boas qualificações. Deste modo, frequentemente, os problemas relacionados com os estudos (o insucesso) tornam-se um meio pelo qual os jovens expressam o seu desconforto emocional.

Os serviços de aconselhamento psicológico, em meio universitário, surgiram com o intuito de apoiar as instituições de ensino superior a potenciar as capacidades dos alunos no prosseguimento dos seus estudos e do seu desenvolvimento pessoal, através de medidas a nível remediativo, desenvolvimental e preventivo. Foi, pois, inserido neste contexto que surgiu o Núcleo de Aconselhamento Psicológico (NAP) do Instituto Superior Técnico (IST), local (físico e analítico), por excelência, do trabalho que agora se inicia. Assim, tendo por base a temática do insucesso escolar e a forma como ele é apreendido e gerido pelos serviços de aconselhamento psicológico, interessa-me

perceber, partindo do estudo de caso do Núcleo de Aconselhamento Psicológico do Instituto Superior Técnico, não só quais os actores que se encontram em presença naquele espaço mas, igualmente, as suas práticas e estratégias terapêuticas. Concretizando: os alunos que se dirigem ao NAP fazem-no por diversas razões, não necessariamente devido ao seu baixo rendimento académico, mesmo que este exista; os terapeutas perante o quadro que lhes é apresentado terão que desenhar estratégias de intervenção, terão que organizar o seu trabalho de modo a terem uma intervenção eficiente (é importante perceber até que ponto um terceiro actor – a instituição – não condicionará a intervenção do Núcleo) junto dos alunos/pacientes. Do mesmo modo, os alunos têm as suas próprias estratégias sociais que irão condicionar a sua frequência àquele serviço.

De uma forma mais sucinta, o objecto a estudar será: o insucesso escolar no ensino superior: actores, práticas e estratégias.

Ao relacionar-se o insucesso escolar, um fenómeno eminentemente social, com um gabinete de aconselhamento psicológico, não se poderá deixar de questionar quanto à legitimidade daquele serviço para intervir nos problemas escolares dos alunos. Não quero com isto fazer quaisquer juízos de valor acerca da competência daquele gabinete, pois isso é algo que nunca será (foi) questionado. Trata-se, pois, de perceber até que ponto um fenómeno do âmbito (do) social não é transportado e apropriado para o âmbito da psicologia, que encontrará novas formas de nele intervir e “tratar”. Deste modo, a presente pesquisa irá situar-se entre os domínios teóricos da Sociologia da Educação e da Sociologia da Saúde e da Doença. Na primeira, procurar-se-ão argumentos, ditos, sociais para a definição e explicação do insucesso escolar e, na segunda, discutir-se-ão os conceitos de saúde e doença e a possibilidade de considerar-se o insucesso escolar uma doença (ou, pelo menos, um estado de não saúde), o que legitimaria a intervenção médica, neste caso, psicológica. Ao considerá-lo como tal, poder-se-á abrir a possibilidade da medicalização do insucesso. Importa, pois, saber se existem realmente mecanismos de apropriação (e quais são) deste fenómeno, por parte do NAP, o que justificará a sua intervenção terapêutica no domínio. A medicalização do insucesso escolar surge, assim, como uma temática dominante neste trabalho, pois, sob a hipótese da sua existência, ela junta os três actores (alunos, NAP – psicólogos – e

instituição) que, de formas diferentes (com definições de insucesso e práticas e estratégias diferentes), para ela poderão contribuir, sob o objectivo da melhoria dos desempenhos escolares. É, então, sobre este assunto que, no final, se espera trazer um novo conhecimento.

I – O Insucesso Escolar no Ensino Superior

1. Porquê o Insucesso Escolar no Ensino Superior?

Progressivamente o insucesso escolar deixou de ser encarado como um problema isolado, da responsabilidade do aluno que não consegue transitar de ano, mas como um fenómeno social que atinge proporções cada vez mais significativas. Trata-se de um fenómeno com um carácter massivo e constante nos vários níveis de ensino “e presente nas instituições escolares de múltiplos países” (Benavente, 1980: 8).

O ingresso no ensino superior é, para muitos jovens, o culminar de uma longa permanência no sistema educativo. As suas expectativas, os seus projectos futuros, são equacionados tendo em conta a frequência de um curso superior. Desta forma, a entrada na universidade é encarada como um período determinante na vida dos jovens que irá condicionar toda a sua vida futura. Contudo, após esta entrada, acontece frequentemente os jovens não conseguirem obter os resultados que esperavam, o que os leva a experimentar sentimentos de desilusão e frustração que acabam, por vezes, por os impossibilitar de ultrapassar esta situação.

Falar de insucesso é necessariamente falar de alunos que, ano após ano, não conseguem transitar para o nível seguinte ou, mesmo que o consigam, têm um aproveitamento baixo, deixando muitas disciplinas em atraso. Esta situação conduz a um prolongamento da frequência no ensino superior, chegando mesmo a situações extremas de abandono do curso e da escola.

O Instituto Superior Técnico, tal como outras instituições de ensino superior, não é alheio a esta situação: o insucesso escolar nesta instituição passa por elevadas taxas de reprovação e de desistência e por um tempo de finalização das licenciaturas superior àquele, à partida, definido. Entre os anos lectivos de 1989 e 1999, o número médio de anos para a conclusão das licenciaturas variava entre 5,5 e 7 anos, onde a Licenciatura em Engenharia Aeroespacial detinha o tempo de conclusão mais baixo e a Licenciatura

em Engenharia Naval o mais elevado, seguida da Licenciatura em Engenharia Mecânica (6,8 anos) e da Licenciatura em Engenharia de Materiais (6,6 anos). No que diz respeito às restantes licenciaturas, o seu tempo médio de conclusão não se afasta significativamente da média total de conclusão no IST (6,2 anos) (Relatório de Actividades do IST in Correia, 2003: 34) (ver Anexo I).

Torna-se pertinente uma chamada de atenção para a problemática dos abandonos no Instituto Superior Técnico, na medida em que estes poderão espelhar situações extremas de insucesso escolar: alunos que desistem definitivamente do curso e da universidade. Contudo, não se pode deixar de ter em conta que muitos alunos abandonam os seus cursos, não por uma questão de mau desempenho mas, por aqueles não serem de seu agrado, escolhendo, depois, outros da sua preferência. Por isso, não se podem interpretar os abandonos escolares como o resultado de insucesso escolar. De acordo com um estudo efectuado por Silva et al. (2001), as principais razões pelas quais os indivíduos abandonavam o IST foram o desinteresse, a falta de vocação e as baixas expectativas em relação ao curso (ver Anexo II). De salientar, ainda, que, de acordo com o mesmo estudo, são nos dois primeiros anos de frequência da instituição que o grosso dos abandonos se regista, facto este que justifica a criação de programas como o Mentorado e o Grupo de Métodos de Estudo¹ na prevenção do insucesso escolar e do abandono escolar.

É, de igual modo, pertinente evidenciar os resultados de um estudo levado a cabo pelo GAPE (Gabinete de Apoio ao Estudante) (1991) do IST que visava a identificação das causas do insucesso escolar nesta instituição, tendo como objectivo último a promoção do sucesso escolar, no seu seio, através de um diagnóstico de situação. Assim, de acordo com os resultados deste estudo e, apesar de se poder atribuir alguma influência à transição do aluno do ensino secundário para o ensino superior, a qualidade dos alunos do IST é elevada: se relativamente aos hábitos de estudo existe uma deficiência e a adaptação do aluno ao ritmo e forma de trabalho no ensino superior poder trazer prejuízos que podem conduzir ao seu insucesso escolar, em termos da sua formação prévia, esta é adequada às exigências da instituição (facto este comprovado pela média

¹ Estes dois programas foram propostos pelo NAP. O Mentorado, mais tarde, ficou a cargo do Gabinete de Apoio ao Estudante mas o Grupo de Métodos de Estudo ainda hoje se realiza no e a cargo do NAP.

de entrada: no ano lectivo 1990/91, a média aritmética do último aluno admitido nas várias licenciaturas é superior a 15 valores (GAPE, 1991: 12)).

O desinteresse e a falta de motivação pelas matérias ensinadas, experienciados por alguns alunos, não decorre de uma falha na colocação dos mesmos no curso para que estavam vocacionados (já que a maioria dos alunos fica colocada no curso que corresponde à sua primeira opção e, mesmo os que não conseguiram, pouco ou nada fizeram para alterar essa situação) mas, provavelmente, segundo o estudo, da estrutura curricular da licenciatura que não consegue cativar o interesse dos discentes que a escolheram, não correspondendo, por isso, às suas expectativas (GAPE, 1991: 135).

Do estudo acima indicado resultaram três grandes conclusões, ou melhor, três principais causas de insucesso escolar no Instituto Superior Técnico:

- Descoordenação entre as diversas disciplinas do mesmo curso, com consequências óbvias nos diversos momentos de avaliação;
- Carências logísticas de várias ordens, desde as más condições pedagógicas das salas de aula às deficientes condições de estudo em termos de espaços adequados e seu apetrechamento;
- Fraca qualidade dos elementos de estudo e/ou orientação bibliográfica de apoio, acompanhada por uma deficiente exposição das matérias nas aulas.

Um outro estudo, mais recente (Correia, 2003), tinha como objectivo não só problematizar, como sintetizar informação recolhida acerca do insucesso no IST (a partir de diversos estudos realizados no Técnico sobre esta temática), de modo a estabelecerem-se metodologias de análise e reflexão consensuais a aplicar e propostas de medidas e/ou estudos a desenvolver futuramente com o objectivo de promover o sucesso académico. Ora, deste estudo fez parte a realização de um inquérito telefónico a alunos ingressados no IST, no ano lectivo de 2001/2002, que tiveram aprovação a uma ou nenhuma disciplina (ver Anexo III). O objectivo era o de analisar e caracterizar o perfil do aluno com um desempenho escolar bastante insatisfatório, com o objectivo de prevenir um agravamento da situação ou a sua perpetuação. Deste estudo há a destacar

as respostas dos alunos no que diz respeito aos motivos para o seu desempenho tão negativo. Assim, causas como a falta de motivação e a falta de estudo/aplicação são respostas frequentes mas que parecem não estar relacionadas com a satisfação dos alunos quanto aos aspectos pedagógicos do curso ou relativamente às instalações do Técnico, visto os alunos posicionarem-se maioritariamente como satisfeitos ou muito satisfeitos relativamente a estes itens. É quando se questiona os alunos quanto ao seu comportamento enquanto estudantes que as respostas demonstram a sua desmotivação e o seu pouco interesse.

Olhando para os vários estudos apresentados, verifica-se desinteresse, falta de vocação, falta de estudo/aplicação e baixas expectativas por parte dos alunos, problemas que remetem para atribuições internas que o aluno faz para o seu insucesso, ou seja, razões intrínsecas ao aluno e não do âmbito da instituição ou dos docentes, por exemplo.

De referir que ao longo dos últimos anos, no IST, se constatou que em várias disciplinas existe um número significativo de situações em que ocorre *insucesso persistente*, ou seja, ocorrem taxas de aprovação consecutivamente muito baixas. Na verdade, existem várias disciplinas em que as taxas de aprovação (medidas em relação ao número de inscritos) se situam abaixo dos 50%, havendo mesmo várias abaixo dos 30% de aprovação.

Perante este quadro, a escolha do insucesso escolar no ensino superior, mais especificamente no IST, como objecto de estudo irá certamente contribuir para uma melhor compreensão deste problema social que afecta, como os estudos comprovam, um número significativo de alunos. Para tal, o campo de análise não será a instituição como um todo mas, sim, um gabinete, o NAP. Pretende-se, através de um estudo de caso, analisar como este serviço define o insucesso escolar e o modo como o administra dentro do seu campo de acção/competências. Deste modo, a análise dos actores intervenientes e das práticas e estratégias desenvolvidas, no contexto daquele serviço, contribuirão para um conhecimento mais aprofundado daquele fenómeno.

2. Mas, o que é o Insucesso Escolar?

Apesar do seu uso comum, a noção de insucesso escolar é problemática e só recentemente entrou no vocabulário corrente. O insucesso escolar não é um conceito sociológico. Trata-se de uma categoria do discurso social e da prática escolar. O recurso à noção de insucesso marca um momento de transformação de sentido que os indivíduos tendem a dar a fenómenos já conhecidos.

Não se pode tomar o insucesso como uma realidade evidente para a qual basta procurar “causas” e “soluções”. Há que reflectir sobre este fenómeno, não o generalizando, pois poderá cobrir realidades diversas e ser condicionado por contextos históricos específicos. Certamente que condutas e percursos escolares que não correspondem à norma institucional sempre existiram desde o surgimento da forma escolar. Já em finais do século XIX a escola foi confrontada com alunos desobedientes ou escolarmente medíocres. As categorias de pensamento e da prática pedagógica tratavam estes alunos como se a sua incapacidade para satisfazer as exigências disciplinares e/ou intelectuais da escola fossem atribuídas exclusivamente à sua constituição individual, ao seu carácter. As causas deste mau desempenho eram colocadas fora da competência da escola (Isambert-Jamati in Humbert, 1992: 44).

O insucesso escolar torna-se um problema social quando um determinado nível de qualificações, necessário para participar na vida social e, em particular, na vida profissional, não é atingido no período de tempo estabelecido. Segundo V. Isambert-Jamati (in Hassenforder, 1990: 59-60), “l’élève qui échoue c’est celui qui n’a pas acquis dans le délai prévu les nouvelles connaissances et les nouveaux savoir-faire que l’institution, conformément aux programmes, prévoyait qu’il acquière”. É a instituição que define o que é sucesso ou insucesso.

De acordo com Philippe Perrenoud (in Humbert, 1992: 86), o sucesso e o insucesso escolar são representações construídas pelo sistema escolar segundo os seus próprios critérios e procedimentos de avaliação. As apreciações de sucesso/insucesso reflectem normas de excelência, elas próprias solidárias com um currículo em que o conteúdo e a forma influenciam directamente a natureza e a extensão das desigualdades. O insucesso escolar é também o insucesso da escola; a construção do insucesso joga-se na

contradição entre a intenção de ensinar e a impotência relativa da organização pedagógica em alcançar esse fim.

Um aluno tem sucesso, porque a escola assim o declara; ele chumba, porque a escola assim o determina. Tanto o sucesso como o insucesso são representações construídas pela escola, mais concretamente pelos professores e outros examinadores. São o produto da avaliação como prática regular da organização escolar e dos seus agentes, prática essa que está de acordo com procedimentos mais ou menos codificados, subentendidos por normas de excelência e de níveis de exigência institucionalmente definidos. Para que haja insucesso escolar basta que a instituição assim o declare!

A definição do currículo e das normas de excelência definem-se no plano político mas, igualmente, na formação de professores, nos modos de ensino que concretizam e ilustram os planos de estudo.

Os estabelecimentos de ensino e os professores detêm uma certa autonomia na interpretação e no cumprimento de um currículo formal. As escolas determinam o nível de exigência para a passagem de um nível para outro. Quanto aos professores, são eles quem organizam o trabalho escolar, escolhem os exercícios e os conteúdos, dão uma forma concreta aos currículos e às normas de excelência. Explicar a construção do insucesso escolar é também analisar a influência de todas estas escolhas institucionais e sociais, políticas e pedagógicas.

A escola não é uma simples instância de avaliação. Antes de avaliar ela pretende ensinar. Ela julga, pois, os efeitos do seu próprio trabalho de inculcação. Os alunos são avaliados sobre assuntos que tiveram a oportunidade de assimilar previamente. Explicar o sucesso ou o insucesso escolar é inevitavelmente explicar o insucesso do ensino (Perrenoud in Humbert, 1992: 96-97).

Concluindo, o conceito de insucesso escolar é considerado relativo, visto variar em função do sistema educativo implementado. Com efeito, conforme a tradição educativa, as exigências curriculares, as modalidades de avaliação e de orientação, assim irá variar o sucesso/insucesso escolar. A título de exemplo, em Portugal, o insucesso escolar é definido como a “incapacidade que o aluno revela em atingir os objectivos globais

definidos para cada ciclo de estudos”, utilizando-se como indicadores de insucesso as taxas de retenção, de abandonos e de insucesso nos exames. Contudo, outros países da União Europeia têm outras definições de insucesso, uma vez possuem sistemas educativos diferentes do português (EURYDICE, 1995: 47-48).

3. Teorias Explicativas do Insucesso Escolar

A escola, tal como é hoje encarada, é um fenómeno recente. Apesar de ser uma instituição com séculos de existência, cuja função seria a transmissão de “saberes”, actualmente é marcada por uma forte massificação. Por exemplo, o crescimento da frequência do ensino superior aumentou cerca de 30% nas últimas três décadas (Lencastre et al. in Tavares e Santiago, 2000: 75), o que potenciou a diversificação do perfil social dos indivíduos que frequentam este nível de ensino (ver Anexo IV). Assistiu-se à abertura da escola a camadas da população que anteriormente estavam afastadas do saber letrado. Com a “universalização e democratização da educação escolar através do acesso generalizado à escola, do carácter compulsivo da frequência escolar e do estabelecimento de um período de escolaridade obrigatória” (Gomes, 1987: 36), a escola recebeu um público heterogéneo tanto a nível social, como cultural e económico. O fenómeno do insucesso escolar acompanha o surgimento do fenómeno da massificação da escola.

Se todos têm direito à frequência escolar, também não é menos verdade que a escola funciona como um “filtro selectivo que assegura simultaneamente uma socialização necessária ao funcionamento das sociedades e uma reprodução social” (Benavente, 1988: 23). Quer isto dizer que “a escola legitima as diferenças sociais transformando-as em diferenças escolares, que vão, por sua vez, justificar novas diferenças sociais” (Benavente, 1988: 23). O próprio insucesso escolar evidencia por um lado, a incapacidade do sistema educativo em assegurar igualdade de oportunidades a todos os alunos e, por outro lado, a dificuldade do sistema em conciliar uma educação de qualidade com uma educação para todos (EURYDICE, 1995: 49).

O insucesso escolar é um fenómeno que atinge percentagens significativas, constante em todos os níveis de ensino e nas instituições escolares de todos os países. Apresenta um carácter precoce, pois tende a aparecer de uma forma mais intensa nos primeiros anos de escolaridade e é socialmente selectivo, pois o seu grau de incidência varia consoante os meios sociais de origem dos alunos². Por último, o insucesso escolar é visto como um fenómeno cumulativo, ou seja, um aluno que reprove tem uma maior probabilidade de reprovar novamente, não sendo, por isso, encarado como um “acontecimento isolado na vida do aluno”.

Como referido anteriormente é difícil definir insucesso escolar, até porque se trata de um conceito muito relativo. Da mesma forma, a identificação das suas causas também não é uma tarefa fácil. Face ao exposto, propõem-se algumas correntes teóricas explicativas daquele fenómeno (insucesso):

1. Teoria dos “dotes” Individuais

Segundo esta teoria a explicação para o insucesso escolar dos alunos residia nos próprios alunos, a escola mantinha-se “neutra”, isto é, não era apontada como um dos intervenientes/factores explicativos do insucesso. A inteligência era vista como um “dote” natural, como algo inato e hereditário e o facto de um aluno ter um fraco aproveitamento escolar, devia-se somente à sua falta de capacidade e/ou inteligência (Benavente,1980: 10)³. O insucesso escolar é, pois, um sintoma da inadaptação do aluno, a manifestação de um *handicap* individual. Visto tratar-se de um problema individual, resultante de uma deficiência intelectual ou afectiva, as soluções para este problema seriam de cariz individual, dirigidas ao aluno, silenciando-se, assim, a função social do aparelho escolar (Deschamps in Humbert, 1992: 50-51). Segundo esta teoria, a inteligência poderia ser considerada como um factor discriminatório que possibilita classificar hierarquicamente os alunos com base num dado biológico. Deste modo,

² A principal característica da família de origem que influi no aproveitamento escolar é o capital cultural (mais que o económico) dos seus membros, geralmente medido através dos seus níveis de instrução. Quanto mais próximos estiverem certos aspectos da socialização familiar das normas e exigências da escola, maior a probabilidade de ser academicamente bem sucedido. Este facto é comprovado por vários estudos como os de Coleman e Schneider (in Grácio, 2001: 142).

³ O insucesso escolar é o efeito de perturbações e deficiências intrínsecas ao aluno, identificadas através de testes. Tratavam-se, pois, de testes que permitiam aferir sobre o quociente intelectual do aluno (cujo valor médio era 100).

caberia à escola a selecção dos melhores; o insucesso escolar determinaria aqueles destinados a tarefas subalternas e o sucesso aqueles destinados a funções dirigentes, fundamentando-se, assim, a desigualdade entendida com um facto natural (EURYDICE, 1995: 54).

2. Teoria do *handicap* socio-cultural

A partir dos anos 60, e com base na investigação desenvolvida nas áreas da psicologia genética, da sociologia da educação e da psicossociologia, compreende-se que o insucesso escolar não pode ser atribuído somente a causas individuais dos alunos. O facto daquele fenómeno ser considerado massivo, atingindo grandes percentagens de repetência, não pode ser explicado através de características individuais dos alunos.

Trata-se de um problema social, aliás, socialmente selectivo, uma vez que a sua distribuição varia de acordo com a origem social dos discentes. Nas palavras de Forquin (in Hassenforder, 1990: 59), “«l’*échec scolaire*» ne se répartit absolument pas de manière aléatoire par rapport à l’origine sociale des élèves, il frappe beaucoup plus massivement et régulièrement les enfants des milieux populaires (...)”.

A escola pretende fornecer a cada aluno, sem discriminação, toda a cultura possível: acolhe indistintamente todos os alunos, dá a todos oportunidades iguais para se instruírem, o seu funcionamento é de natureza igualitária e a sua mensagem universal. Assim sendo, como se explicaria o insucesso escolar? Na verdade, a escola longe de transmitir conhecimentos “objectivos” e desenvolver nos indivíduos capacidades operatórias culturalmente “neutras”, impõe referências, maneiras de ser e de estar, valores de um dado grupo (o grupo que dispõe, num dado momento, do poder para controlar o sistema educativo), definindo critérios de excelência escolar por referência aos critérios de “excelência humana” que prevalecem no seio desse grupo (Hassenforder, 1990: 89-90). Deste modo, alunos com proveniências sociais distintas apresentam diferenças a nível sócio-cultural, diferenças estas que poderão condicionar o seu bom desempenho escolar. De salientar que nesta teoria, tal como na anterior, é imputada aos alunos a responsabilidade do insucesso.

3. Teoria socio-institucional

Se o insucesso escolar é um fenómeno massivo, socialmente selectivo e cumulativo, não se pode ignorar a escola na explicação daquele, tal como as teorias anteriores fizeram. Neste caso, trata-se de considerar a dimensão social e institucional do insucesso escolar. Assim sendo, “o insucesso escolar é afinal um fenómeno relacional que envolve factores de natureza política, cultural, institucional, sociopedagógica e psicopedagógica; tem a ver com as relações que a escola estabelece com os alunos que vêm de meios mais afastados dos saberes letrados, tem a ver com a dificuldade que a escola (baseada numa igualdade formal e numa suposta neutralidade) tem em se relacionar com os alunos social e culturalmente diversos” (Benavente, 1988: 24).

O insucesso escolar é imputado a múltiplas causas e vários factores encontram-se implicados: relativos ao aluno, ao professor, aos métodos de ensino e programas, à filosofia de ensino, à cultura de referência. Todavia, estas causas variam ao longo dos tempos. Actualmente, as mais apontadas são as de cariz psicológico, social e médico, sendo efectuadas, igualmente, críticas relativas à instituição escolar e à prática docente.

Autores que se dedicam ao estudo do sucesso/insucesso (Tavares et al. in Gonçalves, 2001: 90) apontam as suas “componentes académica social-relacional e bio-psicológica”. Na concepção daqueles (autores) o sucesso “possui uma natureza multifacetada e subjectiva. “Multifacetada, porque quando se fala em sucesso este nos remete para uma noção mais abrangente que tem a ver com a adaptação bem sucedida, e que avalia o sucesso, não só no domínio académico, mas também nos domínios social-relacional e bio-psicológico. Subjectiva, porque um mesmo desempenho pode ser percebido de forma diferente dependendo dos objectivos do aluno” (Tavares, 2000: 202). Quer isto dizer que, por vezes, uma situação considerada de sucesso/insucesso escolar, por exemplo para uma instituição universitária, não o é para o estudante que teria objectivos diferentes dos institucionalmente considerados como correctos. Assim,

quanto aos objectivos, intenções ou propósitos – o que se pretende conseguir – pode-se falar em dois tipos conforme sejam definidos para ou pelo aluno.

Deste modo, o sucesso seria considerado como a “razão entre o que se pretende conseguir (objectivos) e o que efectivamente se conseguiu (os resultados)” (Tavares et al. in Gonçalves, 2001: 90). Considera-se que quer os resultados (objectivos) quer a satisfação (subjectiva) com esses resultados são indicadores de sucesso. O insucesso será portanto o inverso desta situação, ou seja, aquilo que não se conseguiu face aos objectivos iniciais.

De realçar que, na definição dos objectivos bem como nos resultados conseguidos há a ter em consideração a influência dos recursos internos do aluno (competências físicas, psicológicas e cognitivas) e dos recursos externos (meios humanos e materiais, necessários para alcançar os objectivos) (in Tavares, 2000: 202). A nível académico, o sucesso/insucesso deverá ser equacionado ao analisar as competências de estudo e aprendizagem dos alunos e as suas relações com o rendimento académico. Este, por um lado, transparece as classificações nas diversas disciplinas que serão, em princípio, o resultado das avaliações dos docentes e, por outro lado, é dele que depende “a progressão na escolaridade, a opção por uma determinada carreira, a satisfação pessoal, o interesse e a motivação do estudante” (Gonçalves, 2001: 91).

Não obstante, há a salientar a contribuição de Tavares e Silva (in Tavares e Silva, 2001: 150) no que concerne à definição de sucesso escolar, levando-a mais longe do que os meros resultados escolares. De acordo com estes autores, mais do que falar em sucesso escolar, deverá falar-se em sucesso académico. Este “não poderá, na realidade, ser medido apenas pelo rendimento escolar atingido nas diferentes disciplinas do seu plano de estudos e pelo nível mais ou menos elevado das suas classificações. Hoje, conta, sobretudo, o seu desenvolvimento integrado pessoal e social, o seu equilíbrio, o bom senso e maturidade, a sua capacidade de criatividade e de desenvolver relações humanas entre pares e superiores hierárquicos e de ajudar a resolver tensões e conflitos em ambientes de trabalho”. E, continuam, acrescentando: “sucesso académico integra, por um lado, de alguma forma o sucesso familiar, escolar, educativo e, por outro, possibilita e potencializa o sucesso social, profissional, cultural, axiológico, numa palavra, humano”.

Na sequência do anteriormente referido, surge o conceito de insucesso escolar, menos abrangente, que diz respeito sobretudo a baixas qualificações escolares, retenções e abandonos, isto é, a um impedimento ao “correcto” prosseguimento dos estudos, definido institucionalmente. E, existe ainda o conceito de insucesso académico, mais abrangente que, para além de abarcar as qualificações escolares, abarca outros aspectos relacionados com a transição/adaptação ao ensino superior, bem como variáveis relacionais e psicológicas. Neste caso, o insucesso académico (ou o sucesso) já não é somente definido pela instituição e de acordo com os seus parâmetros; é face ao aluno, aos seus objectivos, às suas características, que o insucesso é definido. Resta, pois, saber de que forma o Núcleo de Aconselhamento Psicológico define insucesso. Limita-o às meras qualificações escolares (insucesso escolar) ou define-o de uma forma mais abrangente, considerando variáveis psicológicas, entre outras, na sua definição e como potenciadoras do mesmo? E ao fazerem-no poderão estar a justificar, de algum modo, a sua intervenção clínica?

A título de conclusão, o sucesso ou o insucesso escolares têm origens, consequências e efeitos sociais que ultrapassam a problemática individual de cada aluno. Segundo Bernard Gibello (in Humbert, 1992: 235-236), o insucesso escolar não é um sintoma clínico. É, sim, um estado que pode resultar de numerosas circunstâncias; é um sinal que deve ser analisado por forma a aferir se tal pertence ao domínio médico-psicológico ou a outro qualquer.

II – A Sociologia da Saúde e da Doença

1. Definições de Saúde e de Doença

Quanto maior a dimensão do problema emocional sentido pelo aluno, maior a dificuldade em desempenhar com sucesso algumas tarefas, nas quais se incluem as de índole académica. Assim, surgem, por vezes, problemas de insucesso escolar que poderão resultar de um distúrbio emocional. A intervenção sobre o distúrbio que o aluno apresenta irá, possivelmente, repercutir-se a nível do desempenho escolar.

Assim sendo, seja o insucesso o causador do problema emocional do aluno ou seja algum outro distúrbio que provoque o insucesso escolar, a verdade é que o tratamento daquele distúrbio poderá conduzir ao “tratamento” daquele insucesso. Será então que ao fazê-lo, ao “tratar” o insucesso, não se estará a considerá-lo uma doença, ou, pelo menos, um sintoma de uma doença ou distúrbio? Mas o que é saúde e o que é doença?

Saúde, sob um ponto de vista mais comum, é entendida como a ausência de doença que, por sua vez, poderá ser entendida como a manifestação de um distúrbio na estrutura ou no funcionamento do corpo (Calnan, 1985: 11). Contudo, relativamente a este assunto as teorias divergem segundo as diferentes sociedades e as diferentes épocas.

Somente a partir do início do século XIX, com o desenvolvimento do paradigma científico e com o estudo da etiologia das doenças que a conceptualização sobre a doença se modificou. Se até então, a doença era vista como um desequilíbrio no corpo humano ou como o resultado de factores sobrenaturais, a partir deste momento as doenças são encaradas como tendo causas específicas que podem ser identificadas e tratadas. Desta forma, podem-se estabelecer categorias específicas de doenças nas quais se “encaixam” as patologias dos doentes. A doença passou a ser encarada como universal, ou seja, espera-se que os sintomas, os processos e os tratamentos das doenças sejam iguais nos diferentes períodos históricos e nas diferentes culturas e sociedades.

Verifica-se, pois, o domínio da medicina científica. O modelo mono-causal de doença está associado à teoria dos germes e ao desenvolvimento da medicina moderna. Esta

envolvia uma especialização crescente do conhecimento e uma divisão do trabalho, organizando-o de acordo com os diferentes órgãos do corpo, em detrimento da compreensão do todo (de toda a pessoa) (Turner, 1990: 9). O corpo é uma máquina que deve ser examinada e tratada, respeitando os resultados dos testes de diagnóstico e sem dar atenção aos sentimentos, emoções e percepções do problema que o paciente possa ter. Este tipo de abordagem à doença levou a que saúde e doença fossem vistas em termos individuais; as causas das doenças e a responsabilidade pela saúde residiam no indivíduo (Calnan, 1985: 14). A promoção da saúde cabia à intervenção médica, aumentado, por um lado, a resistência natural do organismo e, por outro lado, pondo normal o organismo no qual tivesse sido identificado um distúrbio. A isto se chamou o Modelo Intervencionista Biomédico (Calnan, 1985: 14). Esta abordagem intervencionista à saúde é ainda aquela que mais prevalece, sendo justificada pela sua eficácia no controlo da doença e no melhoramento da saúde das populações (Calnan, 1985: 15). Não obstante, a medicina científica não deixa de ser criticada. Segundo Turner (1990: 13), “scientific medicine is limited because it is based upon a narrow, specialised and technical view of the human body as a machine which responds in a determinate way to the therapies derived from clinical experience and basic research”.

Para o Modelo Biomédico é a alteração de parâmetros biológicos que define a doença. Esta é vista como uma anomalia no corpo do indivíduo. Contudo, este modelo tem vindo a ser criticado no que concerne à eficácia assumida pela medicina científica ocidental e à presunção de que a medicina é objectiva e sem valores. É criticado, igualmente, por não ter em consideração aspectos psicológicos, sociais ou comportamentais do indivíduo, bem como as próprias forças sociais que influenciam as abordagens à doença e o rotular das mesmas (Calnan, 1985: 14-15).

O Modelo Intervencionista Biomédico contrasta com o chamado Modelo Social de Saúde que valoriza as variáveis ambientais, sociais e económicas na determinação das causas das doenças.

Hoje, fala-se de um modelo multi-causal de doença. Segundo este modelo, as causas físicas e biológicas da doença relacionam-se com uma variedade de outras causas, incluindo factores ambientais e sociais, contrariando a perspectiva do modelo anterior (modelo mono-causal de doença) que considerava a doença como o resultado de um

único factor de risco (Calnan, 1985: 20). O reconhecimento dos efeitos de factores sociais e psicológicos na saúde contribuiu para o estudo epidemiológico das causas das doenças e possibilitou o alargamento das definições de saúde, de modo a que abarcassem critérios sociais e emocionais para além dos critérios clínicos. Neste sentido, e segundo a O.M.S. (Organização Mundial de Saúde), o conceito de saúde radica na noção de bem-estar – físico psíquico e social – e não meramente na ausência de doença.

Deste modo, poder-se-á presumir que um aluno com mau desempenho escolar não esteja em conformidade com as três noções de bem-estar que o conceito de saúde abarca? Desde já se adianta que este aluno não se encontra em conformidade com as noções de saúde. Mesmo que aquele (aluno) considere estar bem física e psicologicamente, a nível social ele encontra-se numa situação desviante, pois infringe a norma social que preconiza o bom desempenho escolar como o correcto. Quanto às outras duas noções de bem-estar, já se viu que ambas integram a definição de sucesso académico (não esquecer as suas componentes social-relacional e bio-psicológica). Logo, quando estas não se verificam poderemos estar perante uma situação de insucesso⁴. Portanto, a forma como o NAP define e interpreta o insucesso poderá contribuir para que aquele fenómeno seja colocado sob o domínio terapêutico (de práticas terapêuticas).

Será que estamos perante uma situação de doença? Será o insucesso escolar uma doença? Um estado de saúde pleno não é, como aliás já se constatou. Contudo, não o podemos considerar uma doença mas, antes, como um estado de não-saúde. Um estado que não permite um bem-estar pleno mas que não está de acordo com as noções médicas de doença. O estado de não-saúde não está de acordo com as noções objectivas e universais de doença, reporta-se antes para as condições subjectivas dos indivíduos, para a forma como estes se sentem face a um desconforto, neste caso, escolar que tem implicações no seu bem-estar físico e psicológico.

⁴ De acordo com alguns estudos (Wintre e Sugar in Santos, 2001), constatou-se que os estudantes universitários estão sujeitos a elevados níveis de stress e ansiedade que poderão acarretar consequências negativas para o seu bem-estar físico e psicológico mas, também, para o seu desempenho escolar.

Actualmente, para compreender o que é estar doente só é possível com a intervenção de variáveis não biológicas; estar doente é também um estado social e não meramente biológico. Os conceitos de saúde e doença são realidades socialmente construídas e podem considerar-se fenómenos sociais em, pelo menos, dois sentidos: por um lado, frequentemente a doença varia de acordo com o grupo social, seja visto em termos de sexo, idade, etnicidade ou classe social. “Health and illness are socially patterned and an individual’s social position may have an important bearing on their experience” (Macintyre in Bury, 1997: 1). “The social patterning of illness is also temporal in character, whether this is conceived of in terms of its historical dimensions or the different stages of an individual’s life course or biography” (Blaxter in Bury, 1997: 1).

Por outro lado, a saúde e a doença são fenómenos sociais, porque inevitavelmente acarretam implicações no funcionamento da sociedade, tanto a um nível micro como a um nível macro. As experiências de saúde ou de doença influenciam o nosso relacionamento com os outros, as tarefas do dia-a-dia e as representações de nós próprios. É importante, pois, que se faça a distinção entre a doença como uma anormalidade/distúrbio no sistema biológico e a doença como experiência de estados alterados de bem-estar e do funcionamento social ou como experiência subjectiva de mal-estar. Estas duas formas de encarar a doença nem sempre estão em concordância: alguém poderá sentir-se doente sem que realmente o esteja e vice-versa (Pereira, 1987). Será o insucesso escolar o resultado de um possível distúrbio no sistema biológico ou o resultado de uma experiência alterada de bem-estar? Ou será ele próprio o causador dessa experiência subjectiva de mal-estar? Se assim for, justifica-se, de certo modo, tanto a procura dos serviços de aconselhamento por parte dos estudantes, como a intervenção daqueles serviços face a situações de maus desempenhos escolares.

O ser considerado doente é, segundo os defensores da teoria do *social labelling*, mais determinado pela condição social e pelas normas sociais do grupo a que o indivíduo pertence, do que propriamente pelos sintomas objectivamente sentidos. O rotular de uma pessoa como doente é o resultado de negociações sociais entre ela, o seu médico, a família, etc. e esta rotulação tem impacto sobre a doença e os seus sintomas (Waxler in Pereira, 1987: 186). Ou seja, “a rotulação de alguém como doente depende não só de evidências médicas objectivas, mas também de negociações sociais entre várias partes,

em contextos institucionais e sociais que desempenham um importante papel na negociação” (Pereira, 1987: 186).

Também os aspectos culturais se assumem de grande importância na definição de doença e de doente. O exemplo mais conhecido é o facto da reacção perante a dor variar consoante (entre outras razões) a cultura de proveniência do indivíduo e o significado que lhe é atribuído. “A doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como a percebemos, experimentamos e com ela lidamos é baseada nas nossas explicações de doença, específicas das posições sociais que ocupamos e dos sistemas de valores que possuímos” (Kleinman, Eisenberg e Good in Pereira, 1987: 186).

A concepção de doença não é imutável. Trata-se de um conceito com um carácter construído que, com o tempo, sofre alterações. O que é considerado um estado de doença ou de não doença tem vindo a sofrer reconceptualizações, não só devido ao avanço e ao contributo da ciência médica mas, também, graças aos contributos que a Sociologia, e concretamente a Sociologia da Saúde e da Doença, vêm oferecendo. O modo como os médicos e os investigadores da área da saúde transmitem o que é a doença e a forma como as pessoas a aceitam são, portanto, produto de condições históricas específicas. Torna-se, assim, pertinente, dentro do campo da Sociologia da Saúde e da Doença, abordar três perspectivas que trazem importantes contributos no que concerne à definição de saúde e de doença: a abordagem funcionalista, a perspectiva do conflito (economia política) e a abordagem do construtivismo social.

2. A abordagem Funcionalista

A primeira perspectiva sociológica que desenvolveu uma abordagem relativa à saúde e à doença foi a funcionalista. Esta abordagem preocupava-se com a importância da saúde no funcionamento do sistema social como um todo. Na perspectiva de Parsons, “health was conceived of as one of the preconditions of social action. An optimum level of health in the population as a whole was seen as a prerequisite for the smooth functioning of modern society, based as it is on achievement and effective social organisation” (in Bury, 1997: 4).

Para o mesmo autor, saúde era definida como “the state of optimum capacity for an individual for the effective performance of the roles and tasks for which he has been socialised” (Parsons in Calnan, 1985: 33). A doença, quer tivesse origens biológicas quer sócio-culturais, era definida como algo que impedia os indivíduos de desempenharem correctamente as suas tarefas e papéis sociais. Deste modo, a doença é vista como um “custo” para a sociedade, algo que impede o indivíduo de realizar o que a sociedade exige de si. Assim, estamos perante uma visão de doença como um potencial estado de desvio social, em que, de alguma forma, não se conseguem cumprir as expectativas e as normas sociais. A doença é, então, vista como um estado “anormal” do corpo humano, causadora de disfunções físicas e sociais e que, como tal, deve ser rapidamente tratada.

Será que, de acordo com esta perspectiva, o insucesso escolar poderá ser considerado uma doença? O insucesso é considerado como um desvio social, algo que não se encontra em conformidade com a norma: o sucesso escolar. Um aluno que esteja em situação de insucesso não poderá desempenhar de uma forma óptima os papéis e tarefas para os quais foi socializado. Ao mesmo tempo, o insucesso é um “custo” para a sociedade, impedindo o aluno de cumprir aquilo que de si era esperado e obrigando-o a permanecer mais tempo na instituição de ensino para além daquele estipulado. Ao efectuar uma analogia entre a doença definida dentro da perspectiva funcionalista e o insucesso escolar, poder-se-á constatar que existem pontos de encontro entre os dois fenómenos, mas que não permitem definir o insucesso como uma doença, visto este não implicar directamente um problema físico (orgânico). Quanto muito, o insucesso escolar poderá ser o efeito ou a causa de um distúrbio físico e/ou psicológico.

Médico e paciente assumem papéis sociais bem definidos na sua interacção que permitem minimizar os custos humanos e os efeitos possivelmente disruptivos para a sociedade. O papel do primeiro assume uma maior preponderância, visto ser ele quem define o que é saúde e doença, legitimando, deste modo, o próprio papel social do doente que, por sua vez, estando mais vulnerável, devido ao seu próprio estado, é forçado a depender da verificação oficial do médico para atestar o seu estado de saúde. Parsons desenvolveu, dentro da perspectiva funcionalista, uma análise do papel do paciente, considerando-o como um meio indispensável para contornar a ameaça que a doença representa, tanto para o bem-estar do indivíduo, como para o da sociedade. O

sick role proporcionava, assim, a possibilidade de o indivíduo assumir durante um certo período de tempo um estado desviante e dependente sem que, por isso, pusesse em causa a coesão social a um nível micro ou macro.

Como referido anteriormente, a doença é considerada como uma forma particular de desvio. Contudo, apesar do indivíduo poder não ser considerado responsável pelo seu estado, existe sempre um certo grau de “motivação” relativamente à doença se não em termos do seu aparecimento, pelo menos em termos da sua manutenção. Neste sentido, estar doente é visto como um “negatively achieved role” que resulta de não ter conseguido manter-se bem (Bury, 1997: 84). No entanto, o paciente tem alguns direitos que o *sick role* lhe confere. O papel de doente é temporário, atinge qualquer indivíduo independentemente do seu estatuto e é universal. Parsons criou o papel de doente como um tipo-ideal, constituído por quatro suposições: (1) isenção do desempenho do seu papel social normal (obrigações); (2) isenção de responsabilidade pelo seu estado; (3) o doente deve estar motivado para a cura o quanto antes; e (4) o doente deve procurar a ajuda técnica competente e cooperar com os especialistas médicos (in Calnan, 1985: 45-46). Para que este não se torne um estado desejado, o médico é identificado como *gatekeeper*, visto controlar o acesso ao papel de doente e definir o que é ou não doença (de uma forma oficial) (Calnan, 1985: 47).

Parsons, baseando-se no pensamento psicanalítico, argumenta que o paciente vai ao médico num estado de aflição e de necessidade, sem possuir o conhecimento ou a capacidade necessária para cuidar do seu caso. Ele está, portanto, num estado emocional muito vulnerável. O médico, por seu lado, encontra-se numa posição de poder sobre o doente e pode aumentar o seu poder à medida que se introduz na vida pessoal do doente (Bury, 1997: 83). Portanto, “the role of the medical profession is to act as a necessary institution of social control, or a moral guardian of society, using its power to distinguish between normality and “deviance” as the Church once did” (Lupton, 1994: 7). Os processos terapêuticos são vistos como mecanismos de controlo social que, postos em prática, podem controlar os desviantes (doentes). A frequência de um serviço de apoio psicológico por parte dos alunos com queixa de insucesso não deixa de ser uma forma de controlo. Ao se “tratarem” estes casos admite-se que o insucesso escolar é um estado de desvio que deve ser corrigido e normalizado através de processos

terapêuticos que podem ou não incidir directamente sobre o insucesso mas que terão, certamente, efeitos sobre ele.

3. A perspectiva do Conflito (economia política)

Uma das maiores críticas colocadas ao trabalho desenvolvido por Parsons prende-se com a sua aparente falta de atenção para questões relacionadas com a mudança social e com o conflito social. É assim que nos anos 70 surge a perspectiva do conflito, como uma reacção à abordagem funcionalista.

Concluiu-se que as divisões sociais e o conflito estariam na origem de padrões observados de doença. A saúde e a doença não eram somente eventos biológicos ou o resultado de formas específicas de forças sociais, eram, também, criadas socialmente através da privação e do colapso do ambiente social (Gerhardt in Bury, 1997: 6).

O conflito estava igualmente patente na relação médico-paciente. Enquanto Parsons via esta relação como simétrica e uma gestão funcional da doença, autores havia que discordavam totalmente desta posição. Freidson (in Bury, 1997: 6) era um deles. Para este autor, o modelo médico racional mais não era que uma forma de exercer domínio médico sobre o paciente, retirando da consulta médica qualquer construção leiga sobre a doença. Era, portanto, criticada a prevalência da definição médica de doença. Freidson distingue entre doença como um fenómeno biofísico que existe independentemente da avaliação humana e a experiência da doença que depende da resposta social à doença (biológica), incluindo a da profissão médica.

Importa destacar duas importantes diferenças entre Parsons e Freidson. Primeiro, ao passo que Parsons preconiza uma visão funcionalista da estrutura social em que esta é unitária e homogénea, na qual os indivíduos aceitam e respondem a um sistema de valores, já Freidson rejeita esta visão, argumentando que existe uma multiplicidade de sistemas de valores o que leva a diferentes definições de doença e de sintomas entre os vários grupos de uma sociedade. “Where Parsons saw legitimate authority and trust, Freidson saw “medical dominance” and suppressed conflict. And while Parsons saw the social control functions of medicine and the doctor-patient relationship as having

positive outcomes, Freidson, in contrast, saw them as far from therapeutic” (Bury, 1997: 88).

Segundo, Freidson considera que é a profissão médica que rotula de doença algo que anteriormente não era visto como tal ou que anteriormente estava sob a jurisdição de outra instituição. Assim sendo, o autor não considera que o médico apenas sirva para legitimar o comportamento doente de alguém, ele é, também, o criador da possibilidade social de estar doente. Os médicos, ao influenciarem os indivíduos no que respeita às crenças acerca das doenças, minimizam a reacção social ao desvio. Não obstante, a grande consequência da actividade médica é aumentar o número de condições que poderão estar sujeitas a tratamento dentro da esfera médica o que, por sua vez, aumenta a intensidade das reacções sociais a tais condições, sublinhando a sua seriedade para a saúde individual e/ou pública. Deste modo, “the medical profession “is therefore engaged in creating, indeed pressuring for the proliferation of situations that create deviant illness roles”” (Freidson in Calnan, 1985: 55).

Apesar das perspectivas anteriores terem sido de grande importância no desenvolvimento da Sociologia da Saúde e da Doença e ainda hoje o serem, a verdade é que desde esses tempos têm-se verificado grandes mudanças a nível social que, inevitavelmente, condicionam o que se entende por saúde e por doença. Assim, e de uma forma sucinta, apresentam-se quatro grandes aspectos de mudança:

- Mudanças nos padrões de doença e a crescente importância das doenças crónicas em detrimento das doenças infecciosas agudas (Bury, 1997: 8). A natureza do ser “paciente” alterou-se muito nos últimos anos. A população envelheceu e o crescimento das doenças crónicas tem sido acompanhado por um maior conhecimento, pela parte dos doentes, acerca do seu estado de saúde (Bury, 1997: 81).
- Uma maior ênfase na saúde, tanto da parte dos profissionais médicos, como das representações leigas. Houve uma deslocação cultural de uma preocupação com a doença para uma preocupação com as questões de saúde. Isto levou a que temas como estilos de vida, comportamentos relacionados com a saúde ou a promoção da saúde se tornassem dominantes, substituindo assuntos como a prevenção da doença ou a intervenção médica (Bury, 1997: 9).

- Mudanças nas estruturas sociais e económicas das sociedades, nas quais a autoridade médica e outros processos chave relacionados com o *self* e a sociedade estão a ser significativamente alterados (Bury, 1997: 8).
- Mudanças na própria Sociologia Médica com novas perspectivas tais como a feminista e a do pós-modernismo.

4. A abordagem do Construtivismo Social

O construtivismo social tem vindo a ter uma importância cada vez mais significativa no âmbito da Sociologia da Saúde e da Doença, graças à influência crescente do pós-estruturalismo, das teorias feministas e dos estudos foucauldianos. O pós-estruturalismo é essencialmente uma abordagem que questiona a existência de verdades absolutas. O que é considerado “verdade” deve ser encarado como o resultado de relações de poder e como tal nunca poderá ser neutro. Esta abordagem preconiza que todo o conhecimento é produto de relações sociais e, como tal, sujeito à mudança. Desta forma, o conhecimento não é uma realidade independente mas, sim, participante activo na construção dessa mesma realidade (...) (Lupton, 1994: 11). Esta nova perspectiva na Sociologia da Saúde e da Doença foi especialmente influenciada por Foucault. “In the depiction of a transition to a “postmodern society” the unifying categories of culture, social roles, self and identity give way to notions of fragmented and disorganised social relations, of renewed interest in “multiple realities” and of “decentred” selves. Much of this sociology has become less concerned with exploring existing theoretical perspectives or gathering reliable and valid data, and more concerned with tracing links between knowledge and power and the ways language and “truth claims” constitute reality (including subjectivity)” (Bury, 1997: 12). De salientar que a aplicação desta perspectiva na Sociologia e na História é geralmente denominada de construtivismo social.

Esta abordagem não chama necessariamente a atenção para a realidade da doença ou para os estados de doença, ela enfatiza que estes estados ou experiências de doença são conhecidos e interpretados socialmente e, como tal, é através de uma análise cultural e social que devem ser examinados. A abordagem do construtivismo social considera que todas as categorias médicas são construções sociais que definem e dão significado a

certos acontecimentos. Segundo Sedgewick (in Calnan, 1985: 28) “natural events, such as fractures of bones, ruptures of tissues, and tumorous growths, do not constitute illnesses, sicknesses, or diseases prior to the human social meanings we attach to them”. Deste modo, a Medicina⁵ é uma prática social que observa, codifica e interpreta os sofrimentos. Os conceitos de doença não são trans-históricos, nem tão pouco universais, são, sim, o reflexo de uma forma particular de olhar determinado fenómeno. O conhecimento médico mais não é do que uma série de construções que estão dependentes de cenários histórico-sociais, nos quais ocorrem e onde são renegociáveis (Lupton, 1994: 11). O facto de o insucesso se ter tornado objecto de trabalho/intervenção de um Núcleo de Aconselhamento Psicológico é o resultado de uma forma específica de olhar este fenómeno, característica de uma dada época e de uma dada sociedade.

No desenvolvimento da abordagem do construtivismo social há a destacar o trabalho de Foucault no estudo da história do conhecimento médico. Com base numa análise da história das ideias médicas, em França, o autor demonstra como os diferentes modos de ver o corpo, *clinical gaze*, são preponderantes na mudança de abordagem médica bem como na visão das doenças. Foucault identifica, nos finais do século XVIII, uma transformação na abordagem dominante de doença. Esta transformação fica a dever-se sobretudo ao desenvolvimento de um novo tipo de clínica, que privilegia a observação e o exame detalhado do funcionamento interno dos corpos, possibilitando, assim, o desenvolvimento do *clinical gaze* (Calnan, 1985: 29-30). Contudo, o corpo dócil, que pode ser vigiado, usado, transformado e melhorado não ficou limitado ao exame médico no hospital, ele também o era (examinado) na escola, na prisão, na instituição militar.

O século XX viu consolidar-se um olhar reducionista, *reductionist gaze*, à medida que se desenvolvem procedimentos que permitem tanto uma maior vigilância como uma maior especialização em partes do corpo distintas. O corpo é, então, decomponível. Armstrong (in Calnan, 1985: 30) não só partilha desta opinião, como chama ainda a atenção para o desenvolvimento de um novo olhar clínico (*clinical gaze*), um que não fica circunscrito aos limites físicos do corpo mas que abarca a sua esfera social. As doenças deixam de ser vistas somente como pertencentes a um corpo individual, elas

⁵ A Psicologia, não sendo propriamente uma especialidade médica, também é uma prática social que observa, codifica e interpreta os sofrimentos, simplesmente o foco da sua observação é diferente.

passam a ser entendidas como fazendo parte de um contexto e de um espaço social (que poderão estar na origem das causas dessas doenças). É assim que o mesmo autor justifica a criação de novas especialidades médicas. A nova forma de ver a natureza e a origem das doenças chama a atenção para os problemas específicos a certos grupos sociais que, por sua vez, lhes terão dedicadas especialidades médicas, como é o caso do desenvolvimento da geriatria e da pediatria.

Aquando da consulta médica, na construção de um diagnóstico, o médico não se limita a observar o corpo do paciente e a procurar o foco de mal-estar, existe toda uma preocupação com o seu contexto social, experiências, preocupações, estado emocional, etc. que poderão estar relacionados com o actual estado do doente (Armstrong in Calnan, 1985: 32). No caso dos estudantes que se dirigem ao NAP do Instituto Superior Técnico, a preocupação com este tipo de variáveis torna-se primordial, pois, visto tratar-se de um Núcleo que presta serviços de apoio psicológico serão aquelas (variáveis) que irão ser determinantes na elaboração de um diagnóstico (e não tanto sintomas físicos, apesar de, por vezes, também os haver) que permitirá intervir sobre a queixa do cliente⁶. Quer a queixa seja devido a problemas escolares ou não, o acompanhamento prestado pelos terapeutas terá, certamente, efeitos nesse campo.

O facto de a medicina e das diferentes categorias de doença terem sido “invadidas” por forças sociais não significa, de acordo com a abordagem construtivista, que a Medicina não seja científica. Significa, sim, que tanto a Medicina como a ciência são sociais. Assim, e segundo Armstrong (in Calnan, 1985: 33), “the aim is not to search for a timeless medicine unaffected by its social context, but rather to recognise and understand the inherently social nature of medicine. Nevertheless, this approach, like the medicalisation thesis, serves to challenge the claim that modern medicine is technical, asocial and value-free”.

⁶ Cliente é a forma mais usual de tratamento, por parte dos terapeutas do NAP, quando se querem referir aos indivíduos que procuram o serviço.

III – A Medicina como forma de Controlo Social

É inegável o enorme contributo do trabalho de Parsons para o entendimento da dimensão social do encontro entre médico e paciente. E, a teoria funcionalista (tal como a psicanalítica) manteve-se até aos anos 70 como uma das teorias sociológicas mais importantes no âmbito da Sociologia Médica. Todavia, aquela não deixou de ser criticada; é acusada de negligenciar o potencial conflito que poderá estar inerente na interacção médico-paciente. Este é sempre visto como um actor passivo, submetido ao poder médico e agradecido por haver alguém que se ocupe dele; ao passo que o médico é visto como competente e altruísta. Contudo, e segundo as críticas produzidas, existe sempre um conflito de interesses entre estes dois actores. Médicos e pacientes podem ter objectivos muito diferentes: os primeiros podem ter como meta efectuar o seu trabalho com vista a terem recompensas monetárias e a progredirem na carreira, enquanto que os segundos poderão procurar nos médicos um alívio para a sua perturbação. Este conflito é expresso por uma luta de poder, que poderá ser explícita ou implícita, envolvendo uma permanente negociação entre ambos os actores. É apontado, também, que os comportamentos que médicos e doentes apresentam são determinados por condições externas ao encontro médico e que, por isso, afectam a sua relação (Lupton, 1994: 7-8).

Durante os anos 60 e 70 foi desenvolvida uma análise crítica acerca do poder que a Medicina detinha e exercia, reagindo-se, deste modo, a uma importância crescente que o pensamento e a prática médica tinham vindo a adquirir desde a Segunda Grande Guerra. Eliot Freidson (in Bury, 1997: 22) foi um dos autores que se dedicou à crítica do poder profissional médico. Para este autor, a Medicina e os médicos, baseados num modelo técnico-científico de doença, contrastavam com os conhecimentos leigos que os indivíduos detinham acerca da doença. A extensão e organização crescentes da Medicina moderna ameaçavam, segundo Freidson, as liberdades das populações; são os médicos que decidem o que é ou não é doença, excluindo as preocupações dos pacientes da prática médica.

Freidson, ao contrário de Parsons que dizia haver um elevado grau de reciprocidade entre o médico e o paciente, afirma existir um conflito de perspectivas inerente à relação médico-doente. Este conflito foi construído dentro da Medicina moderna. Por

sua vez, este facto assenta nas diferenças existentes conforme se entenda a doença dum ponto de vista biológico ou social. Segundo Freidson, “while illness as a biophysical state exists independently of human knowledge and evaluation, illness as a social state is created and shaped by human knowledge and evaluation” (in Bury, 1997:22). Freidson vê a doença como “a form of social deviance [which] is “imputed and not merely there”” (in Bury, 1997: 22).

O desenvolvimento da Medicina, aliado ao desenvolvimento de uma profissão médica conduziu a uma “objectivação da doença”. A aceitação, por todos, de uma visão objectiva da doença levou a que aquela profissão marginalizasse todos aqueles que não partilhassem a sua visão. A doença e o paciente são duas entidades distintas, levando a que este último fique sob o domínio de um poderoso *expert*: o médico. Deste modo, a profissão médica torna-se um factor chave num controlo social cada vez mais sofisticado e diferenciado da modernidade. É o médico que conhece a doença e sabe como curá-la, é ele o agente activo. Por seu turno, o paciente é apenas aquele que, passivamente, se limita a receber os seus cuidados. O poder da Medicina e dos médicos é algo que não se limita ao campo da doença, estende-se progressivamente a mais áreas da vida, como a saúde, os estilos de vida, os comportamentos de risco, entre outros. A Medicina não se limita ao estudo da desordem, ela abarca, também, o estudo de populações “normais”.

O discurso dos especialistas, uma vez serem eles quem determina o que é e não é doença, tem o poder para modelar as percepções públicas e as sensibilidades privadas sobre vários assuntos (doença, saúde, comportamentos de risco, “bons” estilos de vida, etc.).

De salientar o trabalho de Foucault acerca do poder, que permitiu aos sociólogos pensar sobre a medicalização da sociedade dentro de um novo corpo teórico, onde o exercício do poder médico era visto em termos de práticas locais difusas (Turner in Petersen, 1997: xiii). Foucault considerou que o poder e o conhecimento estavam inevitavelmente interrelacionados: uma extensão de poder envolve um aumento de conhecimento e toda a elaboração de conhecimento envolve um aumento de poder. Por exemplo, o desenvolvimento da Psicologia e da Psiquiatria, vistas em termos de formas de

conhecimento, relaciona-se com uma extensão de poder sobre as populações subordinadas da Europa urbana (Turner in Petersen, 1997: xiii).

“Foucault provided a description of what one might call “the institutions of normative coercion”, such as the law, religion and medicine. These institutions are coercive in the sense that they discipline individuals and exercise forms of surveillance over everyday life in such a way that actions are both produced and constrained by them. However, such institutions as the medical clinic are not coercive in the violent or authoritarian sense because they are readily accepted as legitimate and normative at the everyday level. These institutions of normative coercion exercise a moral authority over the individual by explaining individual “problems” and providing solutions for them. In this sense we could say that medicine and religion exercise a hegemonic authority because their coercive character is often disguised and masked by their normative involvement in the troubles and problems of individuals. They are coercive, normative and also voluntary” (Turner in Petersen, 1997: xiv).

Na perspectiva foucauldiana, o poder, tal como é aplicado na consulta médica, é um poder disciplinar (*disciplinary power*), visto dar aos pacientes as directrizes para o modo como estes devem perceber, regular e experienciar os seus corpos. As estratégias principais deste tipo de poder são a observação, o exame, a medição e a comparação dos indivíduos com uma norma estabelecida, trazendo-os para um campo de visibilidade. O poder não é só repressivo, é também produtivo, produzindo conhecimento e subjectividade. A disciplina não actua somente através do castigo mas, também, através da gratificação, com recompensas e privilégios para as boas condutas (Lupton, 1994: 111-112). Nas palavras de Foucault (in Lupton in Petersen, 1997: 98), “what makes hold good, what makes it accepted, is simply the fact that it doesn’t only weigh on us a force that says no, but that it traverses and produces things, it induces pleasure, forms of knowledge, produces discourse. It needs to be considered as a productive network which runs through the whole social body, much more than as a negative instance whose function is repression”. Assim, os médicos não são vistos como uma figura dominante mas como “links in a set of power relations, people through whom power passes or who are important in the field of power relations” (Foucault in Lupton in Petersen, 1997: 99). De acordo com esta perspectiva, é impossível retirar o poder à profissão médica e transferi-lo para os pacientes. O poder não é pertença de um

determinado grupo social, ele é relacional, uma estratégia que é empregue aos e transmitida pelos grupos sociais.

O poder médico pode, então, ser considerado como um recurso fundamental através do qual as doenças são identificadas e tratadas. Esta perspectiva vai ao encontro da abordagem do construtivismo social, uma vez que o conhecimento médico não é somente um conjunto de factos simples e objectivos mas um *belief system* moldado através das relações sociais e políticas (Lupton in Petersen, 1997: 99).

As teorias mais recentes acerca do encontro médico (consulta), baseadas na abordagem foucauldiana, consideram o exame médico como uma das formas de poder disciplinar, no qual o corpo é tanto o alvo como o efeito de poder (Armstrong in Lupton, 1994: 111). Nos exames médicos, como em qualquer exame, “individuals are “located within a field of visibility, subjected to a mechanism of objectification, and thereby to the exercise of power”” (Smart in Lupton, 1994: 111). Cada indivíduo é marcado como um “caso” e, então, constituído tanto como motivo, como objecto do conhecimento. Segundo a perspectiva foucauldiana, a partilha por parte dos pacientes de informações acerca da sua vida para que, deste modo, os médicos pudessem situar os seus sintomas no contexto das suas actividades diárias, apenas contribuiria para um maior *medical gaze* direccionado para o paciente, proporcionando um meio mais subtil e individualizado de vigilância e controlo (Lupton, 1994: 111).

Todos os estudantes (e restantes utentes) que recorrem aos serviços do NAP têm que passar por uma série de “exames” que irão determinar se necessitam ou não de acompanhamento, a gravidade do seu caso e a brevidade no atendimento. Os referidos “exames”, efectuados numa sessão de rastreio, comportam uma entrevista em que estudante expressa a(s) sua(s) queixa(s) e o preenchimento de uma série de questionários que permitem aferir sobre o tipo de problema e da sua gravidade. Este processo objectiva e torna visível o problema vivido pelo estudante; problema esse que se revelava por sintomas, motivos de queixa. Por exemplo, os alunos que se dirigem ao serviço com queixa de problemas académicos, depois da sessão de rastreio podem revelar um outro tipo de problema para o qual os problemas académicos constituíam apenas um sintoma e que os “exames” ajudaram a objectivar.

O envolvimento da Medicina na direcção da sociedade não é novo. Esta interdependência poderá ser melhor compreendida se se tiver em consideração dois ramos da Medicina que tiveram desde a sua origem uma ênfase social: a Saúde Pública e a Psiquiatria. Não obstante, as restantes áreas da medicina também estiveram envolvidas no controlo social. É pedido aos médicos que comuniquem às autoridades competentes a ocorrência de certas doenças ou condições físicas. Também se poderá falar de controlo social quando os médicos decidem quem tratam preferencialmente, que doenças e com o quê.

O crescimento do envolvimento médico pode ser visto, à primeira vista, como algo positivo, pois pode contribuir para a destigmatização de muitos problemas humanos e sociais. Deste modo, certos problemas sociais poderão ser retirados do escrutínio legal e religioso e, como tal, deixam de ter consequências punitivas ou morais. Contudo, os problemas são colocados sob o olhar médico e científico, ficando submetidos à racionalidade das ciências biomédicas.

Segundo Zola (1975: 172), “medicine is becoming a major institution of social control, nudging aside, if not incorporating, the more traditional institutions of religion and law. It is becoming the new repository of truth, the place where absolute and often final judgements are made by supposedly morally neutral and objective experts. And these judgements are made, not in the name of virtue or legitimacy, but in the name of health”. Isto acontece através da medicalização da vida diária, fazendo com que a medicina e a construção médica do “saudável” e do “doente” sejam cada vez mais relevantes para uma parte da existência humana. Este fenómeno (medicalização) está enraizado nos cada vez mais complexos sistemas burocrático e tecnológico.

Que meios possui, então, a Medicina para exercer um controlo social? Segundo Freidson, “ the medical profession has first claim to jurisdiction over the label of illness and anything to which it may be attached, irrespective of its capacity to deal with it effectively” (Freidson in Zola, 1975: 175). A Medicina chama a si tudo o que estiver ligado à doença, através de um processo que pode ser categorizado em quatro modos:

1. “The expansion of what in life is deemed relevant to the good practice of medicine”: a mudança de um modelo mono-causal de doença para um multi-causal, em que

conceitos da medicina compreensiva, psicossomáticos, etc. se tornaram relevantes, provocou uma expansão daquilo que pode ser considerado relevante para a compreensão, tratamento ou prevenção das doenças. Deste modo, o paciente, para além de dar a conhecer ao médico os sintomas do seu corpo, tem igualmente que partilhar aqueles que se referem à sua vida diária, aos seus hábitos e preocupações. Mudou não só a natureza da informação necessária para fazer diagnósticos e tratamentos mais apurados mas, também, a perspectiva que a acompanha – uma perspectiva que leva o médico para lá do seu consultório e das suas capacidades técnicas, interferindo na vida do paciente, mudando os seus hábitos... mesmo quando este ainda não tem nenhuma doença (caso da prevenção) (Zola, 1975: 176).

2. “Through the retention of absolute control over certain technical procedures”: refere-se a práticas (*skills*) que apenas a profissão médica tem acesso, nomeadamente o direito a fazer cirurgias e a prescrever medicamentos. Ambas levam a medicina para além da preocupação com a doença meramente orgânica. A cirurgia tem sido aplicada em casos em que não existe propriamente uma doença, os das intervenções com cariz estético, alterações no funcionamento sexual e reprodutivo, mudança de sexo, etc.. Por seu turno, o aumento na prescrição de medicamentos, nos últimos anos, tem estado associado não tanto ao tratamento de doenças orgânicas mas ao tratamento de estados psico-sociais (Zola, 1975: 177).
3. “Through the retention of near absolute access to certain “taboo” areas”: este ponto refere-se à licença quase exclusiva que a Medicina tem para examinar e tratar áreas mais pessoais e individuais dos nossos corpos e mentes, áreas que poderiam ser consideradas tabus. Segundo o autor, tudo o que pudesse ser demonstrado como afectando o corpo ou a mente poderia ser considerado uma doença ou, pelo menos, um problema médico. A Medicina alarga o seu campo de influência e de acção, novas condições ficam sob a sua esfera o que faz aumentar significativamente o número de pessoas que recorrem ao médico com um problema pessoal ou social e não necessariamente orgânico (Zola, 1975: 178).
4. “Through the expansion of what in medicine is deemed relevant to the good practice of life”: este poderá ser o processo mais poderoso da medicalização da sociedade. De um modo sucinto, graças ao poder de retórica e de exposição de argumentos,

justificam-se medidas e tomam-se decisões se se usarem argumentos médicos, isto é, “em nome da saúde” (Zola, 1975: 178-179).

O conhecimento científico da Medicina moderna confere aos médicos que se pronunciam acerca daquele, o poder para controlar os indivíduos socialmente desviantes. Evidencia-se, assim, o enorme poder que a Medicina e as profissões que trabalham no seu âmbito têm, principalmente a profissão médica. O conhecimento que os médicos possuem atribui-lhes, para além de prestígio e autoridade, um enorme poder profissional e científico exercido sobre as populações. A estas é pedido uma maior racionalidade no que respeita aos comportamentos que adoptam. Exige-se-lhes uma atitude mais calculada no que respeita à sua saúde e a comportamentos de risco que possam vir a tomar. Todos os aspectos da vida quotidiana tornam-se assuntos de discurso público, produzidos pelos profissionais médicos. As populações encontram-se, então, constantemente vigiadas por mecanismos de controlo social.

IV – A Medicalização

As vidas dos indivíduos são profundamente experienciadas e compreendidas através de discursos e práticas da medicina e outras profissões que lhe estão articuladas, como é o caso da Psicologia (Lupton in Petersen, 1997: 94). A medicalização consiste na definição de um problema em termos médicos, usando linguagem médica para descrever o problema, adoptando conhecimento médico na resolução do problema ou havendo uma intervenção médica para tratar o problema. Trata-se de um processo socio-cultural que pode ou não envolver a profissão médica, levar ao controlo social e ao controlo médico ou ser o resultado intencional de uma expansão médica.

Este termo começou a ser usado nos anos 70 na literatura das ciências sociais. Literalmente significa *to make medical* mas adquiriu significados mais subtis, sendo frequentemente usado num contexto de crítica à medicalização, não sendo, por isso, um conceito neutro que apenas descreve algo que se tornou médico.

Existe uma preocupação com a dependência que a Medicina científica contemporânea está a provocar. O ser medicalizado nega uma acção racional e independente, pois membros de um grupo dominante, neste caso os médicos, ditam quais os comportamentos correctos. Assim sendo, o termo “medicalização” está associado, na literatura sociológica, a um sentido pejorativo, estar medicalizado não é um estado desejável. Críticos à medicalização frequentemente possuem uma visão negativa dos membros da profissão médica, vistos como subordinando as opiniões e conhecimentos dos pacientes para que, assim, sejam eles os únicos detentores do direito de definir o que é saúde e doença, não havendo quaisquer desafios aos seus diagnósticos (Lupton in Petersen, 197: 96).

Contudo, alguns autores apontam os pacientes como estando activamente envolvidos no processo de medicalização, não sendo, por isso, os participantes passivos de algo que os envolve directamente. De acordo com Zola (1975: 182), “(...) this “medicalizing of society” is as much a result of medicine’s potential as it is of society’s wish for medicine to use that potential”. A medicalização é, assim, um processo interactivo e não simplesmente o produto do “imperialismo médico”. Do mesmo modo, a profissão

médica pode assumir uma variedade de papéis e posições no processo (Conrad, 1992: 219).

Para muitos autores, a medicalização diz respeito ao processo pelo qual problemas humanos ficam sob a jurisdição da profissão médica. Para Zola (in Conrad, 1992: 210), medicalização é “a process whereby more and more of everyday life has come under medical domination, influence and supervision”. Já Conrad (in Conrad, 1992: 210) considera a medicalização “as defining behaviour as medical problem or illness and mandating or licensing the medical profession to provide some type of treatment for it”. Ambos os autores assumem que o problema é colocado sob a jurisdição da profissão médica. Todavia, em certas circunstâncias a profissão médica está apenas marginalmente envolvida ou nem está envolvida de todo (Conrad, 1992: 210).

Factores sociais como a diminuição da influência religiosa, uma fé crescente na ciência, a racionalidade, o progresso, o prestígio crescente e o poder da profissão médica, etc. têm sido apontados como encorajadores ou auxiliares do processo de medicalização. Estes factores não explicam o seu aumento, mas providenciam o seu contexto. Sociólogos estudaram dois importantes aspectos contextuais que afectaram o desenvolvimento da medicalização: a secularização e a mudança de estatuto da profissão médica. Relativamente ao primeiro, muitos autores sugeriram que a medicina afastou (Zola) ou substituiu (Turner) a religião como a ideologia moral dominante e a instituição de controlo social nas sociedades modernas. Várias condições, vistas anteriormente como pecado ou crime, foram transformadas em doenças. No que diz respeito ao segundo, apesar do imperialismo médico não poder ser considerado como a explicação central para a medicalização (Zola in Conrad, 1992: 214), a organização e a estrutura da profissão médica têm um grande impacto no desenvolvimento daquela. Segundo Freidson (in Conrad, 1992: 214), o domínio profissional e a monopolização tiveram uma forte influência na atribuição à medicina da jurisdição de tudo o que pudesse ser rotulado de “saúde” e “doença”. De acordo com o mesmo autor (in Calnan, 1985: 23), “the medical profession is thus seen from this perspective as using its ability to create illness to extend its professional dominance, with its authority deriving from its professional status and claims of competence. Such claims are based on appeals to the scientific basis and effectiveness of medicine (...)”.

A contrastar com a visão de que os médicos agem em proveito próprio, estendendo, assim, a esfera da intervenção médica, encontra-se a visão de que os médicos assumem um papel em que se limitam a responder à realidade da sociedade em que vivem. Illich (in Calnan, 1985: 23) considera o desenvolvimento da medicalização como o resultado de processos sociais mais vastos. A industrialização trouxe consigo o profissionalismo e a burocratização às maiores instituições da sociedade industrial, incluindo à instituição médica. Este facto acarretou, segundo o autor, consequências adversas para o indivíduo. A medicalização da vida é imputada às características do sistema industrial e não tanto às características da profissão médica. Esta é vista de um modo instrumental neste processo. A profissão médica, para Illich, levou os indivíduos a acreditarem que possuíam um corpo de conhecimentos e de capacidades técnicas válidos e eficazes como, também, criou uma dependência nos médicos e na medicina que retirou aos indivíduos a capacidade para se ocuparem com o seu próprio cuidado. Como resultado, “the medical establishment has become a major threat to health” (Illich in Calnan, 1985: 23).

Illich vê a medicalização da vida como resultante dos processos de profissionalização e burocratização da instituição médica associados à industrialização. Contudo, existem outras abordagens à medicalização em que esta é encarada como servindo interesses particulares da sociedade. De destacar, neste sentido, a abordagem que considera a medicalização e o papel dos médicos neste processo como uma forma de controlar comportamentos disruptivos. A título de exemplo, destaca-se o trabalho de Szasz (in Calnan, 1985: 24) que distingue entre *contractual psychiatry*, considerada como uma troca consensual entre médico e paciente em que este decide quando iniciar e terminar o seu tratamento e *institutional psychiatry*, segundo a qual os psiquiatras são pagos para agirem em favor do Estado. São rotulados de “doença mental” os comportamentos que não estão de acordo com a norma.

Conrad (in Calnan, 1985: 27) é outro autor que tenta dar resposta à questão de porque é que ocorre a medicalização e quem inicia a medicalização do comportamento. Tal como Szasz, interessa a Conrad perceber de que modo a Medicina pode ser usada como forma de controlo social. Todavia, enquanto o primeiro considerava o Estado como usando a medicina no controlo social, já o segundo chama a atenção para a multiplicidade de interesses que podem ser servidos ao definirem-se comportamentos disruptivos como

fazendo parte da esfera médica. Assim, indica quatro condições básicas para a ocorrência da medicalização: (1) quando as formas tradicionais de controlo são ineficazes ou inaceitáveis; (2) quando existe alguma forma de controlo médico como, por exemplo, os medicamentos ou a cirurgia; (3) quando o problema pode ser associado a alguma causa orgânica [no caso deste trabalho, a uma causa psicológica], mesmo que o seja de uma forma ambígua; e (4) quando a profissão médica aceita o comportamento desviante como estando sob a sua jurisdição.

A título de exemplo, e segundo Conrad, a criação do rótulo médico de hiperactividade obedece às quatro condições acima apresentadas. Antes de ser definido como hiperactividade, o não prestar atenção nas aulas, uma grande actividade e desassossego na sala de aula eram encarados como comportamentos desviantes e eram controlados com punições corporais. Contudo, este tipo de controlo deixou de ser aceitável e este tipo de comportamento foi-se medicalizando, facilitado por: explicações biofísicas para a hiperactividade, sugerindo causas orgânicas; a profissão médica estava disposta a aceitar a hiperactividade como uma doença que cairia na sua jurisdição; de acordo com Conrad, a medicalização deste comportamento desajustado serviu os interesses das escolas, porque criou meios para diminuir a disruptividade de algumas crianças e serviu os interesses das famílias que, ao verem este problema considerado orgânico, deixaram de se culpabilizar pelo comportamento das crianças. De destacar, igualmente, o desenvolvimento de tratamentos para comportamentos desviantes, evidentes quando a indústria farmacêutica promove terapias para a hiperactividade.

Importa chamar a atenção para o facto de fazer sentido considerar a medicalização em termos de graus, visto em muitos casos aquela não estar completa. Algumas instâncias de uma condição poderão não estar medicalizadas, podem existir definições que competem entre si, etc., podendo-se ter condições totalmente, outras parcialmente e outras, ainda, minimamente medicalizadas. Um problema (menopausa, por exemplo) poderá ser muito medicalizado a nível conceptual e muito pouco ao nível da interacção médico-doente (Conrad, 1992: 220).

A título de conclusão, a medicalização é um processo que tem vindo a ser duramente criticado. Os críticos à medicalização identificaram um paradoxo central: a Medicina, apesar de não ser completamente eficaz no tratamento de um vasto conjunto de doenças

e poder provocar efeitos secundários iatrogénicos, tem vindo progressivamente a acumular poder e influência. A vida social e os problemas sociais tornaram-se cada vez mais medicalizados ou vistos pelo prisma da Medicina científica como “doenças”. Autores como Zola ou Freidson, sustentam que a Medicina tomou para si o papel de regulação social, papel esse desempenhado anteriormente pela religião e pela lei. Outro crítico da medicalização é Ivan Illich (Lupton in Petersen, 1997: 95). Este autor considera que a Medicina científica contemporânea, em vez de melhorar a saúde dos indivíduos “arruina-a”, tanto através dos efeitos secundários que os tratamentos provocam, como diminuindo a autonomia dos indivíduos no que respeita às decisões sobre a sua própria saúde e manutenção da mesma.

As respostas à medicalização passam por desafiar o direito da medicina para definir e tratar doenças, encorajando o estado a ter um papel mais activo, regulando as acções da profissão médica e limitando a sua expansão. Passam igualmente por encorajar os indivíduos a recuperar o controlo sobre a sua saúde/doença, desafiando as decisões e conhecimentos médicos, etc. (Lupton in Petersen, 1997: 97).

1. A Medicalização do Insucesso Escolar

A Medicina é considerada como uma importante instituição na normalização das relações entre os indivíduos. Segundo Moysés (in Spazziani, 2001: 42), “a medicina atravessa todo o espaço social, ocupando-o plenamente. A presença dos médicos na sociedade é considerada fundamental, a partir de então, em qualquer meio ou grupo social, formando uma rede e exercendo uma vigilância constante sobre os modos e costumes do homem comum”. Como referido anteriormente, a expansão da medicina para áreas que não estavam dentro da influência da esfera médica é chamada de medicalização. O poder da medicina para normalizar a vida social é proveniente da construção do saber médico moderno, que apresenta soluções médicas para problemas que têm como principal causa as condições sociais e económicas de vida. A medicalização diz, igualmente, respeito aos comportamentos desviantes que se transferiram para a área da medicina. Estes têm vindo, cada vez mais, a ser encarados como doenças e a normalidade como saúde.

Uma das consequências do pensamento medicalizante é a presença de um discurso hegemónico, especialmente em questões relacionadas com a saúde. Segundo Silva (in Spazziani, 2001: 43), “... desde os hábitos alimentares e de higiene, até à habitação e vestuário, lazer e trabalho, a medicina lança o seu olhar e sem dizer, definindo, avaliando, julgando, com o consentimento da sociedade, que lhe delega a tarefa de vigiar a vida. Toda a vida, de todos os homens”.

Antes de se falar de uma medicalização do insucesso escolar poder-se-á falar da medicalização da educação, ou seja, o deslocamento dos problemas do processo de ensino-aprendizagem do âmbito da educação para o da saúde. Esta medicalização da aprendizagem envolve a participação de diferentes profissionais da área da saúde, tais como médicos, psicólogos, entre outros, rotulando os alunos de “doentes” e desvalorizando a acção do professor e da escola nas questões relacionadas com as dificuldades de aprendizagem.

“Os problemas de saúde do aluno, normalmente apontados como as principais causas de insucesso na escola, como a desnutrição e as disfunções cerebrais mínimas (dislexia, dislalia, hiperactividade), constituem na verdade um falso discurso científico para encobrir uma determinada pretensão ideológica, ou seja, a biologização de aspectos eminentemente sociais, com isso isentando a estrutura social, política e económica das suas responsabilidades, bem como as instituições, seus dirigentes e executores” (Spazziani, 2001: 50).

Segundo Spazziani (2001: 51), quando um aluno apresenta um comportamento cognitivo ou emocional diferente do padrão estabelecido e esperado, a doença, que se supõe localizada em alguma parte do corpo biológico, é o que se espera encontrar. Somente o conhecimento e actuação especializada de técnicos como médicos, psicólogos, etc. poderá reverter essa situação de insucesso do aluno. A ausência nas escolas de profissionais de saúde poderá legitimar o insucesso escolar e a não superação dos problemas apresentados pelos alunos.

Movimentos educacionais colocaram em evidência questões de ordem psicológica, técnica ou biológica para solucionar problemas que são socialmente determinados. Apesar das afinidades entre educação e saúde, tais como partilharem o mesmo objecto

de estudo, o ser humano, e, em tese, a difusão do mesmo propósito - proporcionar o pleno desenvolvimento e bem-estar, a cura das doenças pela saúde e a eliminação da ignorância pela educação - uma tem justificado o fracasso da outra, pois ambas têm como base das suas propostas soluções individuais para a resolução de problemas que têm origem em questões sociais (omitem-se questões sobre classes sociais, situação económica e condições concretas de vida) (Spazziani, 2001: 55).

A medicalização do insucesso escolar não foi algo que aconteceu de um dia para o outro, nem tão pouco porque a profissão médica assim o desejou. Existia o problema e a sua medicalização foi uma forma de o explicar e de o ultrapassar, tratando-o.

O insucesso escolar começou por ser encarado como uma forma de debilidade mental/ atraso mental. Os alunos posicionaram-se-iam numa escala de inteligência, que passaria de estados de deficiência mental mais profundos até à inteligência dita normal. Perante este tipo de situações foram criados, ao longo dos anos, vários tipos de instituições que se ocupavam dos alunos com dificuldades de aprendizagem. Nestas instituições estavam não só os alunos com atrasos mentais mas, igualmente, aqueles que reprovavam consecutivamente. De destacar, também, a criação da educação especial para os alunos com maus desempenhos escolares. Todo este processo só foi possível devido ao aparecimento e à intervenção de um vasto grupo de profissionais que se ocupava dos alunos ditos problemáticos.

A medicalização do insucesso escolar foi o resultado de progressivas lutas e tomadas de poder entre diferentes grupos profissionais na área da medicina (psicopedagogos, analistas, pedopsiquiatras, neuropsiquiatras, entre outros) que, assim, viam legitimada uma nova forma de conceber esse insucesso. Cada um destes grupos definia, interpretava e “curava” de formas diferentes o insucesso escolar. Ao produzir um novo discurso, criticando o anterior, um novo grupo podia, graças a uma acumulação de poder, minar a autoridade científica do outro grupo de profissionais. Tratava-se, pois, de uma luta pelo poder, pela legitimidade do seu discurso entre dois grupos profissionais, com a finalidade de dominar o campo (do insucesso escolar).

No plano institucional, o processo de medicalização do insucesso escolar abarcou a criação de vários tipos de associações, organismos, institutos, revistas especializadas,

etc., todos eles legitimados pela criação, no plano científico, de discursos que corroboram o insucesso escolar como um distúrbio, um estado patológico, uma condição... uma doença.

2. O Ensino Superior e a Medicalização do Insucesso Escolar

Com a inclusão de novas dimensões nas funções educativas tradicionais e nas funções científicas e profissionais dos sistemas, o sistema de ensino superior verificou um aumento substancial de exigências e expectativas. Isto resultou do efeito cumulativo de uma população estudantil mais numerosa e variada, do desenvolvimento científico e tecnológico, da importância da inovação e do conhecimento nas sociedades modernas e da importância económica da existência de mão-de-obra especializada.

Segundo o arquétipo de um modelo de Universidade, o estudante era encarado como um investidor, isto é, como alguém que ao aceder e frequentar o ensino universitário o fazia segundo uma lógica de investimento produtivo. Este facto era assumido pelo estudante e suas famílias que previam um retorno nas dimensões profissional e social. Contudo, hoje em dia, esta visão parece estar a ser substituída por uma outra que encara o estudante como um consumidor. Quer isto dizer que a frequência universitária assenta no pressuposto de que o retorno “deve ser imediato e reflectido em dimensões da vida até aqui ausentes das preocupações académicas: a satisfação pessoal, o conforto académico e a felicidade” (Nico, 2001: 57). Actualmente, na escolha de uma instituição de ensino superior e do curso a frequentar parece pesar muito mais um lado emocional, centrado no presente, em detrimento de uma escolha racional feita a pensar no futuro. Deste modo, o indivíduo assume o período de frequência universitária como um tempo de trabalho e, simultaneamente, de vida. Concomitantemente, as instituições de ensino superior começam a encarar os seus actuais e futuros estudantes como pessoas a formar mas, igualmente, como seres globais; em cada estudante reside uma pessoa individual, com características e necessidades específicas (Nico, 2001: 57).

Já anteriormente se definiu e distinguiu entre insucesso escolar e insucesso académico. Enquanto o primeiro se define como a não conclusão de um ciclo de estudos, num dado

período de tempo, medido em termos de qualificações escolares, definido institucionalmente, seja a um nível macro das políticas educativas, seja a um nível micro, das instituições escolares. O segundo, sendo um conceito mais abrangente, engloba uma multiplicidade de variáveis que têm repercussão na vida académica dos estudantes.

Vários autores das ciências da educação destacam nos seus estudos uma série de tarefas de desenvolvimento (identificadas pelo Dr. Arthur W. Chickering), características dos estudantes do ensino superior, que contribuem para o dito sucesso académico ou, quando não se verificam, para o insucesso. E são elas: alcançar competências, gerir emoções, tornar-se autónomo, estabelecer identidade, libertar as relações interpessoais, clarificar objectivos e desenvolver a integridade. Deste conjunto de tarefas somente a primeira diz respeito às qualificações escolares, no entanto todas as outras são importantes para o sucesso académico dos alunos. Quer isto dizer que o conceito de insucesso académico poderá englobar o insucesso escolar mas vai muito mais além. Ele abarca uma multiplicidade de aspectos que envolvem variáveis pessoais, interpessoais e institucionais que afectam a adaptação e a realização académica do estudante no ensino superior. As dimensões psico-pedagógicas e afectivo-relacionais constituem componentes influentes e responsáveis pelos níveis de êxito e sucesso nos desempenhos escolares e académicos dos estudantes universitários. Segundo Ratingan (in Santos, 2001: 17), a transição do ensino secundário para o ensino superior pode ser concebida como potenciadora de crises e vulnerabilidades, bem como fonte de desafios desenvolvimentais. O sucesso académico depende de uma boa adaptação ao ensino superior que, por sua vez, resulta da interacção entre factores pessoais e variáveis associadas ao *campus* universitário.

Com base na investigação efectuada acerca da transição ensino secundário/superior, quando os níveis de desafio provocados por esta transição “são percebidos como excessivamente elevados, acabam por gerar problemas ao nível das actividades académicas, ao nível das actividades pessoais e sociais, e relativos à identidade e ao desenvolvimento vocacional do estudante” (Fischer in Santos, 2001: 19). Assim sendo, a vivência destes problemas tem implicações negativas no rendimento académico dos estudantes, conduzindo, muitas vezes, a situações de abandono escolar e ao aumento dos pedidos de apoio psicossocial (Rickinson e Rutherford in Santos, 2001: 19).

O insucesso académico é encarado como um problema de má adaptação do aluno a uma nova realidade escolar: a universidade. Má adaptação essa que poderá advir de variáveis pessoais, tais como o relacionamento com a família, os níveis de autonomia pessoal, o bem-estar físico e psicológico, os níveis de auto-confiança, entre outras. Mas, pode igualmente advir de uma má adaptação à própria instituição, ao curso, aos novos métodos de estudo, aos professores, etc..

Poder-se-ão, deste modo, considerar três domínios de sucesso/insucesso: (a) o domínio académico que diz respeito ao desempenho escolar, competências de estudo, avaliação do conteúdo e método de currículo do curso; (b) o domínio social-relacional que tem a ver com a maneira de estar na universidade, a adaptação ao papel de estudante universitário, a inserção no contexto universitário, as oportunidades oferecidas no acolhimento, a satisfação com o ambiente relacional e social; e, por último, (c) o domínio bio-psicológico que se relaciona com a saúde física e psicológica, a qualidade de vida e bem-estar, ou seja, a satisfação com a vida em geral (Tavares, 2000: 202-203).

Segundo Nico (in Almeida, 2001: 226), “sem uma situação de “conforto académico”, ou uma estabilidade emocional, dificilmente o jovem avança na sua integração académica e se envolve nas situações de aprendizagem”.

O sucesso académico aparece, pois, associado à necessidade de uma estabilidade emocional, sem a qual não poderá ser totalmente atingido (tendo em conta a multiplicidade de factores que entram na sua definição). O insucesso poderá ser a expressão de um desconforto emocional ou a causa desse mesmo desconforto. Seja como for, estas duas noções aparecem interrelacionadas, ainda que nem sempre se compreenda o sentido dessa relação.

Sendo o insucesso considerado como um desvio à norma institucional, uma forma de o controlar será, pois, através do controlo do desconforto/instabilidade emocional que lhe está associado. De salientar, neste campo, a acção dos serviços de apoio psicológico no “tratamento” deste tipo de situações.

Face ao acima exposto, o sucesso académico integra vários factores dos domínios académico, social-relacional e bio-psicológico. Quer a queixa apresentada no NAP se deva a problemas escolares ou não, a verdade é que o aluno que apresenta essa queixa não se encontra numa situação plena de sucesso académico, visto nem todos os factores que integram essa definição estarem verificados. Por exemplo, uma intervenção no domínio psicológico, independentemente da queixa ter na sua origem um mau rendimento escolar, irá ter repercussões no desempenho escolar e logo no sucesso académico do aluno.

Mesmo que o pedido de ajuda do aluno se deva a problemas académicos, estes estarão provavelmente relacionados com qualificações escolares, métodos de estudo, relação professor/aluno, isto é, aspectos que estão implicados na definição de insucesso escolar. Contudo, argumento que a forma como o NAP define insucesso coincide com o conceito de insucesso académico, que como já se viu abarca várias variáveis, inclusive do âmbito psicológico, e é sobre este conceito que vai agir. Ou seja, a medicalização do insucesso escolar dá-se indirectamente, pois este está contemplado no conceito de insucesso académico e é este que é sustentado pelo Núcleo. A acção com vista à resolução dos problemas de índole escolar poderá passar por outras áreas que não a escolar propriamente dita, pois poderão haver diagnósticos e consequentes tratamentos que, embora tenham impacto a nível das qualificações escolares, não lhes sejam directamente dirigidos.

Assim sendo, coloca-se a seguinte hipótese:

Na medicalização do insucesso escolar verifica-se uma intervenção activa de um conjunto de actores, que desenvolvem práticas e estratégias no espaço institucional do IST.

V – Estratégias de Investigação

Importa distinguir, como anteriormente referido, a doença no que se refere à doença como anormalidade ou distúrbio do sistema biológico e à doença como experiência de estados alterados de bem-estar e funcionamento social ou como experiência subjectiva de um mal-estar. Mais atrás já se discutiu se poderia considerar-se o insucesso escolar uma doença. Concluiu-se que, pelo menos, se tratava de um estado de não-saúde, de acordo com os critérios apresentados. Apesar de, à partida, não ter origem em factores físicos biológicos, aquilo que provoca nos alunos poderá levá-los a experienciar os referidos estados de mal-estar, sejam eles devido à sua própria experiência subjectiva, sejam eles devido ao desvio da norma estabelecida.

Também se referiu que a noção de insucesso académico é mais abrangente que a de insucesso escolar, referindo-se, este último, aos meros resultados escolares (quantitativos). Argumenta-se, aqui, que quando os problemas de desempenho escolar são apropriados pelo NAP como uma queixa por parte dos alunos, sujeita a um diagnóstico e a um processo terapêutico, aqueles são considerados casos de insucesso académico em vez do mero insucesso escolar. As variáveis envolvidas na definição do insucesso académico justificam a intervenção terapêutica, visto entrarem no âmbito psico-relacional (áreas em que o apoio psicológico se justifica). Assim, e recuperando a hipótese anteriormente enunciada, interessará analisar todos os aspectos que poderão contribuir para a medicalização do insucesso, caso se comprove realmente a existência deste.

Deste modo, a partir do estudo de caso⁷ do NAP, interessará compreender de que forma os vários actores envolvidos poderão contribuir para a medicalização do insucesso: os alunos dirigem-se ao Núcleo, apresentando queixas de mau desempenho escolar e procuram junto dos terapeutas formas de ajuda psicológica para o seu problema; os

⁷ Um estudo de caso, segundo Theodorson e Theodorson (in Punch, 1998: 153), é definido como “a method of studying social phenomena through the thorough analysis of an individual case. The case may be a person, a group, an episode, a process, a community, a society, or any other unit of social life. All data relevant to the case are gathered, and all available data are organized in terms of the case. The case study method gives a unitary character to the data being studied by interrelating a variety of facts to a single case. It also provides an opportunity for the intensive analysis of many specific details that are often overlooked with other methods”. Assim, toda a informação recolhida (através de várias técnicas) e analisada separadamente será, numa parte posterior do estudo, junta, o que possibilitará uma análise mais integrada e global subordinada ao objecto de estudo e à hipótese traçados.

terapeutas, mediante as queixas dos alunos, desenvolvem acções de tomada de decisão acerca de quem irão tratar, como irão tratar, etc. e o aconselhamento propriamente dito e, por último, a própria instituição, o IST. Os actores mencionados só poderão ser totalmente entendidos quando inseridos num contexto social, seja ele micro, o NAP, ou macro, o Técnico, onde interagem, desempenham práticas e onde estão envolvidos em processos sociais. Ao analisar as práticas e estratégias destes três actores distintos espera-se encontrar (ou não) formas de medicalização do insucesso.

De uma forma mais concreta, toda a análise será efectuada, tendo em conta e definindo as práticas e estratégias dos diferentes actores, bem como a definição de insucesso apresentada pela instituição e pelo NAP. Nomeadamente, no que se refere ao discurso institucional sobre o insucesso e o apresentado pelo NAP, será interessante verificar até que ponto aqueles são ou não coincidentes. Visto a análise ser tripartida, para facilitar a compreensão serão apresentados separadamente, para cada interveniente, a estratégia metodológica, bem como as diferentes técnicas a aplicar.

Alunos

No caso dos alunos que recorrem ao Núcleo de Aconselhamento importa pôr em evidência as suas práticas e estratégias, com o intuito de perceber se contribuem para a medicalização do insucesso e qual a extensão dessa contribuição. Neste sentido, de forma a compreender quem são os jovens que se dirigem ao Núcleo, importa encontrar regularidades que, de algum modo, traduzam perfis da população discente que recorre ao serviço. Assim, recorrendo a uma base de dados que contém os processos dos pacientes do Núcleo e, excluindo todos aqueles que não sejam de alunos de licenciatura, pretende-se analisar variáveis de caracterização sócio-demográfica, bem como os pedidos de ajuda dos alunos e os respectivos diagnósticos dos terapeutas. Desta forma, entre outros aspectos a considerar, poder-se-á ver qual o diagnóstico atribuído a um pedido de ajuda relacionado com problemas de desempenho escolar.

As estratégias sociais que poderão condicionar a frequência do NAP, por parte dos alunos, poderão ser observadas através de uma análise de fluxos. A partir da mesma base de dados, pretende-se observar os fluxos daquela população, no mesmo serviço,

num dado período de tempo, pondo em evidência quais os períodos de maior e menor procura de ajuda, comparando-os com o ano escolar. Para este efeito, importa analisar os processos de ex-pacientes que iniciaram terapia entre 1997 (nota que há rastreios anteriores a 1997) e 2001. Metodologicamente o resultado desta técnica permitirá desenhar fluxos populacionais, observar o movimento de uma população, vê-la com as suas diferentes dinâmicas.

Núcleo de Aconselhamento Psicológico

No que diz respeito ao NAP, para perceber se há, por parte deste, uma medicalização do insucesso, a análise irá não só incidir sobre as suas práticas e estratégias mas, também, na forma como o Núcleo compreende e gere o insucesso, isto é, a forma como os terapeutas determinam diagnósticos, desenham estratégias de intervenção e organizam o seu trabalho. Assim, tendo em conta a definição de insucesso apresentada pelo Núcleo, poder-se-á ver se esta se aproxima mais da definição de insucesso académico e, se sim, se isso é factor condicionante para a forma como o Núcleo se apropria destes casos de insucesso e os resolve, o que poderá condicionar determinadas práticas e estratégias terapêuticas (nesta área). Estas irão ser estudadas tendo em conta a descrição do funcionamento do Núcleo, a sua história, objectivos, iniciativas, estudos, processos de rastreio, processos de tomada de decisão, enfim, tudo aquilo que denuncie práticas e estratégias que estão subjacentes ao funcionamento do Núcleo, e concretamente a acções, por parte do gabinete, que visem a melhoria do desempenho escolar.

Tendo em consideração este propósito, a análise irá decorrer em três vertentes:

- descrição do Núcleo de Aconselhamento Psicológico, referindo a sua história, objectivos por que se rege, actividades, constituição, estudos efectuados no âmbito do insucesso académico, etc., isto porque todas as decisões, estratégias e trabalho desenvolvido pelos psicólogos só poderão ser entendidos mediante o contexto específico deste gabinete, recorrendo-se, para este fim, à análise de fontes documentais do próprio Núcleo (relatórios de actividades, relatórios referentes a estudos realizados, entre outros);
- observação das reuniões (respeitantes às decisões acerca dos rastreios) de trabalho do Núcleo, recorrendo a uma técnica de observação não participante, o que permitirá

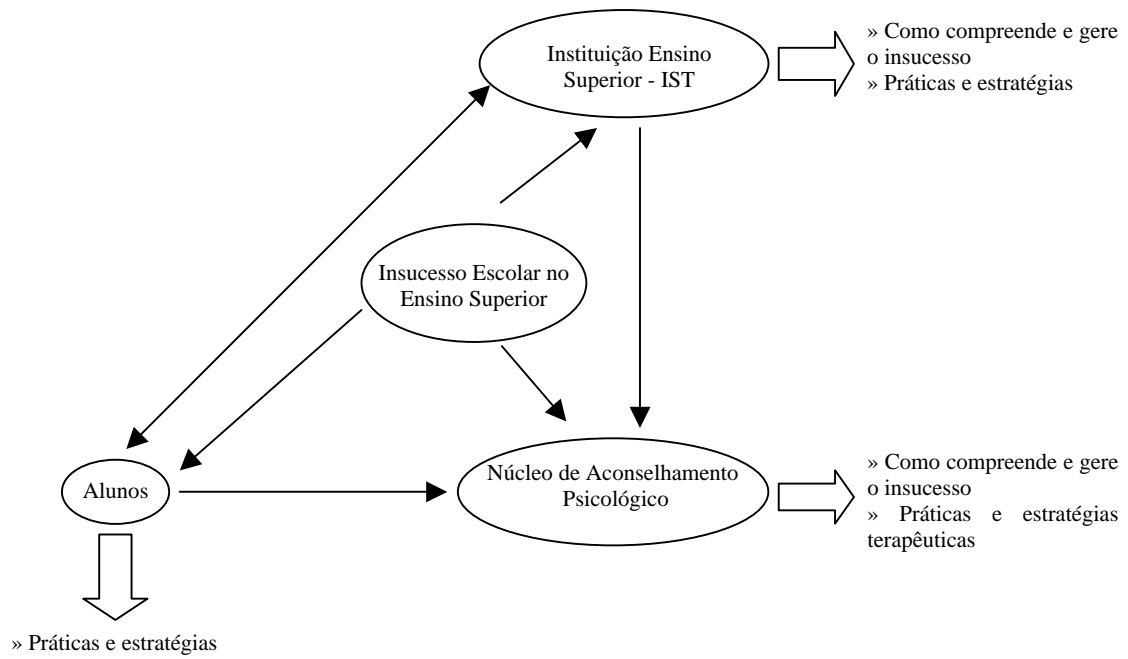
conhecer o modo de organização do grupo, compreender não só o processo de tomada de decisão, como toda a complexidade que lhe está subjacente, a planificação do trabalho, etc., ou seja, todo o trabalho efectuado quer no âmbito da organização, quer num âmbito mais prático com o fim da resolução do problema do insucesso (e outros, naturalmente);

➤ realização de entrevistas semi-directivas a dois psicólogos, pois esta parece-me ser a melhor forma de conhecer a sua perspectiva sobre os casos que chegam ao Núcleo e, mais concretamente, sobre os casos de insucesso. Mais uma vez pretende apreender-se o modo como o trabalho é organizado, as estratégias adoptadas, a definição de insucesso para estes profissionais, bem como a forma como o gerem. Nestas entrevistas não interessa tanto a pessoa como um todo mas, sim, a sua capacidade de ser um *expert* num dado campo de actividade – o aconselhamento psicológico em meio universitário. Portanto, os terapeutas não serão considerados como casos isolados mas como representando um grupo específico (Flick, 1998).

Instituição – um representante do IST

À semelhança do que acontecia com o Núcleo de Aconselhamento Psicológico, importa não só perceber a forma como a instituição, IST, compreende o insucesso, como o define mas, igualmente, as práticas e estratégias que tem desempenhado no âmbito desta problemática. Pretende-se aferir sob que circunstâncias e objectivos o NAP foi criado e enquadrá-lo no contexto mais amplo da instituição. Se a instituição cria e subsidia este gabinete, fá-lo numa lógica de possível combate ao insucesso ou apenas visa o bem-estar da população (se bem que isto irá ter repercussões nos níveis de desempenho)? Também importará perceber até que ponto a intervenção do NAP não estará condicionada pelas directivas institucionais, bem como se os discursos institucionais passam para o NAP e são apropriados por este ou se, pelo contrário, têm posturas diferentes (e possivelmente contrastantes) acerca do que é insucesso e quais as formas de o resolver.

Fig. 1: Quadro Síntese de Análise



VI – Uma Análise Tripartida dos Resultados

1. Os alunos/pacientes

Logo à partida, quando o pedido de ajuda dos alunos se relaciona com problemas académicos, poderemos considerar a sua deslocação ao NAP como uma forma de medicalização do insucesso escolar. Afinal, há a passagem de um problema de índole social para o âmbito, não propriamente da Medicina, mas da Psicologia⁸.

Mas, os alunos que se dirigem ao Núcleo fazem-no por diversas razões, em diferentes períodos e com diferentes objectivos. Nem todos procuram ajuda devido a problemas escolares e, mesmo aqueles que o fazem têm percursos distintos dentro do serviço. Assim, de forma a conhecer quem é a população discente que recorre a este serviço, porque o faz e em que períodos, irá traçar-se o perfil daquela, bem como fluxos temporais. Deste modo, espera-se perceber não só até que ponto os alunos medicalizam o seu insucesso/problemas académicos mas, igualmente, até que ponto o NAP também contribui para esse fenómeno, através da sua intervenção e dos seus diagnósticos.

Para efeitos de análise construiu-se uma base de dados que contém todos os indivíduos que recorreram aos serviços do NAP e que iniciaram processo entre 1997 e 2002⁹. Esta base de dados foi elaborada a partir das folhas de registo preenchidas na altura do rastreio e das anotações dos vários terapeutas¹⁰ (ver Anexo V). Apesar da base de dados conter a listagem completa dos utentes do serviço, a informação encontra-se incompleta em alguns processos, principalmente nos mais recentes, uma vez muitos estarem ainda

⁸ É certo que a Psicologia não é uma ciência médica, ou seja, não se trata de um ramo da especialidade médica. Mas, ao mesmo tempo que a Medicina se enriqueceu com novas tarefas (com novos ramos e especialidades), principalmente decorrentes dos avanços tecnológicos, esvaziou-se de outras tarefas julgadas menores ou que foram simplesmente apropriadas por novos profissionais. Portanto, a Psicologia, ocupando um espaço específico, não deixa de partilhar um espaço comum com outras profissões, na qual se incluiria a Medicina. A Psicologia poderá ter um campo de intervenção específico, com procedimentos teórico-metodológicos específicos mas não deixa de partilhar com a Medicina um mesmo objecto – o ser humano – e um mesmo objectivo – a intervenção sobre um problema que o aflige e causa sofrimento.

⁹ De referir que a base de dados inclui alguns processos que tiveram início em 1997 mas cujos rastreios são anteriores a esta data.

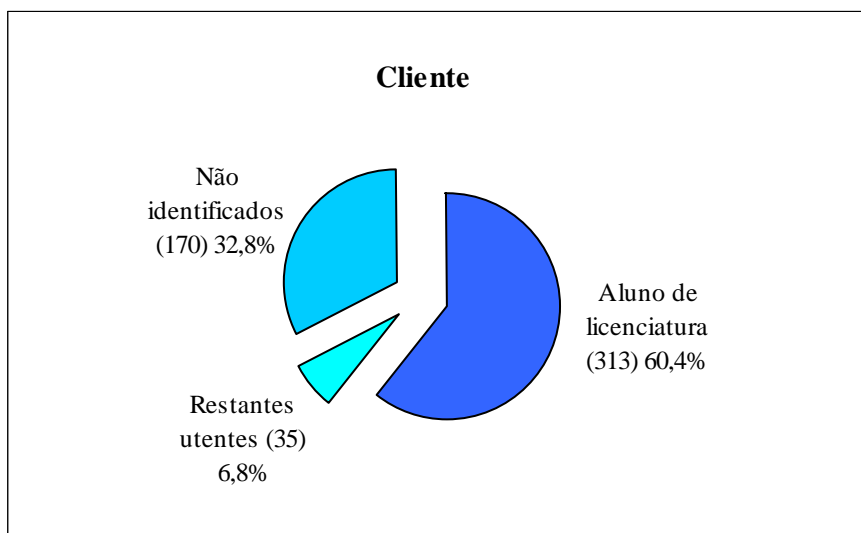
¹⁰ Uma vez que os processos dos utentes são confidenciais e não se querendo quebrar a confiança depositada nos psicólogos, foi acordado que se me deparasse com o nome de alguém que conhecesse ou que apenas me parecesse familiar, abandonaria esse processo, sendo um dos terapeutas encarregue de o introduzir na base de dados. Na base de dados foram atribuídos números de ordem aos processos para que não fosse possível a sua identificação.

em acompanhamento. De referir igualmente que, apesar de se pretender fazer uma caracterização global dos dados disponíveis, em termos de análise, esta limitar-se-á aos dados referentes aos alunos de licenciatura com passagem pelo Núcleo entre 1997 e 2001 (excluindo-se assim alunos de mestrado, doutoramento e funcionários e processos de 2002 que estavam quase todos incompletos). Falta apenas mencionar que todo o tratamento estatístico referente aos perfis e aos fluxos será realizado pelo programa informático SPSS, versão 11.5.

1.1. Caracterização geral da população

Uma vez a base de dados possuir a listagem de todos os utentes que recorreram ao NAP, achou-se pertinente, antes de avançar para a análise restrita aos alunos de licenciatura, fazer uma caracterização geral da população que se dirigiu ao Núcleo nos últimos anos. De ressaltar que esta caracterização englobará a totalidade de utentes que fizeram sessão de rastreio, tendo ou não sido posteriormente acompanhados, desde 1997 a 2002 (contempla-se assim toda a extensão da base de dados).

Fig. 2: Clientes que efectuaram pedido de ajuda no NAP



Assim, contabilizaram-se 518 pedidos de ajuda entre Junho de 1996¹¹ (com início de acompanhamento em 1997) e Julho de 2002, tendo sido identificados 313 como respeitantes a alunos de licenciatura e 35 aos restantes utentes¹². Da totalidade dos pedidos de ajuda identificados para cada ano (excluindo-se as não-respostas), de destacar o ano de 1997 com 21.9% dos pedidos, seguido pelo de 1999 (18.4%) e o de 2001 (16.3%) (ver Anexo VI, fig. 7).

Olhando agora para os processos que foram efectivamente sujeitos a acompanhamento (contabilizados a partir da existência da data da primeira sessão), verifica-se que o seu número fica muito longe do valor referente aos pedidos de ajuda. Na verdade dos 518 pedidos de ajuda contabilizados, somente foram seguidos 186 casos, para o mesmo período de tempo. Tal como acontecia com os pedidos de ajuda, o ano de 1997 é aquele que acumula um maior número de inícios de processo (29.0%), seguido de 1998 (24.2%) e 2000 (16.1%) (ver Anexo VI, fig. 8).

De uma maneira geral, tanto o número de pedidos de ajuda como o número de casos sujeitos a processo psicoterapêutico têm vindo a decrescer. Todavia, dever-se-á ter em consideração que para o ano de 2002 não está contabilizada a totalidade dos casos, de modo que o valor apresentado é sempre inferior ao valor real.

1.2. O aluno de licenciatura que recorre ao NAP

Como já anteriormente se referiu, a construção de um perfil dos alunos que se dirigem ao NAP assume-se de extrema importância quando se pretende compreender as práticas e estratégias destes actores. Tendo por base a temática do insucesso escolar e a sua possível medicalização pelo NAP, é imprescindível perceber até que ponto os próprios alunos não contribuirão para essa medicalização ao dirigirem-se a este serviço com queixas referentes a problemas escolares. Assim, esta prática (ida ao Núcleo) poderá

¹¹ Existem quatro casos cujos pedidos de ajuda são anteriores a 1996 (dois casos em 1994 e dois casos em 1995) mas o acompanhamento destes casos também se iniciou em 1997, daí terem sido incluídos na análise.

¹² A discrepância entre a totalidade de casos (518) e a totalidade dos clientes identificados (348) dá-se sobretudo devido ao facto de nos anos mais recentes, nomeadamente 2001 e 2002, os dados estarem bastante incompletos, visto os processos estarem ainda em acompanhamento e, logo, não estarem

revestir-se de regularidades para muitos dos alunos e de diversas estratégias mediante as épocas preferenciais em que se dirigem, justificando-se assim a construção quer de um perfil quer de fluxos temporais.

No que diz respeito à análise, apenas serão contabilizados os alunos de licenciatura que tenham efectuado o seu pedido de ajuda (rastreio) entre os anos lectivos de 1996/1997 e 2000/2001. Deste modo, serão tidos em conta cinco anos lectivos¹³, excluindo-se da amostra dados que, por serem mais recentes, se encontram bastante incompletos, o que enviesaria a sua análise. No caso específico dos alunos de licenciatura, optou-se por se fazer uma divisão temporal por anos lectivos, visto esta se perspectivar como a melhor forma de compreender o comportamento dos alunos num dado período lectivo. Os meses com maior incidência de procura do serviço, quando localizados dentro de um ano lectivo, poderão espelhar práticas e estratégias bem definidas por parte dos alunos.

Relativamente à amostra definida (alunos de licenciatura com rastreio anterior a 31/08/2001), existe um total de 304 alunos, dos quais 38.5% são do sexo feminino e 61.5% do sexo masculino (ver Anexo VII, fig. 9). Sendo o IST um instituto maioritariamente frequentado por elementos do sexo masculino (cerca de 80%), seria de esperar uma maior preponderância deste sexo na amostra. Contudo, é interessante verificar que a proporção de mulheres na amostra é superior à sua proporção na escola. A média de idades dos alunos que recorrem a este serviço é de 22.27 anos e a moda (valor mais frequente) 21 anos (ver Anexo VII, fig. 10). É portanto uma população bastante jovem aquela que recorre em maior número a estes serviços. São jovens maioritariamente solteiros (sem nenhuma relação) (60.8%) ou enamorados (35.5%) (ver Anexo VII, fig 11). Mais de metade dos alunos (52.9%) são provenientes da Área Metropolitana de Lisboa, onde concluíram o 12º ano de escolaridade, e cerca de 37.9% do resto do país (ver Anexo VII, fig. 12). O Técnico é, portanto, um instituto maioritariamente frequentado por alunos das áreas circundantes. É frequente apontarem-se aos alunos problemas de adaptação, decorrentes da deslocação não só para uma nova escola como para uma nova cidade. Neste caso, e à partida, estes problemas estariam minimizados, visto os alunos provirem em maior número da zona de Lisboa. Assim, a

disponíveis para a pesquisa. De qualquer forma, do total de clientes identificados (348), 89.9% são alunos de licenciatura e 10.1% restantes utentes.

¹³ Uma vez que no mês de Agosto o Núcleo encerra praticamente a sua actividade, optou-se por se considerar um ano lectivo como o período de 1 de Setembro até 31 de Agosto do ano seguinte.

haver problemas de adaptação estes estarão provavelmente ligados à adaptação ao Técnico e não tanto à nova cidade. Não obstante, esta questão irá ser recuperada mais tarde quando se traçar o perfil dos alunos que iniciaram um processo de terapia individual, visto os problemas de adaptação virem referidos como um dos diagnósticos possíveis. Nessa altura poderá constatar-se se existe ou não alguma relação entre o local de origem dos alunos e a sua adaptação ao IST.

No que respeita à situação escolar dos alunos que recorrem ao NAP, as licenciaturas com expressão mais significativa na amostra são Engenharia Electrotécnica e Computadores (20.5% dos alunos), Engenharia Mecânica (15.0%), Engenharia Química (14.7%) e Engenharia Civil (14.0%) (ver Anexo VII, fig. 13). Estas são as licenciaturas com maior número de alunos no IST, daí que a sua representatividade na amostra poderá apenas espelhar essa situação.

A maior parte dos alunos que chega ao serviço encontra-se no segundo (35.2%) ou no terceiro (26.9%) ano das suas licenciaturas (ver Anexo VII, Fig. 14). Uma vez que o primeiro ano é um ano de adaptação, os problemas, sejam eles de estudo ou relativos a outras áreas das vidas dos alunos, começam a surgir ou ganham maior peso no segundo e no terceiro anos. De referir que os alunos que se dirigem ao NAP, excepto os de primeiro ano que, na generalidade dos casos, corresponde à sua primeira inscrição, são muitas das vezes alunos que já repetiram vários anos (ver Anexo VII, fig. 15), o que corrobora o facto do tempo médio para o término das licenciaturas ser superior aos cinco anos estipulados. Por exemplo, de acordo com os dados da amostra, os alunos que se dirigem ao serviço no 2º e 3º anos são maioritariamente alunos cujas inscrições são superiores a duas e a três respectivamente (ver Anexo VII, fig. 16). Mesmo não considerando o problema que leva ao seu pedido de ajuda, desde já se verifica que a população do NAP tem problemas a nível escolar.

Ainda no que respeita à caracterização dos alunos face à instituição, de notar que 98.0% não eram abrangidos pelo contingente especial; 90.5% não são trabalhadores-estudantes (facto que poderia contribuir para problemas escolares); 92.4% não procuraram o serviço devido a problemas de prescrição e 88.8% a problemas de mudança de curso (ver Anexo VII, fig. 17 a 20).

Observando os dados relativos concretamente ao NAP, constata-se que após a sessão de rastreio cerca de 55% de casos são acompanhados com “terapia individual” e aproximadamente 40% (38.9%) tornam-se “não interessados”, isto é, alunos que ou desistiram do acompanhamento ou ficaram satisfeitos apenas com uma sessão (ver Anexo VII, fig. 21). Como se pode constatar a percentagem de casos que se divide pelos outros tipos de modalidades de processos é ínfima. Apesar do Núcleo dispor de diversos tipos de acompanhamento, é a terapia individual que ocupa mais tempo aos terapeutas.

Foi também identificada a fonte de referência para o NAP. Assim, os alunos tomam conhecimento do serviço em primeiro lugar através dos colegas de estudo (24.9%), em segundo através de folhetos/brochuras/cartaz (23.5%) e em terceiro lugar através de outros utentes (15.4%), possivelmente também eles colegas (ver Anexo VII, fig. 22).

Fig. 3: Pedidos de ajuda apresentados pelos alunos aquando do rastreio

	Ansiedade		Depressão		Problemas Interpessoais		Problemas académicos		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sim	107	42,0	112	43,9	149	58,4	179	70,2	82	32,2
outra/s queixa/s	148	58,0	143	56,1	106	41,6	76	29,8	173	67,8
Total	255	100,0	255	100,0	255	100,0	255	100,0	255	100,0

Atrás já se questionou a importância dos alunos na medicalização do insucesso escolar, importa pois, neste sentido, indagar quais as queixas que conduziram estes alunos a um serviço de aconselhamento psicológico. Assim, a queixa apontada mais frequentemente pelos alunos é a relativa a “problemas académicos”. Da totalidade de alunos que apresentaram pedido de ajuda, 70.2% fizeram-no devido a problemas escolares. No que se refere às restantes queixas, os problemas interpessoais surgem em segundo lugar com 58.4% da totalidade de alunos que efectuaram rastreio, seguida da depressão e da ansiedade, que registam valores muito aproximados – 43.9% e 42% respectivamente. De salientar que os alunos quando se dirigem ao NAP, muitas vezes, apresentam mais do que uma queixa o que poderá contribuir para a existência de valores tão aproximados em algumas das queixas. De qualquer forma, é interessante verificar a predominância do pedido de ajuda relacionado com problemas académicos. Este indica que os próprios alunos procuram ajuda psicológica para um problema de mau desempenho escolar,

fornecendo assim a oportunidade ao serviço de se apropriar deste problema para a sua esfera de interesses e campo de intervenção.

Ainda no intuito de melhor caracterizar o aluno que se dirige ao NAP, tornou-se pertinente verificar quais as queixas mais frequentes para cada ano do curso (ver Anexo VII, fig. 23 a 26). Assim, constata-se que as quatro queixas apresentadas (ansiedade, depressão, problemas interpessoais e problemas académicos) obtêm valores mais elevados nos 2º e 3º anos do curso. Ou seja, do total de alunos com uma dada queixa, as maiores percentagens encontram-se sempre no 2º e 3º anos. Por exemplo, do total de alunos com ansiedade, 34.3% e 29.5% encontram-se no 2º e 3º anos respectivamente. O mesmo acontece, de uma forma também visível, com os alunos com um pedido de ajuda relacionado com problemas académicos que obtêm 41.6% e 26.4% no 2º e 3º anos. Não se poderá esquecer, no entanto, que a maioria dos alunos que recorrem ao NAP, como já atrás se referiu, se encontram precisamente nestes dois anos das suas licenciaturas, inflacionando assim estes valores.

Não obstante, uma leitura das percentagens em coluna pode colocar em evidência, para cada variável, diferenças entre os cinco anos de curso. Na verdade, este tipo de leitura permite aferir acerca dos diferentes comportamentos dos alunos ao longo do curso, senão veja-se. As variáveis ansiedade e depressão quando cruzadas com o ano do curso têm distribuições muito semelhantes. Ambas apresentam valores percentuais mais baixos para o primeiro ano de curso (principalmente no caso da ansiedade em que do total dos alunos de 1º ano, 18.4% apresentam esta queixa) e aumentam esses valores no 2º, 3º e 4º anos curriculares, talvez por serem os anos de trabalho mais intenso, voltando a baixar um pouco no 5º ano (nunca atingindo os níveis do 1º ano). Portanto, o segundo, terceiro e quarto anos são os anos mais críticos nos que diz respeito a estas queixas.

Mas, o mesmo já não acontece com o pedido de ajuda devido a problemas interpessoais. Se as outras variáveis têm flutuações ao longo dos anos de curso bem demarcadas, esta variável (problemas interpessoais) apresenta uma distribuição por ano de curso sem qualquer tipo de ordenação. O que parece ser notório são os elevados valores percentuais que atinge em todos os anos de curso, sendo, por isso, um problema que afecta alunos de todos os anos. Por exemplo, do total de alunos do 4º ano que compõem a amostra, 70.6% apresentam problemas interpessoais; e do total de alunos de 5º ano

(chama-se a atenção para o facto dos alunos de 5º ano obterem sempre nas outras três variáveis valores inferiores aos dos outros anos), 68.0% apresentam o mesmo pedido de ajuda.

Finalmente, quanto à variável problemas académicos, esta tem um comportamento completamente diferente das outras três. Neste caso, a percentagem de alunos a apresentar este pedido de ajuda vai diminuindo à medida que os anos de curso aumentam. Assim, observam-se valores percentuais bastantes elevados já no primeiro e segundo anos de curso (81.6% e 84.1% do total de alunos do 1º e 2º anos, respectivamente, apresentam este problema), caindo para um valor de 28.0% no quinto ano. Trata-se, pois, de um problema marcadamente dos primeiros anos de licenciatura, para o qual poderá contribuir uma multiplicidade de factores, como a adaptação a uma nova realidade física (o IST), escolar, relacional, etc. Com a progressão na escolaridade, este problema deixa de se evidenciar tanto, até porque ao existir nos primeiros anos impede a passagem dos alunos para os anos seguintes, ficando uma massa, cada vez maior, de alunos nos primeiros anos com problemas escolares e só avançando aqueles que os têm em menor grau.

Uma vez existir uma percentagem tão elevada de alunos que procuram os serviços do NAP devido a problemas do foro académico, achou-se pertinente observar com mais atenção quem são estes alunos. De uma maneira geral, estes não se afastam muito da caracterização que já anteriormente se fez para a totalidade de alunos de licenciatura¹⁴ (por serem em tão grande número, à partida não existiriam diferenças significativas). Não obstante, registam-se algumas *nuances* quando se consideram somente os alunos com queixa de problemas académicos. Nomeadamente, no que se refere à idade com que procuram o NAP, visto estes alunos o fazerem em média mais jovens, com 22.21 anos, sendo a moda (valor mais frequente) de 20 anos (ver Anexo VII, fig. 28). Também as licenciaturas que registavam valores mais significativos na análise mais geral, continuam a fazê-lo mas estes valores são mais altos para os alunos com problemas académicos. Destaca-se somente o exemplo de Engenharia Química que, apesar de

¹⁴ Ver Anexo VII, onde se repete a análise efectuada à totalidade dos alunos de licenciatura, desta vez aplicada somente aos alunos com queixa de “problemas académicos”.

obter nesta nova distribuição um valor elevado comparativamente às restantes licenciaturas, apresenta um valor inferior ao encontrado anteriormente na análise geral dos alunos (ver Anexo VII, fig. 31).

Outras variáveis que sofrem algumas oscilações são as referentes ao ano do curso dos alunos e ao número de inscrições realizadas. Estes novos dados parecem evidenciar que os alunos com problemas académicos são alunos mais novos, que frequentam os primeiros anos das licenciaturas (17.4% encontram-se no 1º ano e 41.6% no 2º ano o que perfaz aproximadamente 60% dos casos) (ver Anexo VII, fig. 32). Quanto ao número de inscrições, à partida, estas deveriam corresponder ao ano de curso que os alunos frequentam. Todavia, verifica-se que, quando se restringe a análise aos alunos com problemas do foro académico, em termos relativos, estes alunos têm um maior número de inscrições para um determinado ano lectivo face à análise global dos alunos (excepto os alunos de quinto ano cujo número de inscrições é igual ao ano de curso – 5) (ver Anexo VII, fig. 34). Portanto, a variável problemas académicos discrimina com maior precisão os alunos, colocando em evidência aqueles com piores desempenhos escolares. Por exemplo, da totalidade de alunos de 2º ano, quando analisados na sua globalidade, 41% tem duas inscrições (ver Anexo VII, fig. 16); fazendo a mesma análise apenas para os alunos com queixa de problemas académicos este valor desce para 34.4% (ver Anexo VII, fig. 34). Um caso ainda mais revelador diz respeito aos alunos de terceiro ano. Se quando analisados na sua totalidade, 25.9% dos alunos do 3º ano tinham três inscrições (ver Anexo VII, fig. 16); quando filtrados segundo a queixa de problemas académicos, apenas 12.5% dos alunos de 3º ano tinham três inscrições (ver Anexo VII, fig. 34), o que significa que cerca de 87.5% têm mais de três inscrições. Estes valores implicam uma maior retenção destes alunos, sendo o número de inscrições significativamente superior ao ano em que se encontram matriculados.

De destacar, por último, que neste subgrupo específico dos alunos com queixa de problemas escolares, há mais trabalhadores-estudantes (11.2%) (ver Anexo VII, fig. 36) em comparação com o grupo original de alunos de licenciatura e mais alunos a recorrer ao serviço devido a prescrições e mudanças de curso (11.2% e 14.0% respectivamente) (ver Anexo VII, figs. 37 e 38).

1.3. O aluno de licenciatura que inicia processo de terapia individual

Até este momento traçou-se o perfil do aluno de licenciatura que procura o NAP, ou seja, o perfil de todos os alunos que efectuam uma sessão de rastreio, independentemente de terem sido ou não sujeitos, mais tarde, a terapia. Todavia, uma larga percentagem destes alunos, cerca de 40% como já se constatou, acaba por desistir da terapia antes ainda desta ter o seu início, isto é, tornam-se “não interessados”. Assim sendo, havendo um tão grande número de desistências, torna-se pertinente observar até que ponto o perfil anteriormente traçado se mantém, quando se retiram da análise os alunos não interessados. Partindo do pressuposto que o NAP dá primazia aos casos mais graves, deixando em lista de espera os outros casos (possivelmente muitos alunos acabam por desistir, visto o seu caso não ser tão grave e encontrar-se em lista de espera há algum tempo), questiona-se quais são então estes casos mais prementes. Quais as queixas que originam um processo de terapia individual¹⁵? Ou melhor, mediante as queixas apresentadas pelos alunos, quais os diagnósticos que aquelas vão originar? Viuse atrás que a queixa mais frequente por parte dos alunos era a de problemas académicos; quando apropriada pelo gabinete em que diagnóstico se transformará esta queixa? Ao responder a estas e outras questões poder-se-á constatar até que ponto o NAP contribui ou não para a medicalização do insucesso escolar.

Dando início à análise, tal como se fez anteriormente, a partir dos dados de caracterização dos alunos, constata-se que, em termos percentuais, a distribuição dos alunos segundo o sexo se mantém semelhante, visto ao sexo masculino corresponder 61.7% dos casos e ao feminino 38.3% para um total de 154 casos (total de alunos com processo de terapia individual) (ver Anexo VIII, fig. 41). No que respeita à idade dos alunos que estão em acompanhamento, a sua média é de 22.51 anos, sendo o valor mais frequente (moda) de 21 anos (ver Anexo VIII, fig. 42). Tal como aconteceu com estas duas variáveis, relativamente às restantes variáveis de caracterização dos alunos não se constata diferenças significativas entre as duas amostras: a amostra total de alunos e a amostra referente aos processos individuais.

¹⁵ A análise dos dados irá restringir-se aos alunos que tenham iniciado processos de terapia individual. Portanto, para além dos não interessados ficarão fora da análise as outras quatro categorias da variável modalidade do processo, visto apresentarem valores pouco significativos (as quatro acumulam cerca de 6% dos casos).

Deste modo, quanto ao estado civil (ver Anexo VIII, fig. 43) os alunos são maioritariamente solteiros (sem nenhuma relação) (63.1%) ou enamorados (32.9%). A sua área de proveniência também não sofre grandes oscilações, visto os alunos serem, na sua maioria, originários da Área Metropolitana de Lisboa (51.4%) e no que respeita às outras categorias estas obterem valores muito semelhantes aos encontrados anteriormente (ver Anexo VIII, fig. 44). De ressaltar, no entanto, um pequeno aumento percentual nas categorias “resto do país” e “Madeira” face aos valores anteriores. Contudo, este aumento, por si só, não permite tirar conclusões acerca da possibilidade de os alunos provenientes fora da área da Grande Lisboa terem mais problemas de adaptação (ou outros quaisquer) o que os levaria a procurar, com maior frequência, ajuda face aos seus colegas autóctones. No sentido de verificar se são os alunos deslocados para Lisboa aqueles que têm mais problemas de adaptação, torna-se pertinente cruzar estas duas variáveis (ver Anexo VIII, fig. 45). Deste modo, ao analisar a proveniência dos alunos mediante o diagnóstico de problemas de adaptação, verifica-se que 64.3% dos alunos com este tipo de problema provêm de zonas que não a da grande Lisboa¹⁶, o que, de certa forma, demonstra que os alunos deslocados têm maiores problemas de adaptação. Aprofundando um pouco mais a análise, verifica-se que os alunos provenientes da Madeira e de outros países têm mais problemas de adaptação, visto do total de alunos da Madeira e de outros países, 33.3% e 66.7% respectivamente terem problemas de adaptação.

Observando a situação escolar dos alunos, verifica-se uma pequena variação na ordenação das licenciaturas (ver Anexo VIII, fig. 46). Se anteriormente se destacavam quatro licenciaturas das quais eram provenientes a maioria dos alunos que se dirigiam ao NAP, quando se restringe a análise aos alunos com processo de terapia individual, apenas três licenciaturas obtêm valores mais elevados, tendo as restantes valores mais baixos e mais homogêneos. Acrescente-se, ainda, que as licenciaturas com maior expressão são agora Engenharia Electrotécnica e Computadores (20.8%), Engenharia Química (16.1%) e Engenharia Mecânica (14.1%) que não deixam de coincidir com os resultados encontrados anteriormente. Coloca-se, agora, uma questão: porque continuam a ser estas as licenciaturas com maior expressividade? Dever-se-á ao facto destas serem licenciaturas de grande dimensão o que justificaria que um maior número

¹⁶ Este valor obteve-se somando as percentagens referentes às categorias “resto do país” (35.7%), “Açores” (0.0%), “Madeira” (14.3%) e “outros países” (14.3%).

de alunos, provenientes das mesmas, recorresse ao NAP ou serão licenciaturas que, devido às suas próprias características, serão “mais problemáticas” e cujos alunos necessitam de acompanhamento? Afinal, as restantes licenciaturas apresentam valores pouco diferenciados. Se a variável licenciatura não fosse discriminatória os valores de todas as licenciaturas seriam mais ou menos homogêneos, facto que não se verifica. Portanto, na construção do perfil do aluno com acompanhamento terapêutico individual, a licenciatura é uma variável importante a ter em conta.

Quanto ao ano de inscrição aquando do acompanhamento, não há diferenças significativas (ver Anexo VIII, fig. 47). Apesar dos valores percentuais oscilarem um pouco, a ordenação das categorias não varia, estando a maioria dos alunos no segundo (33.3%) ou no terceiro (29.9%) ano de curso. Não perdendo de vista o objectivo de verificar a existência de diferenças entre a amostra inicial e esta sub-amostra, compreendendo melhor quem são estes alunos que são efectivamente acompanhados, importa saber se estes são alunos com maiores problemas escolares. Assim sendo, há que comparar o número de reprovações, isto é, verificar através do cruzamento das variáveis “ano de curso” e “número de inscrições” se esta última é superior àquela.

Antes, ainda, de comparar as distribuições percentuais para os dois casos, olhando somente para o cruzamento entre o ano de curso e o número de inscrições dos alunos de terapia (ver Anexo VIII, fig. 49), constata-se que são os alunos de terceiro e quartos anos que têm um maior número de inscrições face ao ano de curso que frequentam. Isto é, do total de alunos que frequentam o terceiro ano, 73.7% têm um número superior a três inscrições e do total de alunos que frequentam o quarto ano, 66.7% têm mais de quatro inscrições. De destacar que os alunos de quinto ano acompanhados em terapia são aqueles com melhor aproveitamento escolar, medido em termos de reprovações, visto apenas 16.7% (corresponde a um aluno) ter mais que cinco inscrições (tem seis). Daqui se pode concluir que os alunos de quinto ano que procuram o NAP não têm problemas académicos (pelo menos aparentes), apesar de 28.6% do total de alunos do quinto ano apresentar um pedido de ajuda relacionado com problemas académicos. Contudo, este valor fica muito longe das percentagens relativas aos pedidos de ajuda devido a problemas académicos para os primeiros anos dos cursos (do total de alunos do primeiro ano, 87.5% apresentam queixa de problemas académicos e do total de alunos do segundo ano o valor diminui um pouco para 84.4% (ver Anexo VIII, fig. 61), de

resto são valores condizentes aos encontrados na análise da totalidade da amostra quando se cruzaram esta duas variáveis: problemas acadêmicos e ano do curso)¹⁷.

Comparando os dois cruzamentos (“ano de curso” e “número de inscrições” da totalidade da amostra e dos alunos de terapia) (cf. Anexo VII, fig. 16 e Anexo VIII, fig. 49), de modo a que se possa averiguar a possibilidade de os alunos que são acompanhados em processo individual terem piores percursos escolares, verifica-se a inexistência de uma linearidade. Se na amostra dos alunos de terapia, os alunos de 2º, 3º e 5º anos apresentam valores percentuais mais elevados nas categorias correspondentes às 2, 3 e 5 inscrições, ou seja, há menos reprovações (há mais alunos com tantas inscrições como anos de curso) comparando com a totalidade da amostra; para os outros anos verifica-se a situação inversa. Concretizando, e tomando como exemplo o 2º ano do curso, do total de alunos de terapia que estão no 2º ano, 44.0% têm duas inscrições o que significa que existem 52% de alunos com mais de duas inscrições, ou seja, que já reprovaram. Tomando, agora, a totalidade da amostra, verifica-se que do total de alunos do 2º ano, 41.0% têm duas inscrições o que implica que 56.4% dos alunos deste ano já reprovaram (têm mais que duas inscrições). Isto significa que para estes três anos (2º, 3º e 5º anos) os alunos de terapia têm melhores resultados escolares. Assim, não é possível afirmar que os alunos de terapia têm ou não um melhor percurso escolar, já que este é tão variável¹⁸. Acrescente-se, ainda, que tirando o primeiro ano de curso que apresenta uma diferença bastante grande entre as duas amostras (do total dos alunos de terapia, 37.5% tinham mais inscrições do que a única prevista, enquanto que esse valor decresce para 20% quando se considera a amostra na sua totalidade, o que indicia um pior percurso escolar para os alunos de terapia), as restantes comparações entre categorias para as duas amostras não apresentam diferenças muito significativas entre si, destacando-se o facto de ambas, para os 3º e 4º anos, apresentarem valores muito elevados de reprovações (para as duas amostras, do total de alunos para cada ano, cerca de 70% tem mais inscrições do que as previstas).

¹⁷ Foi já anteriormente analisado o cruzamento entre os quatro pedidos de ajuda e o ano do curso para a totalidade da amostra. O mesmo procedimento foi efectuado para a sub-amostra dos alunos de terapia. De uma maneira geral, todos os valores aumentaram nesta segunda amostra, o que se justifica, pelo simples facto, destes alunos estarem em processo terapêutico e logo as suas queixas terem uma maior expressão. Contudo, o comportamento das variáveis não se altera significativamente, ou seja, cada uma delas continua a apresentar o mesmo tipo de variação ao longo dos cinco anos curriculares (cf. Anexo VII, figs. 23 a 26 com Anexo VIII, figs. 58 a 61).

¹⁸ De ressaltar que as variações dos valores percentuais das duas amostras são pequenas o que, também, dificulta a distinção entre os dois grupos.

Ainda no que se refere à situação escolar destes alunos, verifica-se que nesta sub-amostra há mais trabalhadores-estudantes (11.7%), mais alunos abrangidos pelo contingente especial (3.2%) e mais alunos que procuraram o NAP devido a problemas de prescrição (9.7%) e a problemas de mudança de curso (14.9%) (ver Anexo VIII, figs. 50, 51, 52 e 53, respectivamente). Parece, pois, e só tomando em conta as duas últimas variáveis, que estes alunos, quando analisados individualmente, demonstram uma situação escolar um pouco pior.

Ao analisar a situação destes alunos face ao NAP, verifica-se que a variável “fonte de referência” não sofre qualquer alteração (ver Anexo VIII, fig. 54), sendo destacadas as mesmas três categorias que já atrás apresentavam os valores percentuais mais elevados: “colegas de estudo” (25.0%), “folhetos/brochuras/cartaz (24.2%) e “outro utente” (17.5%).

Se anteriormente era importante observar quais as queixas que apresentavam valores mais significativos, neste momento da análise esta tarefa é imprescindível. Assim, poder-se-á verificar quais as queixas que conduziram, em maior número, a um processo de acompanhamento para, *a posteriori*, determinar qual o diagnóstico delas decorrentes. No entanto, há a ter em consideração que uma mesma queixa poderá ter para um aluno um carácter de maior urgência do que para outro. Neste caso, será apenas dada a indicação descritiva/quantitativa deste facto, uma vez que do grau de urgência apenas o terapeuta poderá aferir.

Fig. 4: Pedidos de ajuda dos alunos que iniciaram processo de terapia individual

	Ansiedade		Depressão		Problemas Interpessoais		Problemas Académicos		Outros	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sim	80	60,6	78	59,1	93	70,5	91	68,9	51	38,6
outra/s queixa/s	52	39,4	54	40,9	39	29,5	41	31,1	81	61,4
Total	132	100,0	132	100,0	132	100,0	132	100,0	132	100,0

Quanto aos pedidos de ajuda constata-se algumas diferenças tanto na ordenação das categorias desta variável, como nos seus valores percentuais. Algo que chama imediatamente a atenção quando comparamos a distribuição dos pedidos de ajuda nas

duas amostras é a subida percentual de quase todas as categorias para a sub-amostra dos alunos que se encontram a fazer terapia (apenas a categoria “problemas académicos” decresce) (cf. Fig. 3). Contudo, estes valores poderiam ter sido inflacionados, devido às características desta amostra que, por ser constituída por alunos com processo individual, apresenta dados mais completos, visto os próprios terapeutas disporem de mais informação acerca daqueles. Este facto impossibilita que se tirem mais conclusões a respeito da subida dos valores percentuais.

Os valores percentuais mais próximos entre categorias (excluindo-se a categoria “outros”) poderão indicar que os alunos que são acompanhados apresentam múltiplas queixas, muitas das vezes as quatro. Assim, este facto indica que a queixa de problemas académicos vem acompanhada ou acompanha outro tipo de problemas dos quais poderá ser uma causa ou um efeito. Não querendo discutir este assunto, pode-se, de alguma forma, deduzir que os problemas académicos poderão funcionar como um sintoma de um problema mais geral do aluno¹⁹.

Mas, uma análise que se pode fazer e da qual surgem novos resultados é a respeitante à ordenação das várias categorias. Atrás verificou-se que era a categoria “problemas académicos” aquela que acumulava um maior número de respostas, isto é, esta era a queixa mais frequente por parte da totalidade de alunos que apresentaram um pedido de ajuda. E, as outras categorias, as outras queixas, ficavam um pouco distanciadas daquele valor. Não obstante, para esta nova amostra, a categoria “problemas académicos” surge em segundo lugar na ordenação das categorias com 68.9%. Na verdade, é a categoria “problemas interpessoais” aquela que, para a totalidade de alunos que efectuaram um pedido de ajuda e que foram mais tarde acompanhados, apresenta um valor mais elevado, cerca de 70.5%.

Se, por um lado, é importante compreender o que leva os alunos ao NAP, por outro, os diagnósticos dos terapeutas também poderão deixar algumas pistas sobre o processo de acompanhamento. Ao perceber de que “sofrem” (quais os diagnósticos) os alunos que frequentam este serviço, poder-se-á construir um perfil mais completo daqueles e, ao mesmo tempo, apurar em que diagnósticos se transformam os pedidos de ajuda,

¹⁹ Esta questão será analisada mais tarde aquando da análise das entrevistas às terapeutas do NAP.

nomeadamente o respeitante a problemas académicos. Ou seja, qual o diagnóstico que uma queixa de problemas académicos origina?

Antes de mais, uma análise descritiva dos diagnósticos (ver Anexo VIII, 55). Por conseguinte, o diagnóstico mais proferido, para o total de alunos sujeitos a terapia e com diagnóstico identificado, foi o de “perturbações de personalidade” (50.5%). Quer isto dizer que cerca de metade dos alunos diagnosticados sofrem de perturbações de personalidade mas este facto não exclui outros diagnósticos para os mesmos alunos (aliás tal como acontecia com os pedidos de ajuda, pois poderia um mesmo aluno apresentar vários). Os outros dois diagnósticos que apresentam valores mais elevados são o de “perturbações de humor” (45.5%) e “perturbações de ansiedade” (38.6%). As restantes categorias apresentam valores percentuais distantes destes e, para algumas delas, bastante irrisórios. Conclui-se, pois, que a grande maioria dos alunos que passam por um processo de diagnóstico são enquadrados nestas três grandes categorias.

Todavia, há que completar esta informação. Quais as queixas que dão origem a estes diagnósticos? Ao analisar os cruzamentos entre as quatro queixas e os vários diagnósticos (ver figs. no final do Anexo VIII) não se conseguem encontrar diferenças significativas entre as variáveis. Na verdade, as quatro queixas irão determinar maioritariamente quatro diagnósticos que se repetem por todas elas, alterando-se somente a ordem de frequência desses diagnósticos. Isto é, as queixas de ansiedade, depressão, problemas interpessoais e problemas académicos originam em maior número (e por ordem decrescente de incidência) diagnósticos de perturbações de humor, perturbações de personalidade, problemas de ansiedade e problemas de adaptação. Os restantes diagnósticos apresentam valores pouco expressivos e, também, bastante homogéneos para os quatro pedidos de ajuda. Se já anteriormente se tinha verificado que as quatro queixas eram concomitantes à quase totalidade dos alunos (que fizeram processo de terapia individual), em termos de diagnósticos parece evidenciar-se o mesmo tipo de fenómeno.

Olhando para cada uma das queixas, constata-se que, da totalidade de alunos com pedidos de ajuda relacionados com ansiedade e problemas interpessoais, cerca de 54% e 52.9% têm respectivamente um diagnóstico de perturbações de personalidade. Em seguida registam-se as perturbações de humor com 50.8% e 44.3%, os problemas de

ansiedade com 49.2% e 35.7% e os problemas de adaptação com 20.6% e 21.4% respectivamente para as queixas de ansiedade e problemas interpessoais. No que respeita às queixas de depressão e de problemas académicos, do total de alunos com estes pedidos de ajuda 59.3% e 53.7% têm um diagnóstico de perturbações de humor. Os restantes diagnósticos mais significativos foram para o total de queixas de depressão e de problemas académicos 49.2% e 52.2% para as perturbações de personalidade, 40.7% e 40.3% para os problemas de ansiedade e 23.7% e 19.4% para os problemas de adaptação.

Assim, verificou-se que não há um diagnóstico tipo para cada uma das queixas apresentadas; há, sim, quatro diagnósticos que se destacam de forma muito semelhante (com valores muito aproximados) para cada uma das queixas. Tomando a queixa de problemas académicos separadamente, dada a sua importância na compreensão da possibilidade de medicalização do insucesso escolar (era importante perceber quais os diagnósticos que este pedido de ajuda originava e se, de alguma forma, se distinguiam dos restantes), constatou-se que não há, de facto, nenhum diagnóstico específico a esta queixa. Existem quatro diagnósticos que se evidenciam mas que também se evidenciam nas outras três queixas. É certo que é uma queixa que, posteriormente, é sujeita a um diagnóstico mas o que a análise parece comprovar é que os problemas académicos são mais uma queixa, mais um sintoma, num conjunto de queixas e sintomas que o aluno apresenta e que os diagnósticos referidos acabam por dizer respeito à totalidade das queixas e não a uma por si só.

Fig. 5: Fontes de stress identificadas pelos alunos com processo de terapia individual

	Familiar		Académico		Relacionais/ parceiros		Relacionais/ amigos		Económico		Outras	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sim	71	70,3	75	74,3	47	46,5	32	31,7	14	13,9	20	19,8
outra/s	30	29,7	26	25,7	54	53,5	69	68,3	87	86,1	81	80,2
Total	101	100,0	101	100,0	101	100,0	101	100,0	101	100,0	101	100,0

Do trabalho dos terapeutas faz parte igualmente identificar fontes de stress e factores de risco para os alunos. Ao analisar as fontes de stress comprova-se novamente como as questões académicas estão no centro tanto da deslocação dos alunos ao NAP como do trabalho dos próprios terapeutas. Verificou-se que, no total dos alunos cujas fontes de

stress foram identificadas, 74.3% dos alunos tinha como fonte de stress a vida académica, logo seguido da vida familiar com cerca de 70.3%. Curiosamente o que provoca menos stress aos alunos são as questões económicas. Parece, pois, que a par dos problemas académicos é na relação com o outro que surge mais stress na vida destes alunos o que, de certa forma, corrobora os pedidos de ajuda relacionados com problemas académicos e com problemas interpessoais.

Do diagnóstico de um aluno faz, igualmente, parte a identificação dos factores de risco. Assim, verificam-se valores percentuais bastante baixos no que diz respeito a estas categorias (ver Anexo VIII, fig. 56). O valor mais elevado cabe à ideação suicida, em que para o total de alunos que poderiam ter factores de risco identificados, 17.6% dos alunos apresentam este problema. Quanto às restantes categorias – auto-mutilação, tentativa de suicídio, hospitalizações prévias e psicoticismo – os valores percentuais são bastante baixos.

Resta apenas referir que a duração média de um processo de terapia individual é de cerca de 19.43 sessões e que o valor mais frequente (moda) é o de duas sessões, o que, de alguma forma, indicia uma duração curta dos processos. Estes terminam sobretudo ou por terem sido alcançados os objectivos propostos (32.6%) ou por abandono do cliente (30.5%) (ver Anexo VIII, fig. 57).

1.4. O perfil do aluno de licenciatura que recorre ao NAP

Após a caracterização de todos os alunos de licenciatura que efectuaram uma sessão de rastreio e da caracterização daqueles que, para além de terem efectuado aquela sessão, foram sujeitos a um processo de acompanhamento individual, torna-se necessário apresentar um breve resumo comparado destes dois perfis. Assim, constatou-se a inexistência de diferenças significativas no que respeita às variáveis de caracterização dos alunos de ambos os grupos. Em ambos predominam os indivíduos do sexo masculino (não esquecendo a representação significativa do sexo feminino face ao seu valor total na população do IST), muito jovens (com idades médias compreendidas nos vinte e dois anos e moda nos vinte e um), solteiros (incluindo as relações de namoro) e provenientes, na sua maioria, da área da Grande Lisboa.

Da mesma forma, a sua posição face ao IST não oscila muito nos dois grupos: as licenciaturas com maior expressão no grupo total de alunos não são muito diferentes das do grupo de alunos com acompanhamento terapêutico (apenas a Licenciatura em Engenharia Civil não consta neste grupo e constava no outro) e em ambos os grupos é notória a existência de problemas escolares, traduzidos em numerosas reprovações (para os dois grupos existe um maior número de inscrições relativamente ao ano de frequência). Deste modo, e de uma maneira geral, os alunos que só efectuaram rastreio e aqueles que foram acompanhados não são muito diferentes, o que difere são apenas alguns valores percentuais de certas variáveis que poderão estar mais acentuadas numa dada categoria de um grupo face à mesma categoria do outro grupo.

O que não deixa dúvidas, tanto para um grupo como para o outro, é o facto de, independentemente do pedido de ajuda apresentado, olhando somente para as variáveis de caracterização, se verificar que os alunos de licenciatura que recorrem ao NAP têm efectivamente problemas a nível de desempenho escolar. Este facto vem a ser comprovado pelas queixas apresentadas pelos alunos, sendo a relativa a “problemas académicos” uma das mais expressivas.

Em suma, apesar do intuito de se traçar dois perfis distintos – um para a totalidade dos alunos e outro somente para os alunos de terapia individual –, na realidade, pode-se considerar que aqueles dois perfis se aglutinam num só, visto a maioria das variáveis estudadas e comparadas apresentarem resultados coincidentes em ambos os grupos. Deste modo, verifica-se apenas um perfil – o perfil do aluno de licenciatura que recorre ao NAP. Não querendo negar algumas diferenças encontradas entre os dois grupos, estas não bastariam para que se considerassem dois perfis, visto apenas possibilitarem uma compreensão mais aprofundada do comportamento de algumas variáveis. Assim sendo, o perfil do aluno de licenciatura que recorre ao NAP inclui a caracterização dos alunos (todos e dos que iniciaram terapia que é, aliás, igual), os pedidos de ajuda e consequentes diagnósticos, fontes de stress e factores de risco (estas três últimas variáveis apenas para os alunos que iniciaram terapia). Como já se viu, os diagnósticos resumem-se maioritariamente a quatro tipos de perturbações/problemas para as quatro queixas apresentadas o que não permite realizar correspondências entre o tipo de queixa

e o tipo de diagnóstico (objectivo anteriormente explicitado que visava aferir sobre a possível existência de medicalização do insucesso escolar por parte do NAP).

1.5. Fluxos da população estudante no NAP

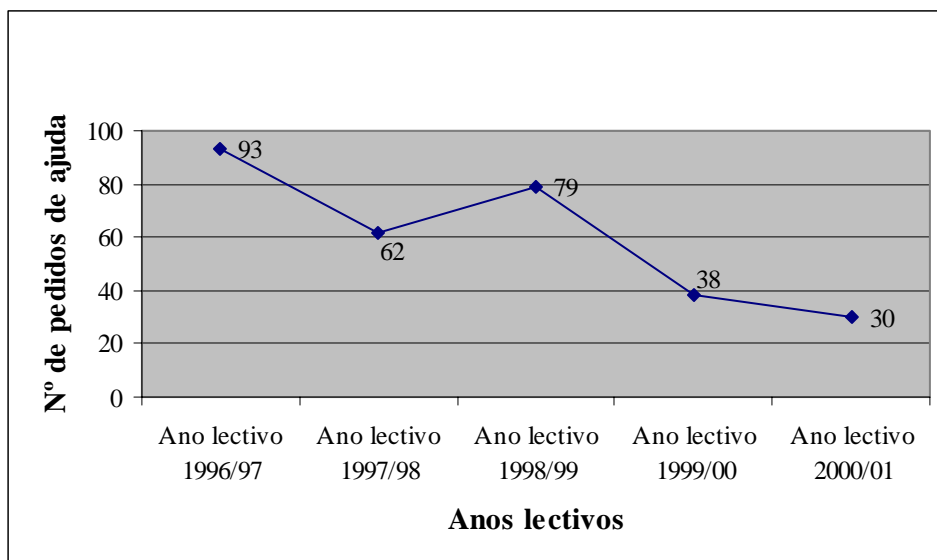
Toda a análise tem vindo a ser efectuada segundo uma lógica que visa determinar quais as práticas e estratégias adoptadas pelos alunos, quando recorrem ao NAP, e perceber de que forma estas poderão contribuir para a medicalização do insucesso escolar. Assim, a ida a este gabinete poderá cobrir-se de estratégias sociais, por parte dos alunos, que condicionam a sua própria afluência àquele Núcleo. O que se pretende nesta fase da análise é fazer um mapeamento temporal dos alunos, ou seja, “encaixá-los” num contínuo temporal, medido em termos de anos lectivos. Desta forma, poder-se-ão evidenciar estratégias concretas por parte dos alunos, mediante as épocas lectivas de maior ocorrência ao NAP. Serão nas épocas de trabalho mais intenso, na altura dos exames, que os alunos mais se dirigem ao NAP?

Numa primeira fase, irão referir-se somente os meses e os anos com valores mais elevados para as variáveis “pedido de ajuda”, “primeira sessão” (que corresponde ao início do processo terapêutico) e “última sessão”. E, posteriormente, numa segunda fase, irá efectuar-se uma análise segundo o ano lectivo de pertença dos alunos aquando da sessão de rastreio.

Para a primeira variável verifica-se que os meses com maior percentagem de pedidos de ajuda são Março, Maio (cada com 12.6%) e Outubro (12.3%) e 1997 foi o ano com maior número de pedidos de ajuda (31.8%) (ver Anexo IX, figs. 62 e 63). No que diz respeito à variável “primeira sessão”, o mês com valores mais elevados foi o de Abril (16.4%) e o ano foi igualmente o de 1997 (29.6%) (ver Anexo IX, figs. 64 e 65). Finalmente, quanto à variável “última sessão”, esta deu-se em maior número no mês de Julho (18.4%) (talvez, porque este corresponde ao último mês antes das férias) e o ano de 2000 é aquele que regista um maior número de terminos de processos (24.0%) (ver Anexo IX, figs. 66 e 67). Estes dados, da forma como se apresentam não possibilitam tirar conclusões acerca da frequência do Núcleo. Para tal, é preciso agrupá-los (aos dados) de modo a transformá-los em anos lectivos.

Serão analisados cinco anos lectivos – 1996/97, 1997/98, 1998/99, 1999/00 e 2000/01 – que, como já anteriormente se referiu, serão contabilizados como tendo início a 1 de Setembro e fim a 31 de Agosto. Esta decisão prendeu-se com o facto de Agosto ser o mês, por excelência, de férias tanto dos alunos, que deixam de comparecer às sessões de acompanhamento, como dos próprios terapeutas; em Setembro, os alunos regressam ao Instituto e inicia-se um novo ano lectivo. Mais uma vez se refere que existem pedidos de ajuda anteriores a 1996/97 mas cujos processos de acompanhamento tiveram início mais tarde, de modo que aqueles pedidos serão incluídos na contabilização deste ano lectivo.

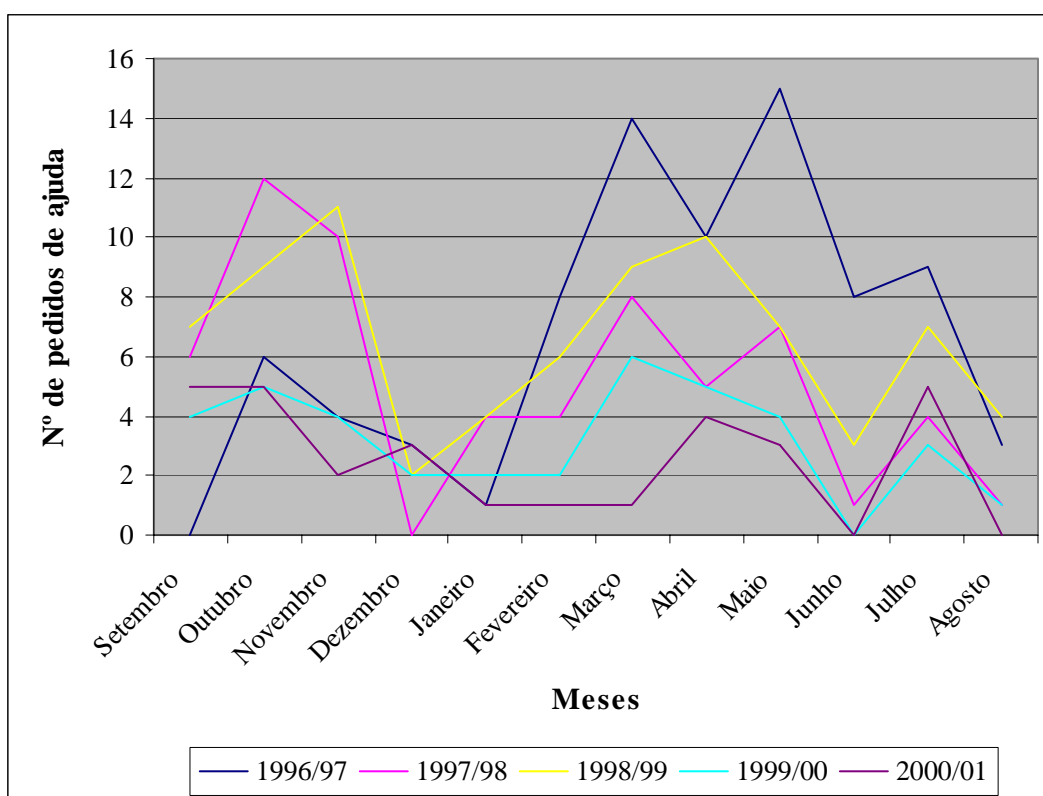
Fig. 6: Distribuição dos pedidos de ajuda por ano lectivo



Na figura acima apresentada encontra-se a distribuição dos pedidos de ajuda por ano lectivo, permitindo, assim, observar a evolução do serviço nos cinco anos lectivos em estudo. Deste modo, os anos de 1996/97 e 1998/99 destacam-se dos restantes, uma vez apresentarem um maior número de pedidos de ajuda (93 e 79 pedidos de ajuda respectivamente). Apesar de no ano lectivo 1997/98 haver uma pequena quebra nos pedidos de ajuda dos alunos, poder-se-ia dizer que nestes primeiros três anos em análise o serviço constata uma afluência mais ou menos constante. Os outros dois anos lectivos – 1999/00 e 2000/01 – observam valores bastantes baixos. Não obstante, não é possível traçar com precisão a evolução do NAP, visto a base de dados, na qual se apoia este estudo, estar bastante incompleta precisamente no que respeita a estes dois anos (porque

muitos dos processos ainda estão em acompanhamento, não havendo informações disponíveis sobre eles). Mesmo que o gabinete tenha sofrido uma quebra na afluência, esta nunca poderia ser tão drástica como a que o gráfico mostra, se não como se poderia explicar a existência de uma lista de espera para todos os novos casos?

Fig. 7: Distribuição dos pedidos de ajuda, por mês, em 5 anos lectivos



Olhando para a distribuição dos pedidos de ajuda, por mês, nos cinco anos lectivos considerados (ver também Anexo IX, fig. 68) verifica-se um certo padrão naquela distribuição ao longo do período de tempo considerado. Como a figura demonstra existem duas épocas distintas de maior afluência ao Núcleo: a época de Outubro/Novembro e a época de Março/Abril/Maio²⁰. Ao situar estes meses num ano lectivo, verifica-se que a estes correspondem períodos específicos do ano escolar. A primeira época, de maior afluência (Outubro e Novembro), diz respeito ao início do trabalho escolar propriamente dito. É por esta altura que o trabalho começa a surgir e a avolumar-se para os estudantes, antecedendo a época de exames, o que poderá gerar

²⁰ É interessante verificar que, mesmo nos anos lectivos com um menor número de pedidos de ajuda, de uma maneira geral, a distribuição daqueles pedidos mantém-se idêntica à dos outros anos. Apesar do número de pedidos de ajuda por ano lectivo ser bastante discrepante entre si, na análise discriminada por mês, não se encontram diferenças significativas entre os cinco anos lectivos.

problemas não só a nível escolar como, também, em outras vertentes da sua vida. Afinal, já se constatou que os problemas escolares como queixa raramente surgem isolados, sendo acompanhados por outros pedidos de ajuda. A segunda época que compreende os meses de Março, Abril e Maio abarca não só o final dos exames do primeiro semestre como os dois meses que antecedem os exames de segundo semestre – novamente um período de muito trabalho escolar. Aliás, tendo em conta a distribuição dos pedidos de ajuda e o valor elevado que a queixa de problemas académicos apresenta, avança-se com a hipótese de que os alunos, nesta época, mediante os resultados (menos favoráveis) do primeiro semestre e/ou a aproximação de uma nova época de exames que implica novamente muito estudo procuram o auxílio do NAP. Assim sendo, parece legítimo afirmar que a análise dos pedidos de ajuda, quando enquadrada num ano lectivo, permite encontrar regularidades de afluência dos alunos ao NAP, comprovando-se, assim, uma possível estratégia social por parte daqueles.

2. O Núcleo de Aconselhamento Psicológico (NAP)

Como já se referiu anteriormente, para perceber se o insucesso escolar é medicalizado pelo Núcleo de Aconselhamento Psicológico deverá ter-se em conta não só a definição que aquele Núcleo tem de insucesso, como perceber quais as práticas e estratégias desenvolvidas no sentido de trabalhar sobre esse insucesso. Assim, a análise irá decorrer em três vertentes. Uma primeira, centrada no NAP e no seu funcionamento; uma segunda centrada nas reuniões respeitantes às decisões acerca dos rastreios e, por último, uma terceira vertente centrada nos próprios terapeutas.

Com o intuito de situar o NAP no contexto mais geral dos serviços de aconselhamento psicológico, achou-se pertinente apresentar uma descrição geral acerca daqueles serviços, destacando o contexto do seu surgimento e objectivos pelos quais se regem. De seguida, entrar-se-á na análise propriamente dita do gabinete, cumprindo a primeira das três vertentes de análise, dedicada ao funcionamento daquele serviço.

2.1. Os Serviços de Aconselhamento Psicológico

O sucesso académico tornou-se, segundo Raoul Van Esbroeck (in SAP, 1997), uma temática cada vez mais relevante no meio universitário. Apesar de haver um maior número de indivíduos a aceder a instituições de ensino superior, o sucesso daqueles tende a diminuir o que preocupa não só as instituições de ensino como os governos e a sociedade em geral. Daí, pois, que não seja de estranhar o facto das universidades atribuírem uma importância crescente aos “serviços de apoio aos estudantes”.

Constata-se, adicionalmente, que a entrada para a universidade pode fazer emergir “processos do desenvolvimento deficitários, que até então tinham passado despercebidos pela menor exigência de autonomia e de trabalho, e do ambiente mais securizante, menos impessoal em que vivia o estudante” (in SAP, 1997).

Portanto, o aluno, no decurso da sua experiência universitária, vê-se confrontado com uma série de desafios e obstáculos. Sendo esta uma importante etapa na transição para vida adulta, a frequência de uma instituição de ensino superior desempenha um

importante papel no futuro do jovem estudante. Aquela transição é um processo que implica grandes mudanças e transformações: se por vezes, estas ocorrem de uma forma ordenada e harmoniosa; outras vezes, são muito rápidas, problemáticas e até caóticas. Assim, há que, “por um lado, prevenir e remediar os problemas surgidos no decurso deste processo e, por outro lado, mediante a estruturação e implementação de certas experiências, otimizar as possibilidades de crescimento que este processo desenvolvimental pode proporcionar” (Gonçalves, 1988: 128).

De acordo com Michael Schilling (in SAP, 1997), os “conflitos pessoais e os problemas de estudo podem constituir, e frequentemente constituem, uma oportunidade concreta para o desenvolvimento da personalidade dos estudantes do ensino superior, na medida em que para muitos deles, as crises neste período da vida lhes permitem pela primeira vez formular os seus objectivos pessoais, encarar de forma crítica as suas capacidades, competências e recursos, tomar consciência do seu *background* social e padrões de desempenho, bem como das expectativas dos outros com quem se relacionam e reflectir sobre os seus modelos de identificação e sobre os conflitos associados a estes”. Para este autor, os problemas e conflitos com os quais o estudante se vê confrontado poderão servir de catalisador para o seu desenvolvimento, uma vez que lhe poderão permitir ajudar a amadurecer e desenvolver estratégias de *coping*²¹ e de resolução de problemas.

Neste sentido e no intuito de dar às universidades a possibilidade de responder a estas necessidades, foram surgindo, um pouco por todo o mundo, “unidades de recursos humanos e materiais integrados na estrutura académica, sob a designação genérica de serviços universitários de consulta psicológica” (Gonçalves, 1988: 128).

A implementação deste tipo de serviços acarreta, igualmente, benefícios económicos. Por um lado, é sabido que o Estado português despende largas somas, todos os anos, com os alunos do ensino superior. Contudo, muitos não frequentam as aulas e permanecem nas universidades mais tempo que o estipulado para o término dos cursos (Ricardo Jorge Pinto, jornal “Expresso”, Nov. 1996 in SAP, 1997). Por outro lado, estudos de avaliação dos centros de aconselhamento nos EUA comprovam que os

²¹ As estratégias de *coping* referem-se a “esforços cognitivos e comportamentais para dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas e/ou externas que são criadas por uma situação de stress” (Folkman in Paúl, 2001: 22).

estudantes que recorrem aos serviços de consulta psicológica apresentam uma taxa inferior de desistência e concluem os cursos num menor número de anos (Rickinson cit. Por Dias in SAP, 1997). Portanto, Gonçalves et al (sd.: 6) chama a atenção para o facto de o Estado português poder poupar muito dinheiro com a criação dos serviços de aconselhamento psicológico, com a vantagem adicional destes contribuírem para uma formação mais completa dos estudantes, nomeadamente a nível humano.

Torna-se pertinente mencionar que os resultados recentes de investigação demonstram que o “sucesso na idade adulta é muito mais influenciado pelo nível e estágio de desenvolvimento psicológico do que por critérios académicos mais convencionais, tais como os resultados em testes estandardizados ou as avaliações anuais/semestrais” (SAP, 1997). Aliás, já atrás se referiu que na construção do sucesso académico estão envolvidas uma multiplicidade de variáveis, não ficando aquele resumido aos resultados mais quantificáveis. Se as notas e os resultados em testes passados são bons preditores de notas e resultados futuros, aqueles já não poderão ser considerados bons preditores de sucesso numa ocupação profissional futura. Alguns dos índices que permitem antecipar o sucesso na vida adulta reportam-se a estádios de desenvolvimento psicológico. Estes correspondem a “competências que são adquiridas, treinadas e/ou aperfeiçoadas no contexto de determinados processos de aconselhamento psicológico, muito em particular nos processos psicoterapêuticos” (Gonçalves et al., sd: 6).

A criação de serviços de apoio psico-pedagógico nas universidades deverá ter em conta uma população heterogénea na qual coexistem sub-culturas distintas, com diferentes graus de envolvimento na vida académica e com necessidades face à instituição de ensino também elas específicas²².

Tendo em atenção toda a justificação apresentada para a implementação de serviços de aconselhamento psicológico, de uma forma sucinta, os objectivos do aconselhamento são: “fornecer a assistência aos estudantes actuais e prospectivos, na escolha e persecução dos seus estudos particularmente através (1) da avaliação psicológica e do

²² Segundo Nico (in SAP, 1997), “o mundo universitário português, outrora restrito e elitista, tem vindo a assumir características massificantes, as quais têm vindo a transformar, lenta mas inexoravelmente, as atitudes, os comportamentos, as normas, e inclusivamente, o estatuto da instituição e dos seus membros”. Chegam à universidade alunos de toda a parte do país, provenientes de todas as camadas sociais, com

aconselhamento; (2) da acção psicológica remediativa incluindo a psicoterapia; (3) da promoção da performance académica e do desenvolvimento de personalidade e (4) das investigações científicas, projectos e publicações nas áreas acima indicadas” (SAP, 1997). Desde já se adiante que este é o modelo que se aplica no Núcleo de Aconselhamento Psicológico do IST.

De acordo com Garni (in Gonçalves e Cruz, 1988: 129-130), reconhecem-se três tipos de serviços a prestar nos serviços de aconselhamento psicológico: (a) serviços remediativos, tendo por função ajudar os estudantes as ultrapassar problemas pessoais e educacionais específicos e a “remediar” eventuais *déficits* de competências académicas; (b) serviços preventivos, com a função de identificar as competências que os indivíduos podem ou poderão necessitar e o fornecimento de meios para a sua aquisição e, por fim, (c) serviços desenvolvimentais, cuja função é a de ajudarem os estudantes e promoverem o seu funcionamento e potencial crescimento.

(a) Serviços remediativos:

Estes serviços consistem, acima de tudo, na “psicoterapia de apoio terapêutico” que é dirigida a estudantes que “experenciam problemas de ajustamento significativos, que exigem atenção profissional imediata” (Garni in Gonçalves e Cruz, 1988: 130). Quanto mais imediata e eficaz for esta resposta, maiores serão as possibilidades de prevenir situações de ruptura total como é o caso, a título de exemplo, do esgotamento, exaustão, depressão, abandono dos estudos ou, até mesmo, do suicídio.

De acordo com Gonçalves e Cruz (1988: 131), existem três grandes grupos de problemas com os quais os estudantes universitários se poderão confrontar e que, por isso, deverão ocupar a atenção dos serviços remediativos. São eles:

(1) “Problemas decorrentes da confrontação com as tarefas académicas: a transição do ensino secundário para o ensino superior é particularmente exigente para o estudante. Para além disso, ao longo do curso surgem inúmeras exigências e obstáculos que desafiam a adaptação psicológica. Problemas de stress, ansiedade nos testes e exames, procrastinação, insucesso e consequentes estados de frustração e depressão, são problemáticas habituais neste contexto. O aumento das exigências

uma grande amplitude de classificações de entrada, com posturas perante a universidade e perspectivas e projectos de vida muito diferentes.

da vida universitária, potencializa estados de ansiedade geradores dos mais variados estados e situações do foro neurótico como, por exemplo, as fobias, perturbações obsessivo-compulsivas e comportamentos desviantes”.

- (2) “Problemas decorrentes da confrontação com tarefas sociais”: a frequência universitária representa uma importante etapa no desenvolvimento social e interpessoal do jovem estudante. Mas, é durante este processo que surgem, frequentemente, problemas a nível da asserção social, relação com os colegas e com o sexo oposto, relações, sexuais, solidão, entre outros.
- (3) “Problemas decorrentes da confrontação com decisões vocacionais”: a universidade constitui-se como uma etapa fundamental na construção de uma identidade vocacional e profissional. Logo, os serviços de aconselhamento psicológico deverão prestar atenção aos problemas de transição entre o ensino e o trabalho.

(b) Serviços preventivos:

Este tipo de serviço rege-se pelo objectivo de fazer diminuir a incidência de determinados problemas, mediante a identificação e controle dos factores de risco. Segundo Gonçalves e Cruz (1988: 132), a construção de programas preventivos deve começar exactamente por identificar esses ditos factores de risco. E, acrescentam que “num país como Portugal, em que a vinculação física e psicológica à estrutura familiar é altamente valorizada, os estudantes obrigados a deslocarem-se das suas comunidades poderão facilmente ser identificados como uma população em risco”. Os mesmos autores apresentam um conjunto de sugestões que poderiam ser aplicadas quer no período de entrada na universidade, quer no período de transição para o mundo de trabalho (momentos tipicamente considerados como mais stressantes) que visam a prevenção de certos problemas, controlando os factores de risco subjacentes. Assim, de destacar a organização de grupos de desenvolvimento pessoal, dinamização de actividades sociais, constituição de uma rede de aconselhamento de colegas, preparação de programas de recepção e acolhimento aos novos alunos, programas de desenvolvimento de competências e procura de emprego, entre outros.

(c) Serviços desenvolvimentais:

Mais do que identificar os factores de risco ou optar pela “doença” como alvo (como no caso dos serviços remediativos), este tipo de serviço tem como objectivo “orientar a intervenção para a promoção e optimização do desenvolvimento psicológico, de modo a

ajudar os estudantes a beneficiarem maximamente do desenvolvimento psicológico (Gonçalves e Cruz, 1988: 132-133). Identificam-se, de seguida, algumas das áreas de intervenção possíveis na persecução daquele objectivo: “programas de desenvolvimento de competências de estudo, resolução de problemas e de estratégias de planeamento e execução de testes e trabalhos escolares; programas de desenvolvimento de relações sociais, treino de asserção. Desenvolvimento moral e do auto-conhecimento; programas sequenciais de treino de competências comportamentais e cognitivas de escolha, planeamento e acção no desenvolvimento de uma identidade vocacional e aconselhamento de tempos livres”.

Concluindo, o objectivo principal dos serviços de aconselhamento psicológico é o de “proporcionar actividades de consulta psicológica e educacional capazes de potencializar a experiência do estudante universitário em termos de desenvolvimento humano e de, simultaneamente, remediar e evitar alguns problemas decorrentes deste processo” (Gonçalves e Cruz, 1988: 133).

2.2 Núcleo de Aconselhamento Psicológico – IST

2.2.1. História, objectivos e funcionamento

A proposta de criação do Núcleo de Aconselhamento Psicológico partiu de um grupo de estudantes, dirigentes associativos da Associação de Estudantes do IST (AEIST) em Outubro de 1992. Contudo, a primeira sessão viria a realizar-se no dia 13 de Maio de 1993, estando este serviço sob a alçada do CASIST (Centro de Apoio Social do IST). Este Centro é um órgão do IST que se destina a promover o bem-estar físico, social e psicológico dos estudantes e funcionários (docentes e não docentes) do IST e da AEIST. Este é constituído por um núcleo social que integra os serviços de apoio psicológico e aconselhamento jurídico e por um núcleo médico que presta serviços de primeiros socorros, enfermagem e clínica geral. O CASIST, por sua vez, depende do Conselho Directivo, mais propriamente do pelouro das obras e das relações exteriores. Aliás, o NAP em questões financeiras depende inteiramente do Conselho Directivo, não tendo qualquer autonomia na gestão financeira do serviço. É o Conselho Directivo que financia todos os gastos do serviço, incluindo os ordenados. De referir que os utentes do

NAP pagam cerca de ¼ da consulta, cerca de € por uma consulta individual, sendo o restante suportado pela instituição. Este dinheiro das consultas servirá para ajudar a pagar os próprios salários dos terapeutas.

A nomenclatura do serviço foi sofrendo alterações. Tendo sido constituído como SAP (Serviço de Atendimento Psicológico), foi sendo alterado progressivamente até chegar à forma actual de NAP (foi denominado igualmente de Serviço de Apoio Psicológico e Serviço de Aconselhamento Psicológico). A justificação para as sucessivas mudanças encontra-se no facto de se passar de uma versão mais institucional e distanciada (“atendimento”) para uma versão mais profissional, teoricamente mais contextualizada e internacionalmente reconhecida (*counselling* – “aconselhamento”). A expressão intermédia (“apoio”) foi considerada menos correcta e, talvez, algo preconceituosa, pois parecia descrever os utentes como indivíduos menos capazes, carentes de uma “ajuda”, de um “empurrão”, o que frequentemente não correspondia à realidade daqueles que procuravam o serviço (SAP, 1997).

O objectivo que está na base da constituição do Núcleo é o de “promover o bem-estar psicológico da população do IST, proporcionando aos utentes atendimento especializado e específico nas áreas da orientação e aconselhamento, em situações de crise, e de terapia, em caso de perturbações diagnosticadas. Pode também organizar acções de formação para estudantes, abrangendo áreas como métodos de estudo ou gestão de carreira, por exemplo. Paralelamente, deverá assessorar os restantes serviços, nos aspectos considerados relevantes do ponto de vista psicológico” (“Estrutura e organização dos Serviços de Acção Social do IST” in Gonçalves et al, sd: 9). O NAP deve, igualmente, desenvolver valências na área da prevenção primária, pois, assim, será possível criar condições que previnam o aparecimento e o agravamento de certos problemas psicológicos que os utentes trazem ao serviço.

Segundo Gonçalves et al (sd: 9), o funcionamento do NAP envolve:

- “actividades clínicas que se baseiam nos modelos cognitivo-comportamental, experiencial e interpessoal e, finalmente, sistémico e que se traduzem em actividades de aconselhamento e terapia individual, conjugal, familiar ou de grupo, consoante o tipo de problemáticas que são apresentadas; as actividades de terapia individual e de aconselhamento ocupam a maior “fatia” do tempo do serviço”;

- “actividades na área da prevenção primária, tendo como objectivo um acompanhamento constante, desde o ingresso do estudante no IST até à inserção na vida activa, isto é, o planeamento de intervenções no âmbito da integração dos estudantes no Ensino Superior com o plano de Mentorado, da formação em Assertividade e em Métodos de Estudo, e ainda da inserção no mundo do trabalho com o curso de primeiro Emprego e Gestão de Carreira”²³;
- “actividades de estágio académico/profissional”;
- “actividades de investigação e apoio à realização de investigações que tenham como alvo os utentes do NAP ou os alunos do IST”;
- “actividades de intercâmbio entre o NAP e serviços análogos em Portugal e nalguns países da Europa”.

O serviço tem, desde a sua criação, uma procura elevada, facto que levou ao aparecimento de uma lista de espera e à implementação de algumas medidas de contenção como o estabelecimento de um número limite de faltas às sessões (3) que ultrapassado poderá levar ao encerramento do processo; o reencaminhamento dos utentes para outros serviços de saúde pública mental²⁴; a criação de um número limite de sessões (26) para os processos terapêuticos²⁵, número esse que poderá ser negociado em reunião de equipa e a implementação de sessões de rastreio que permitem seriar os utentes de acordo com o seu pedido e grau de urgência. De mencionar que existem situações que aceleram o atendimento, tais como o aluno estar suicida ou psicótico, ter sinais de ansiedade tão fortes que o impeçam de sair de casa, estar a passar por situações de crise de vida traumáticas, estar há mais de três meses em lista de espera, ter que

²³ Estes projectos nunca chegaram a passar da sua fase experimental, apesar dos resultados obtidos nas experiências piloto terem sido encorajadores.

²⁴ De referir que na entrevista à coordenadora do Núcleo (analisada posteriormente), esta refere que o NAP não tem qualquer ligação a serviços de saúde. Os contactos que existem são todos informais. O NAP está, sim, integrado numa rede de serviços de aconselhamento psicológico no ensino superior mas, mesmo esta rede é, ainda, informal.

²⁵ A existência de um tempo limite para o processo terapêutico, deve-se ao número elevado de utentes que tinham um número excessivo de consultas. Este facto foi considerado incorrecto por parte dos terapeutas, por um lado, porque estas pessoas estariam ainda numa fase de desenvolvimento pessoal em que realmente necessitam de ajuda para desbloquear certas tarefas de desenvolvimento mas que, por serem jovens e ainda não terem passado por certas experiências de vida, não podem, ou melhor, não devem trabalhar certos aspectos; por outro lado, devido a questões de funcionamento do próprio Núcleo. A elevada procura do serviço levou a que se constituísse uma lista de espera. Para se poder dar resposta a todos os pedidos houve a necessidade de limitar o processo terapêutico. Se no início se adiantou um limite de 26 sessões, neste momento pensa-se fazer contractos de 6 meses com os utentes, colocando-os, assim, a trabalhar para uma data previamente definida.

tomar decisões urgentes e necessitar de ajuda, ter dificuldades económicas impeditivas de aceder a uma serviço privado, entre outras.

Neste momento o NAP é constituído por sete terapeutas: a coordenadora do gabinete, funcionária pública, trabalhando 35 horas semanais; cinco psicólogos, todos com contrato de avença e que fazem entre 15 a 6 horas por semana (dependendo do terapeuta) e um estagiário, sem qualquer vínculo ao IST, que está a realizar um estágio académico, necessário ao término da sua licenciatura.

Debruçando-me com maior atenção nas actividades desenvolvidas pelo NAP, constata-se que o problema do insucesso escolar está presente nas suas estratégias e práticas de trabalho. Senão vejamos. No que diz respeito às actividades na área da prevenção primária é mencionada a existência de um programa de Métodos de Estudo. Ora, este programa surgiu devido à constatação clínica de que havia muitos alunos que tinham insucesso escolar, devido, não a dificuldades clínicas ou cognitivas, mas a problemas do foro comportamental e emocional. Isto é, com base no acompanhamento individual dos alunos, os terapeutas aperceberam-se que aqueles, quando confrontados com as primeiras dificuldades, em vez de mudarem as estratégias de estudo, os comportamentos, no fundo, em vez de se adaptarem a uma nova realidade, ficavam agarrados às mesmas estratégias ineficazes, aumentando apenas o seu esforço e a intensidade do estudo. Deste modo, os alunos sentiam-se frustrados, pois estudavam e não havia um *feedback* positivo desse estudo. Assim, este programa tinha como objectivos “perceber mais rigorosamente as dificuldades sentidas pelos alunos, as suas crenças e pensamentos disfuncionais, testar metodologias e perceber os efeitos do grupo na modificação de comportamentos” (in Relatório Preliminar do Programa Métodos de Estudo 95/96, 1996: 4). Este programa pretendia juntar um grupo de alunos que tinham em comum um problema de insucesso escolar e fazê-los reflectir acerca da forma como estudavam, das dificuldades sentidas e das estratégias que utilizadas, ajudando-os a lidar com o estudo de uma forma activa e responsável, atendendo aos seus interesses, à sua personalidade e ao contexto educativo (IST).

Dentro das medidas de prevenção do insucesso, o NAP inclui, ainda, o aconselhamento, o Mentorado, o treino de assertividade e a psicoterapia. De todas estas medidas, segundo o serviço, é a psicoterapia que se mostra mais eficaz “no combate ao insucesso

escolar” (Gonçalves, sd: 11). Este facto é demonstrado por um estudo realizado por dois terapeutas do Núcleo (Welling e Silva, 2000) que compararam o número de disciplinas efectuadas, pelos alunos que recorrem ao NAP, nos períodos anteriores e posteriores ao início do processo terapêutico. Para cada aluno acompanhado no serviço foi analisado o número de disciplinas efectuadas durante o período de um ano antes de iniciar o processo terapêutico, em comparação com o número de disciplinas realizadas após o período de acompanhamento. Este período de acompanhamento foi estabelecido em dez semanas, independentemente do número de sessões efectuadas. Os autores encontraram um aumento significativo na realização de cadeiras em relação ao período anterior ao início da terapia. Os resultados indicam um aumento de 1.3 disciplinas após o acompanhamento terapêutico. Concluíram, pois, que um processo psicoterapêutico com mais de três sessões tem um efeito positivo nos resultados escolares dos alunos. Além deste estudo é efectuado um cálculo que demonstra a rentabilidade do Núcleo, contrapondo aos seus custos os ganhos correspondentes à realização dessas disciplinas (tendo em conta os custos económicos da frequência das disciplinas).

Portanto, o insucesso escolar é um fenómeno que preocupa o NAP, sendo alvo de medidas que visem quer a sua prevenção quer o seu “tratamento”. A psicoterapia surge como o meio mais eficaz neste sentido, permitindo aumentar o número de disciplinas concluídas pelos alunos. Está-se, assim, perante, um problema social, o insucesso escolar, que é “resolvido” através de um procedimento clínico.

2.2.2. Procedimentos relativos ao rastreio

No seguimento da análise relativa ao NAP surge, numa segunda vertente, a análise das reuniões que visavam tomadas de decisão acerca dos rastreios e dos casos a seguir. Não perdendo de vista o objectivo de identificar práticas e estratégias terapêuticas, de modo a compreender a postura dos terapeutas face ao insucesso escolar, julgou-se pertinente assistir a estas reuniões de trabalho entre aqueles. De facto, este seria o melhor local para aferir sobre estratégias de trabalho e consequentes tomadas de decisão. Desta forma, poder-se-ia obter uma visão, ainda que parcial, do funcionamento do serviço e das linhas que o regem.

A análise tem por base uma técnica de observação não participante, em que me foi dada a possibilidade de assistir às reuniões dos psicólogos, no momento em que os casos que estavam em lista de espera eram discutidos²⁶. Esta técnica pressupõe que o observador interaja o menos possível com o observado, estando consciente da sua função de observador, o que aumenta a oportunidade de se aperceber de fenómenos enquanto estes se desenrolam. Este papel passivo utiliza-se, neste caso, para minimizar as interferências que o observador pudesse causar à situação. Deste modo, era chamada à sala quando se iniciava a discussão relativa a esta temática e era pedido que me retirasse sempre que aquela (temática) se esgotava. Como o próprio nome da técnica indica, assisti a diversas reuniões, observando e tomando pequenas notas (palavras-chave) do que se passava à minha volta, sem nunca intervir, pois isso iria perturbar a naturalidade da situação e causar alguma desconfiança no grupo observado, podendo conduzir a uma modificação do seu comportamento. No final de cada reunião era efectuado um documento em que se descrevia a situação observada, procurando mencionar todos os aspectos relativos não só aos discursos como às interacções entre as terapeutas. É certo que a postura e o discurso dos psicólogos pudessem ser condicionados com a minha presença mas tentei minimizar os efeitos negativos que a minha presença pudesse potenciar, não participando em absoluto no desenvolvimento da situação, evitando falar ou abster-me de qualquer comunicação que pudesse revelar a minha atitude. Da mesma forma, procurei apresentar-me ao grupo, adoptando uma postura “positiva” de compreensão e simpatia. Mas, estava igualmente claro para os terapeutas aquilo que ali me levava e o que pretendia com esta investigação.

Uma das vantagens da observação é possibilitar observar coisas, pessoas, situações que, de outra forma, passariam despercebidas. Assim, poderão existir comportamentos ou interacções que poderão escapar à atenção dos próprios intervenientes ou serem difíceis de verbalizar mas que uma terceira pessoa, um investigador, poderá mais facilmente aperceber-se. Porém, em qualquer observação encontram-se dificuldades e a observação das reuniões relativas aos procedimentos de rastreio não foge à regra. Se se considerar a observação como a soma da percepção e da interpretação, então, há a ter em atenção que o observador está localizado no espaço e no tempo o que poderá influenciar a sua

²⁶ Com o intuito de se assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato dos utentes, nas reuniões, os terapeutas referiam-se aos diferentes utentes apenas mencionando o seu primeiro nome o que me impossibilitaria qualquer identificação daqueles.

percepção, sendo tudo aquilo que observa necessariamente parcial. Da mesma forma, um observador contará sempre com as limitações inerentes à sua condição de ser humano e, como tal, poderão existir imprecisões naquilo que observa, que percebe, bem como, e visto estar a observar algo que implica vários acontecimentos (estímulos) simultâneos – a observação da reunião –, apenas se aperceber de alguns factos e não da totalidade da situação (há uma selectividade da atenção) (Anguera, 1989).

No caso do presente estudo, irá conduzir-se uma observação não estruturada, visto não se usarem categorias e classificações pré-definidas, fazendo-se a observação de uma forma mais natural e aberta (Punch, 1998: 185). Existe o objectivo de identificar práticas e estratégias terapêuticas para, assim, aferir sobre o modo de organização/funcionamento do gabinete. Mas, a postura desta observadora, aquando das reuniões, era a de observar e recolher toda a informação que, mais tarde, aquando da análise, se pudesse tornar pertinente para o objectivo enunciado. Sabia apenas que teria de tomar atenção não só ao conteúdo dos discursos dos terapeutas como, também, ao modo como a reunião se processava, portanto, aos aspectos mais físicos e relacionais daquela (reunião).

Contudo, este método também apresenta limitações. Por exemplo, é impossível prever aquilo que está a ser estudado (o objecto de estudo). Depois, poderão existir problemas, conflitos, algo que limite a observação do investigador. Isto é, o grupo que poderá estar a ser observado poderá limitar a participação do observador, simplesmente porque não quer que este tenha conhecimento ou acesso a determinados factos (Anguera, 1989).

Infelizmente, apesar do trabalho no terreno se ter estendido por um longo período, não tive oportunidade de assistir a tantas reuniões quantas gostaria. Por um lado, porque não havia uma periodicidade constante das reuniões, o que não permitia uma observação sistemática, havendo grandes intervalos entre as observações²⁷. Por outro lado, o serviço sofreu várias remodelações, entre as quais a decisão de se fazer de duas em duas semanas reuniões respeitantes somente ao funcionamento e às estratégias do Núcleo. O que, à partida, poderia ser considerada uma ajuda (visto estas reuniões abordarem as

²⁷ Apesar dos terapeutas se reunirem com alguma regularidade, nem sempre as questões dos rastreios e da lista de espera estavam contempladas nos assuntos a discutir, o que me excluiu, logo à partida, de muitas reuniões.

temáticas que me propunha estudar), tornou-se um obstáculo no prosseguimento da observação no terreno, pois tratando-se de uma nova forma de organização do gabinete, esta não deixava os terapeutas suficientemente à vontade para deixarem uma “estranha” assistir às suas reuniões. Deste modo, e na tentativa de melhor compreender todos os procedimentos que norteiam o rastreio, achou-se pertinente complementar a observação das reuniões relativas ao rastreio com informação recolhida, expressamente sobre este assunto, na entrevista à coordenadora do NAP.

Como referido anteriormente, parte daquelas reuniões era destinada à discussão dos novos casos, isto é, era dado a conhecer ao grupo de terapeutas quais os rastreios efectuados num determinado espaço de tempo, bem como considerações acerca destes que condicionavam a gestão da lista de espera. A partir de 1996/97, e uma vez que existia uma lista de espera permanente para atendimento no serviço, decidiu-se marcar com os utentes uma sessão inicial, de rastreio, que permitisse avaliar a situação do utente, determinando, assim, o grau de urgência no atendimento. Nesta primeira sessão de rastreio é explicado ao utente as regras de funcionamento do gabinete (confidencialidade, pagamento, marcação de sessões, horários, lista de espera, entre outras) e realizada a anamnese do utente, dando-se especial destaque às questões relativas à história familiar, ao percurso escolar e ao relacionamento interpessoal (incluindo as relações de amizade e as amorosas). Quanto ao problema que levou o utente ao serviço, os terapeutas procuram perceber qual a origem do mesmo, há quanto tempo dura e as soluções que já foram tentadas. No final do rastreio é entregue ao utente uma bateria de testes psicológicos que este deverá preencher, pois contribuirão para a atribuição de um grau de urgência ao seu problema. Deste modo, após esta primeira sessão, é possível dar o encaminhamento considerado mais adequado.

De referir que a coordenadora do NAP, na sua entrevista (ver Anexo XII), faz menção à questão do grau de urgência. Assim, este situa-se numa escala que varia entre um e quatro, sendo um a situação menos urgente e quatro a mais urgente. O valor quatro só se atribui a quem esteja *“a pôr em causa a sua própria integridade física ou a de outrem”* ou a outras situações de grande emergência, como a morte recente de alguém muito próximo. Quanto ao grau de urgência um, praticamente não existe, até porque os estudantes, de acordo com a terapeuta, apresentam quase sempre múltiplas queixas, impossibilitando a existência de um grau de urgência tão baixo. Portanto, é entre estes

dois valores (um e quatro) que se situam a maioria dos casos., “*sendo que dois é a pontuação mais comumente atribuída... dois/dois e meio...*” (ver critérios para a determinação do grau de urgência no atendimento no Anexo X).

Portanto, após o rastreio e a determinação do seu grau de urgência, o utente fica em lista de espera até que um terapeuta possa “pegar” no seu caso. Relativamente ao tempo que se poderá esperar pelo acompanhamento, a entrevistada A declara que até se implementar a regra das 26 sessões (sujeitas a negociação) por utente, se esperava cerca de seis ou sete meses pelo início do processo de acompanhamento. Contudo, após esta regra ou, agora, com a implementação dos “*contractos de seis meses*” o tempo de espera diminuiu, em média, para três meses, valor que o NAP limita como o tempo máximo de um paciente em lista de espera (apesar de não ser um limite rígido e obrigatório).

Decisões como quem aguarda acompanhamento em lista de espera ou quem é atendido mais rapidamente, que casos são atendidos preferencialmente, por quem, durante quanto tempo, entre outras, denunciam diferentes estratégias terapêuticas e diferentes práticas. A observação não participante das reuniões entre os psicólogos tinha como objectivo pôr aquelas em evidência. O discurso dos psicólogos poderia permitir encontrar formas distintas de abordar certos casos, interessando-me sobretudo, à partida, aqueles cujo problema apresentado pelo utente fosse relativo a dificuldades escolares. Não esquecendo o intuito inicial de estudar o insucesso escolar no ensino superior e se este é ou não um fenómeno medicalizado, não só importava compreender no discurso dos terapeutas alusões ao modo como estes casos são tratados como, também, a forma como os utentes são referidos, ou seja, a linguagem empregue para designar um aluno com problemas escolares.

Análise das reuniões (relativas aos rastreios)²⁸

Foram observadas cinco reuniões referentes aos procedimentos relativos às sessões de rastreio. Estas decorreram entre seis de Junho de 2002 e dezoito de Julho do mesmo ano. Apesar dos terapeutas reunirem frequentemente para tratarem de questões relativas

aos processos, nem sempre a questão dos casos em lista de espera era abordada, daí o baixo valor de observações. Para este facto contribuiu, também, a proximidade das férias, havendo, por isso, uma interrupção dos trabalhos. Entretanto, o Núcleo sofreu algumas reestruturações, não tendo sido, por isso, possível voltar a assistir a novas reuniões.

Os rastreios discutidos nas reuniões eram, nesta altura, realizados por um dos terapeutas mais novos, mais concretamente pela terapeuta estagiária. Actualmente, os rastreios são efectuados por um dos terapeutas mais experientes. Segundo a entrevistada A chegou-se à conclusão que, muitas vezes, *“os rastreios traziam menos informação do que a desejável e que era preferível serem terapeutas mais experientes que sabem melhor ir buscar a informação”*. Deste modo, numa fase posterior a esta observada, houve uma mudança de estratégia, no sentido de maximizar os recursos humanos e rentabilizar (no sentido de não se perder tanto tempo) o próprio trabalho. Em vez de ser o terapeuta estagiário a fazer os rastreios, esta tarefa passou para a coordenadora do Núcleo que, mais tarde, a delegou (devido a falta de tempo) noutras duas terapeutas experientes. Esta estratégia possibilitou, também, aumentar o conhecimento que a coordenadora tem do modo como o gabinete (e as pessoas que o integram) funciona, quem recorre a este serviço e com que problemáticas.

Na mesma entrevista foi perguntado à coordenadora do serviço quem é que selecciona e determina que uma pessoa e não outra sai da lista de espera e inicia acompanhamento terapêutico. A terapeuta referiu que é a pessoa que efectua os rastreios aquela que assume esta responsabilidade, uma vez lidar directamente com os utentes e com o seu sofrimento, estando em melhor posição para determinar o grau de urgência no atendimento. Mas, a própria coordenadora periodicamente (mesmo não sendo ela a efectuar os rastreios) consulta a lista de espera com o intuito de *“ver como é que está”*. Portanto, apesar de serem outras terapeutas a fazer os rastreios e estas poderem estabelecer graus de urgência e proporem os casos a serem acompanhados de seguida, cabe à coordenadora a última palavra, pois é ela que decide se o utente vai ou não ser atendido e por quem. O papel da coordenadora não mudou com a remodelação estrutural do gabinete, visto já ser ela quem anteriormente decidia quem tratava quem e

²⁸ Ver Anexo XI: Apontamentos das reuniões relativas aos rastreios.

o quê. A mudança acontece somente a nível da pessoa que efectua as sessões de rastreio.

Importa, neste momento, passar à análise propriamente dita das reuniões. Deste modo, irão ser abordados dois aspectos distintos relativamente às observações, aspectos esses que, depois, se dividirão em várias dimensões. Por um lado, irão analisar-se aspectos relativos à reunião, em si, quais os seus objectivos, a sua frequência, os seus intervenientes, como estes se relacionam entre si e como se comportam (seja no sentido do comportamento interindividual, entre eles, seja no sentido do seu próprio comportamento individual, suas expressões/movimentos, formas de apropriação do espaço e sua disposição). Este tipo de análise permitirá não só conhecer o grupo em maior profundidade e o tipo de relacionamento que existe entre os terapeutas (mais ou menos informal, etc.) como, também, perceber o modo como aquele (grupo) se organiza e organiza o seu trabalho (o que resulta das estratégias de intervenção que desenha). Por outro lado, irão ser analisados os discursos dos terapeutas, no sentido de descobrir quais as temáticas abordadas nas reuniões relativas aos rastreios, os modos de organização e estratégias de intervenção que aí se desenvolvam ou que aí se manifestem, principalmente no que se refere às problemáticas do insucesso escolar e às queixas de “problemas académicos”. O modo como os terapeutas, no seu discurso, se referem aos alunos com problemas escolares também será, se possível, um aspecto a reter, pois poderá indiciar uma medicalização do insucesso.

No que se refere aos aspectos relativos (intrínsecos) à reunião, em si, a análise irá comportar várias dimensões:

- A caracterização dos participantes nas reuniões (quem são os terapeutas que estão presentes, sua idade, sexo e profissão; qual a relação dos participantes entre si; qual a estrutura ou grupo em que estão englobados e a estrutura de posições na situação, ou seja, os papéis que cada um desempenha).
- O ambiente da reunião, ou seja, localizar a situação observada, descrevendo o local e a conduta dos intervenientes, bem como o modo como os terapeutas se relacionam entre si e se apropriam do espaço comum.
- Os objectivos pelos quais as reuniões se pautam e se estes foram ou não atingidos.
- A frequência e a duração das reuniões (número de vezes em que aquela ocorre, com que periodicidade, se tem uma duração uniforme ou não e o que a provoca).

Relativamente ao conteúdo do discurso dos terapeutas interessará:

- As temáticas abordadas (tendo especial atenção às respeitantes aos problemas académicos).
- Perceber se os discursos denunciam modos de organização e estratégias de intervenção (percebendo quais as resoluções que se tomam relativamente aos casos em lista de espera: de que casos se fala; quais são atendidos e quais permanecem em lista de espera).
- A estrutura da comunicação, isto é, a forma como os discursos eram proferidos e, maioritariamente, por quem.

Relativamente aos aspectos intrínsecos às reuniões observadas, estava presente em todas as reuniões a coordenadora do gabinete, 38 anos, terapeuta sénior (mais experiente) e membro mais antigo do gabinete. Estava, também, presente em todas as reuniões a (na época) terapeuta estagiária, encarregue pelos rastreios e pela organização/manutenção da lista de espera. Para além destas duas terapeutas a presença dos restantes terapeutas do Núcleo dependia da sua disponibilidade, acontecendo que nas cinco reuniões observadas em nenhuma estiveram presentes todos os terapeutas. Aliás, para além daquelas terapeutas, estavam presentes mais duas terapeutas: uma terapeuta experiente e outra (que, entretanto, já não se encontra no NAP) que, nesta altura, estava a terminar a sua licenciatura, estando a realizar o seu estágio académico. De referir que estas eram psicólogas bastante jovens e, que no caso das estagiárias, com relativamente pouca experiência, pelo menos naquele gabinete (visto ambas estarem a concluir as suas licenciaturas).

Hierarquicamente todas dependiam da coordenadora do gabinete. Como tal, na reunião, o papel que desempenhava era o de moderadora da discussão, tendo sempre a “última palavra” sobre qualquer decisão/assunto. A terapeuta que realizava os rastreios²⁹ e que, conseqüentemente, organizava e geria a lista de espera, mencionando todos os novos

²⁹ Parece lícito pensar que as sessões de rastreio, nesta época, eram relegadas para segundo plano, ou melhor, era um trabalho menos importante face ao trabalho terapêutico propriamente dito e talvez também mais fácil, visto ser delegado ao terapeuta estagiário que tem menos experiência. Contudo, como já se referiu, esta situação mudou com a reestruturação do gabinete, passando a ser justamente a coordenadora e depois uma das terapeutas seniores a realizá-lo. Houve o reconhecimento da importância do rastreio para a melhoria do serviço do gabinete, da organização do gabinete, permitindo maximizar as suas potencialidades.

casos e possíveis alterações efectuadas naquela lista, prestava, também, serviço de aconselhamento psicológico. Face às restantes terapeutas a sua posição era hierarquicamente inferior, apesar de ter alguma autonomia no seu trabalho³⁰. Por fim, as outras duas terapeutas que, por estarem no NAP há mais tempo e com mais experiência de serviço, encontram-se, talvez, numa posição intermédia, visto terem mais autonomia para escolher ou recusar certos casos, autonomia essa que implica a gestão dos casos atribuídos a cada uma. Ressalve-se que quando se fala de hierarquia, esta não é visível nas relações das terapeutas entre si (pois o relacionamento entre estas é igual independentemente da função que desempenham no Núcleo) mas, é-o, tão-somente, nos momentos de decisão de atribuição de casos e nos casos que cada terapeuta está habilitada a receber. A maior ou menor experiência de cada uma (para além da sua disponibilidade) determina a atribuição ou não de um dado caso. Ora, a experiência, neste gabinete, também determina um lugar na hierarquia. Assim, a estrutura de posições nas reuniões revela a própria estrutura do NAP, uma vez ser semelhante.

Todas as reuniões tiveram lugar no gabinete da coordenadora (o que denuncia a centralidade deste membro do grupo) que se divide entre uma área de escritório e outra (com sofás) onde se realizam sessões de terapia. Para estas reuniões eram colocadas várias cadeiras em círculo, onde todas as terapeutas se sentavam, inclusive esta observadora. A forma em círculo potencia (pretende estabelecer?) uma igualdade de posições entre os membros do grupo, visto nenhum deles se destacar dos restantes, possibilitando o contacto visual entre eles. Este facto demonstra uma certa proximidade e à vontade entre as terapeutas. Esta igualdade de posições na forma como o espaço é apropriado não é, como já se viu, coincidente com uma igualdade de posições, a nível hierárquico, entre as terapeutas. Mas, mais uma vez, no que se refere à interacção entre as terapeutas, na reunião, aquela era descontraída, pautada por um grande à vontade que aponta para modos de relacionamento mais próximos, de alguma familiaridade, sentida também nos discursos e na forma como se dirigiam a outro membro do grupo (mesmo à coordenadora).

Importa referir que as terapeutas não reuniam expressamente com o intuito de tratar de assuntos relativos às sessões de rastreio e à lista de espera. Estas eram temáticas

³⁰ Esta autonomia era limitada pela sua própria condição de estagiária que se encontrava ali, também, para aprender.

englobadas na reunião de supervisão. Deste modo, quando julgavam mais oportuno tratar das questões referentes ao rastreio, chamavam-me para a sala. Assim, quando lá entrava, a disposição das cadeiras já estava efectuada, deixando-me um lugar vago entre elas. Este facto poderia ser interpretado como querendo que eu me sentisse mais à vontade e integrada no grupo. Mas, a verdade é que eu não fazia parte do grupo e nem queria fazer, pois iria comprometer os procedimentos técnicos e metodológicos que tinha decidido para esta fase do trabalho. Confesso que foi difícil manter-me à parte, por um lado, porque já havia um relacionamento anterior com as terapeutas, elas não eram desconhecidas para mim, nem eu o era para elas o que dificultava um certo distanciamento, necessário, entre nós; por outro lado, porque, estando literalmente entre elas, era difícil manter uma posição distante, até porque os seus discursos, por vezes, incluíam-me, visto interpelarem-me directamente.

Afinal, mesmo sendo alguém conhecido, naquela situação, seria sempre uma intrusa. E, por estar tão próxima das terapeutas, estas poderiam controlar mais eficazmente a minha presença na sala. Não obstante, nunca saberei porque razão me sentaram sempre entre elas. Apenas posso avançar com conjecturas e interrogar-me sobre até que ponto a minha presença, ainda mais sendo tão próxima, não terá afectado ou interferido no normal curso das reuniões³¹. Contudo, se tivesse pedido para ocupar outra posição na sala, mais distante das terapeutas, isso levaria a que ficasse numa posição mais destacada, suscitando, ainda mais, a curiosidade (e desconfiança) daquelas acerca daquilo que pudesse estar a fazer que exigia um certo distanciamento.

Estas reuniões, ou melhor, estes momentos nas reuniões de supervisão visavam dar a conhecer, à coordenadora e às restantes terapeutas presentes, os novos rastreios, discutindo um pouco, se necessário, cada um e o grau de urgência que lhe foi atribuído, bem como analisar a lista de espera e decidir quais os casos a serem distribuídos (se algum o fosse) e por quem o seriam (que terapeuta). Durante as cinco reuniões que assisti, apenas em duas delas foram distribuídos novos casos pelos terapeutas (inclusive por terapeutas que não estavam presentes), nas restantes, após a observação da lista de

³¹ Se numa observação não participante, o observador deve guardar distância do objecto observado, de modo a que este não se sinta ameaçado no seu espaço e de modo a que a acção decorra normalmente, como sempre; nesta observação, o observador estava entre as terapeutas, inserido no círculo de cadeiras que o integra quase como um novo participante, facto que não poderia estar mais em contradição com o que foi dito acima.

espera e de acordo com a disponibilidade de cada terapeuta (que era inexistente), não foram distribuídos novos casos.

Nesta época, as reuniões ocorriam com uma periodicidade semanal e o seu tempo de duração (somente o momento relativo aos rastreios) era irregular, variando de acordo com as questões que havia a tratar. Deste modo, assisti a reuniões mais longas, de aproximadamente uma hora, e outras, mais rápidas, que não duraram mais de dez minutos, em que da reunião consistia, apenas, a constatação de que era impossível atribuir novos casos aos terapeutas.

Em suma, o grupo de terapeutas que participava nas reuniões acerca dos rastreios mostrou-se bastante coeso, informal e descontraído nos momentos daquelas reuniões. Cada elemento conhece a sua posição no grupo, bem como o papel que desempenha, não havendo sobreposições de papéis, nem se tendo assistido a quaisquer conflitos entre os membros. Este facto demonstra que os modos de organização do NAP estão interiorizados pelas terapeutas, são bem conhecidos de todas, sendo otimizados nas reuniões sem que haja sobreposições de funções. Através destas reuniões, todo o grupo poderá conhecer todos os novos casos e intervir na escolha e na decisão de atendimento ou não de casos em lista de espera.

No que respeita ao discurso das terapeutas, as temáticas mais abordadas prendem-se, como é óbvio, com a discussão de novos processos e a sua submissão à lista de espera ou possível atribuição imediata de terapeuta (o que significa acompanhamento imediato). Também se discutiu, por exemplo, acerca de alguns casos já em acompanhamento. No total das reuniões assistidas, foram distribuídos relativamente poucos casos, visto os terapeutas terem já bastantes processos a seu cargo mas, também, porque o NAP iria sofrer algumas reestruturações após as férias de Verão. Aquelas (reestruturações) iriam afectar a distribuição dos casos, o que inviabilizaria, de certa forma, a atribuição de novos casos aos terapeutas já que depois iriam existir alterações. Deste modo, tanto os casos que já constavam em lista de espera como os novos casos (provenientes dos rastreios) só seriam atendidos a partir de Setembro. Contudo, a existência de casos mais graves (mencionados numa das reuniões), cujos resultados dos instrumentos (como são designados os vários testes que os alunos têm de realizar aquando do rastreio) pareciam ser algo preocupantes para a terapeuta que tinha a cargo

os rastreios, tiveram atenção imediata, procedendo-se a uma intervenção de crise. Esta consistiria na realização de uma ou duas sessões, de modo a que se resolvessem os problemas mais prementes do cliente sem, no entanto, iniciar-se um processo de terapia propriamente dito. Uma outra temática que surge em duas sessões e que se encontra relacionada com a reestruturação do gabinete prende-se com a decisão da coordenadora em telefonar a todas as pessoas que constavam da lista de espera, de modo a perceber o estado dos seus casos, se ainda estavam ou não interessadas no acompanhamento e, caso estivessem, para as avisar que este só poderia ter início a partir de Setembro.

Quanto aos casos em que é mencionado no rastreio “problemas académicos”, nas cinco reuniões apareceram três casos deste tipo (em reuniões diferentes). Infelizmente, não tenho a noção de quantos alunos poderiam existir em lista de espera, apresentando esta queixa. Mas, segundo a anterior análise, relativa aos pedidos de ajuda dos alunos, sabe-se que esta é uma das queixas mais referidas e geralmente nunca vem só, visto ser raro os alunos apresentarem somente um pedido de ajuda.

Bom, mas quanto aos três novos casos que surgiram, um dizia respeito a uma aluna com insucesso escolar que tinha baixas expectativas; outro a um aluno que pretendia uma mudança de curso, sendo o seu problema de índole vocacional e um terceiro caso de uma aluna com ansiedade à vida escolar. Destes três casos, apenas o segundo (da mudança de curso) foi solucionado, pois o aluno fez uma sessão de orientação vocacional e nem necessitou de ser encaminhado para a lista de espera. Os outros dois casos ficaram a aguardar acompanhamento em lista de espera, não sendo, portanto, considerados casos com um grau de urgência elevado.

Não se encontrou, nas reuniões a que se assistiu, qualquer tipo de procedimento específico a uma determinada queixa. Assim sendo, não houve da parte das terapeutas referências específicas aos casos cujo pedido de ajuda se relacionava com o insucesso escolar. Por um lado, pode considerar-se que quem se queixa deste problema e entra em lista de espera, possivelmente, mais tarde, sujeito a um acompanhamento psicológico, poderá, de certo modo, implicar uma forma de medicalização do insucesso escolar; por outro lado, estes problemas escolares não lhes têm associadas terapêuticas ou procedimentos específicos, estando, muitas vezes, acompanhados de outros problemas (problemas estes que condicionam o desempenho escolar e sobre os quais os terapeutas

vão agir) o que condiciona aquela tese da medicalização. O importante a reter pelas psicólogas eram os resultados das entrevistas e dos instrumentos que determinariam o grau de urgência no atendimento. Quanto maior fosse este grau, maior a probabilidade de atendimento mais imediato. Ressalve-se, apenas, dois casos em que a atenção e a possibilidade de atendimento eram maiores, visto tratarem-se de dois alunos de 5º ano. Face a estes, a postura do NAP é a de “tentar agarrá-los”, visto estarem prestes a terminar as licenciaturas e se não houver intervenções imediatas, os seus problemas ficarão sem solução e poder-se-ão perpetuar.

Portanto, a estratégia de intervenção do NAP prende-se com o atendimento, em primeiro lugar, dos casos com maior urgência, ficando os restantes em lista de espera até que haja um terapeuta disponível e que aceite um novo caso. De referir que, apesar da coordenadora distribuir os casos e ter o poder para determinar que terapeuta fica com que caso, o terapeuta também tem opção de escolha, ficando, na medida do possível, com os casos da sua preferência, com os quais sente mais empatia. Nesta perspectiva, a organização do gabinete é flexível, pois permite que a atribuição de processos ao terapeuta seja condicionada pela sua vontade³². Este tipo de organização e a consequente estratégia de intervenção permitem, por um lado, aos casos mais graves, em primeiro lugar, e depois aos outros a atribuição de um terapeuta; mas, por outro lado, permitem aos terapeutas escolherem os casos com que querem trabalhar³³ o que poderá ser até mais benéfico para o cliente, visto possivelmente o terapeuta estar mais apto e mais à vontade para lidar com o(s) seu(s) problema(s). Mais uma vez rentabilizam-se os recursos humanos que são relativamente poucos para a procura que existe³⁴.

Resta referir um aspecto do discurso das terapeutas relacionado com a estrutura da comunicação. Deste modo, os discursos eram proferidos maioritariamente pela terapeuta que efectuava os rastreios, visto ser ela quem descrevia e divulgava os

³² Na atribuição de um processo a um determinado terapeuta há, também, a ter em atenção o próprio cliente que poderá ter preferência pelo sexo do terapeuta ou poderá querer o terapeuta que lhe efectuou o rastreio ou um terapeuta que já o tenha acompanhado (caso se trate de um reinício da terapia), etc..

³³ A título exemplificativo, nas reuniões a que assisti surgiram casos de funcionários do IST. As terapeutas mais jovens mostravam uma certa relutância em os aceitar, preferindo que fosse a coordenadora a ocupar-se deles, talvez porque achassem que esta terapeuta estivesse mais à vontade ou mais bem preparada para o fazer ou, talvez, porque o nível etário se aproximasse mais. As terapeutas mais jovens talvez vissem na diferença de idades ou no tipo de problemáticas apresentadas um impedimento ao relacionamento entre o terapeuta e o cliente.

resultados dos novos rastreios e a situação actualizada da lista de espera; mas, também, pela coordenadora que assumia a direcção da reunião, indagando as outras terapeutas, pedindo opiniões e decidindo os procedimentos a tomar. As restantes terapeutas presentes tinham igualmente uma parte activa na reunião, podendo dar as suas opiniões acerca dos novos casos ou daqueles que lhes poderiam estar destinados. Simplesmente, não seriam tão participativas como os outros dois elementos.

2.2.3. Entrevista a duas terapeutas

A informação recolhida anteriormente permitiu conhecer qual a função do NAP, qual o seu trabalho e como o desenvolve. A observação das reuniões respeitantes às sessões de rastreio permitiu aferir sobre o modo de funcionamento do gabinete, acerca dos seus processos de tomada de decisão, etc.. Pretendia-se conhecer o trabalho do grupo no que se refere a aspectos mais gerais de organização mas, também, a aspectos mais práticos que fossem relativos à resolução de problemas académicos. Portanto, tratava-se de abordar o problema do insucesso escolar, de uma forma mais indirecta, através das decisões do grupo de terapeutas face aos rastreios e consequentes casos a acompanhar. Mas, interessa igualmente para esta pesquisa, sem perder de vista os seus objectivos, conhecer a forma como o NAP define insucesso escolar e como lida com as queixas relativas a problemas académicos. A forma como aquele possa ser definido poderá implicar formas concretas de intervenção por parte dos psicólogos do serviço, facto que poderá contribuir ou não para a medicalização do insucesso escolar. Assim, importa conhecer as suas práticas e estratégias terapêuticas, sobretudo as relacionadas com o domínio dos problemas escolares.

Com este fim, decidiu-se efectuar duas entrevistas semi-directivas³⁴ a duas psicólogas do Núcleo. A escolha destas duas terapeutas deve-se, no que se refere à primeira (entrevistada A), ao facto de ser a coordenadora do NAP, membro fundador do gabinete e, por isso, uma das terapeutas com mais experiência em aconselhamento realizado em

³⁴ Se assim não fosse não se justificaria a existência de uma lista de espera.

³⁵ Neste tipo de entrevistas, o entrevistador conhece os temas sobre os quais precisa de recolher informação mas a ordem e a forma como o faz fica totalmente ao seu critério, sendo apenas fixada uma ordem para o início da entrevista. Este facto possibilita conduzir as entrevistas mais livremente,

espaço universitário e maioritariamente para alunos universitários; independentemente da sua experiência enquanto terapeuta, como coordenadora do NAP, no fundo, como a representante deste gabinete, a sua posição irá espelhar a posição do próprio serviço e daqueles que lá trabalham. De referir que esta entrevista possibilitará, ainda, recolher uma série de informações em falta que irão complementar os sub-capítulos dedicados à “história, objectivos e funcionamento” do NAP e “procedimentos relativos ao rastreio”. No que se refere à segunda terapeuta (entrevistada B)³⁶, a sua escolha enquanto interlocutora deveu-se sobretudo ao facto de também ela ser uma das terapeutas mais antigas no NAP, com muita experiência a nível de acompanhamento de estudantes mas, também, por ter participado no “Projecto de Métodos de Estudo” (referido atrás), no qual trabalhou directamente com alunos com problemas escolares, estando, por isso, mais preparada para falar sobre estes assuntos.

O guião de entrevista é constituído por duas partes distintas (ver guião de entrevista e entrevistas das terapeutas no Anexo XII). Uma primeira parte, comum, destinada às duas terapeutas e comporta um conjunto de perguntas que visam aferir sobre a definição de insucesso escolar para o NAP (contrapondo-a à de insucesso académico, pois já atrás se discutiu a possibilidade de ser esta a noção a partir da qual os psicólogos trabalham o que justificaria, de certa forma, a apropriação de um fenómeno social – insucesso escolar – para a esfera da Psicologia), bem como das práticas e estratégias que este gabinete desenvolve face às queixas apresentadas, mais concretamente face à queixa de “problemas académicos”, tendo como objectivo final compreender até que ponto o insucesso escolar é ou não medicalizado por este actor social. A segunda parte, destinada apenas à coordenadora do NAP, engloba uma bateria de questões que tem por objectivo assegurar um conjunto de informação mais descritiva acerca do funcionamento do Núcleo e das sessões de rastreio, visto serem da responsabilidade desta terapeuta. De acrescentar que esta informação referida na segunda parte da entrevista não será aqui analisada, sendo incorporada directamente (fazendo referência apenas à sua proveniência) nos sub-capítulos a que corresponde.

introduzindo as temáticas quando pertinentes (durante a conversa), de modo a maximizar a informação a recolher.

³⁶ No sentido de proteger a identidade das psicólogas e, uma vez que não houve a oportunidade de pedir a sua autorização para a divulgação dos seus nomes, optou-se por as designar por “entrevistada A” e “entrevistada B” para, assim, as distinguir.

No sentido de tornar tanto a entrevista (numa fase anterior) como a própria análise mais sistematizadas, apresenta-se de seguida um quadro que resume toda a informação a recolher. Assim, a entrevista divide-se em duas partes distintas: uma primeira parte que se reporta às questões de definição e diferenciação dos conceitos de insucesso escolar e insucesso académico. E uma segunda parte que coloca em evidência as práticas e estratégias terapêuticas que o NAP desenvolve com vista à resolução de problemas do foro académico.

Fig. 8: Quadro síntese do guião de entrevista

Insucesso Escolar no Ensino Superior	Insucesso Escolar IST	Definição categoria “problemas académicos”
		Definição de insucesso escolar
		Definição de insucesso académico
		Insucesso escolar vs Insucesso académico
	Práticas e Estratégias Terapêuticas (face à queixa de “problemas académicos”)	Os alunos e a queixa de “problemas académicos”
		Organização do processo terapêutico
		Diagnósticos
		Autonomia face à instituição
		Adaptação das abordagens terapêuticas ao meio institucional

Importa, agora, olhar com mais atenção para cada uma das partes constituintes do guião de entrevista e perceber a sua relevância na consecução dos objectivos desta pesquisa. Relembrando o objecto de estudo, este diz respeito ao insucesso escolar no ensino superior e aos actores, práticas e estratégias que estão envolvidos neste fenómeno. Esta pesquisa foi desenvolvida num contexto institucional específico, o NAP do IST e, como tal, interessava conhecer em maior profundidade outro dos actores envolvidos (já anteriormente se estudou um dos actores: os alunos), neste caso o NAP, através dos terapeutas que aí desenvolvem o seu trabalho. Ao estudar e ao indagar os terapeutas deste serviço não só se pretende um conhecimento acerca destes e do serviço que integram, como igualmente recolher informações sobre os outros dois actores intervenientes neste estudo: os alunos e a instituição. Assim, numa primeira parte, interessará averiguar como é que o NAP define insucesso escolar e insucesso académico, como diferencia estas duas noções e com qual delas faz mais sentido trabalhar quando têm de agir perante alunos com queixa de problemas académicos (neste sentido, e previamente à definição destas duas noções, importa saber como

definem a categoria “problemas académicos”, utilizada na categorização dos pedidos de ajuda apresentados pelos alunos).

Numa segunda parte, abordar-se-ão as práticas e estratégias terapêuticas que prestarão um contributo na compreensão do funcionamento do gabinete a nível interno mas, também, a nível externo, na sua relação com a instituição, face à problemática do insucesso escolar. Portanto, no que diz respeito às práticas e estratégias desenvolvidas pelo NAP, interessará, por um lado, conhecer, mediante uma queixa de problemas académicos, como se desenrolam os processos terapêuticos e quais os diagnósticos decididos, o que permite olhar para a forma como o trabalho é organizado internamente no gabinete. E, por outro lado, interessará perceber se as práticas e estratégias terapêuticas estão, de algum modo, condicionadas por directivas superiores, do IST, e se aquelas (práticas e estratégias), nomeadamente no que respeita a queixas de problemas académicos, estão adaptadas ao meio institucional e físico do Técnico. Também, nesta parte, se inclui uma menção às representações que as terapeutas têm acerca das razões pelas quais os alunos apresentam um pedido de ajuda relacionado com “problemas académicos”. Assim, poder-se-á observar, através do discurso das terapeutas, se estas atribuem a deslocação dos alunos ao Núcleo, devido a problemas meramente escolares ou a outros problemas, de âmbito psicológico, que possam interferir no seu rendimento escolar e, por isso, suscitar a queixa de “problemas académicos”. Esta constatação torna-se pertinente, uma vez que as práticas e estratégias terapêuticas poderão estar, de alguma forma, condicionadas pela percepção que as terapeutas tenham sobre os alunos que procuram o serviço.

Não perdendo de vista a hipótese apresentada, é essencial compreender se realmente existe medicalização do insucesso escolar, ou seja, se um fenómeno que era do campo do social passou a fazer parte do âmbito da Psicologia e, se assim for, se os terapeutas do NAP contribuíram ou não para essa passagem. Quer isto dizer que pode haver medicalização do insucesso escolar sem que os terapeutas tenham um papel activo e interventivo na apropriação deste problema, sendo, por exemplo, os outros actores (alunos e/ou instituição) quem, assim, o determinam. Neste sentido, todo o guião de entrevista às terapeutas do Núcleo encontra-se construído para que se torne perceptível a existência ou não de medicalização do insucesso escolar. Assim, o modo como o insucesso escolar e o insucesso académico forem definidos, bem como a primazia dada

a uma destas noções poderão indiciar a existência de medicalização e qual o contributo do NAP para que tal aconteça. Este contributo poderá ser, ainda, perceptível através das práticas e estratégias terapêuticas desenvolvidas pelo Núcleo, visto estas poderem traduzir, em termos práticos, a forma como o insucesso é apreendido pelo gabinete.

Antes de avançar para a análise propriamente dita das entrevistas, uma pequena nota biográfica acerca das duas terapeutas. Assim, a entrevistada A tem 38 anos. As suas habilitações literárias incluem uma licenciatura em Psicologia e uma pós-graduação em Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dada pela Associação Portuguesa de Terapia Comportamental e Cognitiva. Acumula, no NAP, as funções de terapeuta e coordenadora do gabinete desde a sua fundação em 1993. Em termos de formação específica para o cargo que ocupa destaca a pós-graduação e algumas formações pontuais realizadas ao longo do tempo. Contudo, chama a atenção para o facto de ninguém em Portugal ter formação concreta para realizar funções de aconselhamento psicológico no ensino superior, baseando o seu saber em experiência acumulada no terreno. Antes de ingressar no Técnico com estas funções foi assistente na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação durante três anos, deu aulas na Escola Superior de Saúde do Alcoitão, na Escola Superior de Enfermagem Artur Ravuada (?) e deu formação na Auto-Europa. Hoje em dia, para além das funções que desempenha no IST, faz prática privada.

Quanto à entrevistada B, tem 35 anos e, à semelhança da outra entrevistada, é licenciada em Psicologia, com uma pós-graduação em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais. Neste momento encontra-se a fazer uma segunda pós-graduação em Terapia Bio-Energética. No NAP desempenha funções de terapeuta desde 1995. Para além destas funções, faz ainda prática privada. Aliás, no que diz respeito a experiências profissionais anteriores, menciona que desde que terminou o curso apenas se dedicou à prática privada da Psicologia e ao trabalho no NAP.

O insucesso escolar na perspectiva do NAP

Definição da categoria “problemas académicos”

Aquando da construção da base de dados que permitiu elaborar o perfil do aluno de licenciatura que recorre ao NAP recuperou-se uma base de dados previamente iniciada pelo serviço. Esta base de dados continha já alguns casos e algumas categorias definidas pelos terapeutas. O que se fez para este trabalho foi acrescentar mais algumas variáveis que se acharam pertinentes para a pesquisa e completou-se, dentro da medida do possível, a base de dados. Uma variável que estava já definida era a respeitante aos pedidos de ajuda, da qual faz parte a categoria “problemas académicos”. Ora, tendo sido algo definido *a priori* pelos terapeutas, fazia sentido, nesta fase do estudo, indagar sobre o que era concretamente para eles (NAP) esta categoria. Ou, colocado de outra forma, que queixas, que sinais incluíam os terapeutas nesta categoria.

A entrevistada B inicia o seu discurso, realçando que “*não há uma queixa relativamente a problemas académicos pura*”, existindo “*outras causas ou outros factores correlacionados*”. Mas, ambas as terapeutas concordam que os problemas de insucesso se prendem com a falta de rendimento escolar.

Entrevistada A

“(...) um aluno com problemas de foro académico (...) será um aluno que terá problemas de rendimento académico, ou seja, que faz menos cadeiras por semestre do que aquelas que era suposto fazer (...)”.

Entrevistada B

“Eu diria que... as queixas relativas a problemas académicos podem se prender com o insucesso, falta de rendimento (...)”.

Assim, os alunos que se incluem na categoria de “problemas académicos”, ou seja, que apresentam este pedido de ajuda, têm, segundo as terapeutas outros problemas dentro da área académica que contribuem para a sua situação. Deste modo, ambas identificam uma série de causas que poderão levar a um mau rendimento escolar, tais como problemas directamente relacionados com os estudos e outros relacionados somente com a pessoa do aluno.

No que respeita aos primeiros problemas destaca-se, segundo a entrevistada A, a procrastinação, que “*consiste na tendência que os estudantes têm para ir adiando o momento de estudo*”. Isto poderá dever-se ao facto dos alunos não determinarem qual o grau de exigência necessário para o estudo e, depois, qual o grau de exigência requerido nas avaliações. Esta procrastinação poderá também estar relacionada, segundo a mesma terapeuta, com a transição do ensino secundário para o ensino superior, visto este último ser “*muito mais massificado, sobretudo nos primeiros anos*” e o aluno sentir-se perdido numa instituição de grande dimensão, onde as relações interpessoais entre alunos e entre alunos-professores não são facilitadas, devido a uma população muito numerosa.

Entrevistada A

“(...) o ensino no Técnico não é necessariamente massificado mas é-o seguramente nos primeiros anos, ou seja, que são logo os piores para o ensino ser massificado, porque a décalage entre aquilo que era o ensino secundário e agora o ensino superior é gigante. (...) a própria escola é de umas dimensões enormes, os estudantes quando chegam, muitas vezes, não sabem muito bem onde dirigir-se... as aulas têm imensos alunos (...) os professores normalmente têm, sobretudo, mais uma vez, nos primeiros anos, um relacionamento bastante distanciado dos estudantes. Portanto, é um modelo todo ele demasiado diferente para os estudantes”.

Em termos de avaliação, esta também sofre grandes alterações nesta transição, onde o aluno no ensino superior deixa de ter o acompanhamento que tinha do professor e o estudo depende inteiramente de si. O facto de não saberem o que estudar e quando estudar e a diferença entre aquilo que foi estudado e que depois é avaliado em exame leva a estratégias de estudo inadequadas por parte dos alunos. O aluno como não sabe o que estudar, sente-se inseguro e, por isso, adia o momento do estudo. Ao adiar o momento de estudo fica mais nervoso e agitado o que diminui as suas possibilidades de ter resultados positivos, entrando, assim, num círculo vicioso.

Entrevistada A

“(...) aquilo que acontece entre o secundário e o superior em termos de avaliação também é completamente diferente. Ou seja, o aluno durante o secundário vai estudando e vai, mais ou menos, tendo uma ideia do que acontece no exame, aqui os exames podem ter pouco que ver com aquilo que o aluno acha que foi o expectável. (...) mas a sensação pelo menos dos alunos

com mais problemas é que aquilo é quase aleatório, ou seja, o que aparece e o que eles estudaram pode não ter nada a ver.”

A entrevistada B também chama a atenção para as dificuldades que a transição do ensino secundário para o ensino superior poderá acarretar. Sugerindo que *“o aluno conforme as suas características pessoais assim vai demonstrar ou vai manifestar, nesta fase, as suas dificuldades”*. Esta terapeuta, para além de fazer referência a causas para o mau rendimento escolar relacionadas com a *“falta de método”* e a *“falta de estratégia do aluno”*, menciona um outro tipo de problemas, relacionados com aspectos pessoais (psicológicos?) do aluno. A terapeuta refere que *“os problemas académicos são típicos desta fase”* e que reflectem uma falta de apoio, *“um desacompanhamento”* por parte dos pais ou da instituição de ensino. Deste modo, esta falta de apoio, nomeadamente por parte dos pais, poderá traduzir-se num nível de exigência elevado por parte daqueles o que conduz a uma desmotivação dos alunos para o estudo, conduzindo a situações de insucesso ou de desinteresse.

Entrevistada B

“(…) aparecem-nos alunos que têm muito... uma exigência muito grande a nível académico, dos pais nomeadamente. Têm uma exigência muito grande e acabam por se desmotivar, porque a motivação deles prende-se com os resultados e, portanto, o processo de aprendizagem fica para segundo plano.”

Outro aspecto que ambas as terapeutas mencionam prende-se com a existência de uma graduação de insucesso escolar, ou seja, existem vários graus de insucesso.

Entrevistada A

“É diferente “eu não fazer uma cadeira”, é diferente “eu não fazer duas cadeiras”, é diferente “eu não fazer...”, é diferente “eu ter reprovado um ano, dois, três...”, portanto é evidente depois há muitos graus de insucesso académico mas uma das dimensões dos problemas académicos é seguramente a questão do rendimento escolar.”

Entrevistada B

“Desmotivam-se, isso... dá problemas académicos de insucesso ou de desinteresse ou de desinvestimento no estudo. Depois, há aqueles que estão perfeitamente perdidos o que já reflecte outro tipo de problemas, mais de

desapoio, de... às vezes de abandonos graves... É isso... Depois, dá desde insucesso grave até insatisfação com os resultados.”

No que respeita à definição da categoria “problemas académicos” resta referir que, de acordo com a entrevistada A, os problemas relacionados com a área escolar servem sobretudo na definição do grau de urgência que cada caso tem. Isto é, estes problemas poderão ajudar a determinar se um estudante precisa de ajuda com maior ou menor rapidez. A terapeuta acrescenta, ainda, que não categorizam os alunos que lhes chegam, independentemente do pedido de ajuda o que implica que a categorização utilizada neste estudo, surge apenas com o fim de facilitar a leitura de informação, agrupando-a em categorias mais frequentes.

Entrevistada A

“Então, o rendimento académico ou, neste caso, o baixo rendimento académico ou os problemas académicos, em termos de rastreio, servem para definir o grau de urgência e aparecem listados como um dos problemas do estudante, não mais do que isso. Ou seja, nós não categorizamos os estudantes que nos chegam, em termos de rastreio, em nenhuma dimensão, por exemplo, problemas académicos. Apenas lhe atribuímos um grau de urgência, mais nada.”

Definição de insucesso escolar

Entender como as terapeutas definem insucesso escolar permitirá aferir se nesta definição há alguma referência a aspectos relacionados com a Psicologia que, assim, possam justificar uma tese de medicalização do insucesso. Deste modo, na definição de insucesso escolar as duas entrevistadas ligam-no ao baixo rendimento escolar. A entrevistada B limita-se a referir que aquele “*se calhar será ditado por critérios mais concretos (...) As notas, o não atingir os resultados mínimos*”. Deste modo, trata-se de uma noção ditada por condicionantes meramente quantitativas. Contudo, a entrevistada A vai mais longe. Não negando a componente do rendimento escolar, acrescenta aquilo a que chama “*dimensões do insucesso escolar*”. Estas correspondem, no fundo, a vários problemas associados ao e que poderão contribuir para o baixo rendimento escolar, tais como a desmotivação, a procrastinação, falta de auto-disciplina, ansiedade às avaliações, problemas de métodos de estudo. Portanto, para a definição de insucesso escolar concorrem factores directamente relacionados com os estudos ou com a

incapacidade de os concretizar. Mas, ao contrário do que acontecia na mera definição do conceito, estes factores têm já uma componente mais relacionada com o indivíduo e com as suas capacidades mais pessoais (psicológicas). Deste modo, apesar da definição de insucesso não indicar qualquer ligação a um ponto de vista psicológico daquele fenómeno, não deixam de ser referidas “*dimensões*” que apontam para características dos alunos que se poderiam considerar mais em conformidade com o âmbito do trabalho terapêutico (e que o poderá justificar, sendo um aspecto a reter na possível medicalização do insucesso escolar).

Entrevistada A

“(...) portanto, quando há baixo rendimento académico, muitas vezes, há outros problemas associados. (...) Desmotivação é um problema clássico; falta de auto-disciplina depois associada à procrastinação é um problema clássico; ansiedade às avaliações é um problema clássico... (...) Problemas ao nível dos métodos de estudo, propriamente ditos, é outro problema. (...) Depois, problemas ainda mais específicos como a dificuldade de gerir, por exemplo, a diferença entre o trabalho de grupo e o investimento que se põe, ao longo do semestre, nos trabalhos de grupo versus deixar tempo e energia para o trabalho mais individual (...). Ou seja, há aqui várias dimensões em termos de insucesso académico que é preciso conciliar... do insucesso escolar.”

Definição de insucesso académico

Já atrás se referiu como a noção de insucesso académico surgiu, alargando a esfera de problemas do foro académico. Se o insucesso escolar se define, segundo a literatura apresentada, como um impedimento ao prosseguimento dos estudos, traduzido, sobretudo, em termos de retenções mas, também, das qualificações obtidas, portanto, variáveis facilmente quantificadas. Para a definição de insucesso académico contribuem variáveis directamente relacionadas com o desempenho quantificável do aluno mas, igualmente, outras de cariz relacional e psicológico, bem como aspectos relacionados com a transição/adaptação do aluno ao ensino superior.

Bom, mas se a literatura (Tavares e tal in Gonçalves, 2001; Tavares, 2000; Tavares e Silva, 2001) nos faz esta definição, tornou-se pertinente perceber como é que o Núcleo define insucesso académico. Mais uma vez, a entrevistada B, de uma forma sucinta, define o insucesso académico como “*uma categoria mais subjectiva*”, algo que é

sentido, do ponto de vista do aluno, como uma insatisfação face a uma expectativa que não foi cumprida, quer seja relativa aos resultados escolares, ao processo de aprendizagem ou à integração na nova realidade da instituição.

Entrevistada B

“Para mim, qualquer queixa de insatisfação face aos resultados ou face ao processo ou face à integração, para mim reflecte o insucesso, não é? Porque pressupõe uma expectativa e o não conseguir alcançar dum objectivo ou de uma meta, uma insatisfação que pode ser subjectiva, não é? (...) Talvez o insucesso académico seja uma categoria mais subjectiva. Do ponto de vista do aluno há uma insatisfação, há... um mal-estar qualquer.”

A coordenadora do Núcleo vai mais longe na sua definição. Para esta terapeuta o insucesso académico *“tem que ver com a facilidade ou dificuldade do estudante em se adaptar à vida académica”*. Então, a noção de insucesso académico, tal como a literatura consultada sugeria, implica necessariamente uma componente relativa à adaptação à vida académica, da qual o insucesso escolar funciona como um indicador. Se os resultados escolares dos alunos forem baixos, se existir insucesso escolar, parte-se do pressuposto que existe um problema de adaptação à instituição, neste caso, ao IST.

Entrevistada A

“Nós temos que assumir que os estudantes que entram são, no mínimo, estudantes médios. Portanto, se o estudante vem como sendo estudante médio, tem notas para entrar no Técnico, e tem um grande insucesso ou tem um insucesso significativo, é evidente que temos que pôr aqui a hipótese de haver um problema de adaptação académica.”

Como se mencionou o insucesso escolar poderá ser um bom indicador do insucesso académico e de uma deficiente adaptação à vida académica. Não obstante, existem outros problemas que dificultam aquela mesma adaptação e levam ao dito insucesso académico (portanto pode existir insucesso académico mesmo sem se verificar maus resultados escolares, apesar de ser pouco provável). Para o NAP, segundo a entrevistada A, *“o estudante adaptar-se à vida académica significa o estudante adaptar-se a um conjunto de procedimentos”*. E a Dra. enumera alguns, como *“o ir às aulas”, “conseguir acompanhar a aula”, “conseguir tomar notas a respeito da aula”, “conseguir encontrar grupos de trabalho”, “ir ao exame”, “entregar os exames”,*

“estar por dentro da vida académica”, “estar integrado no grupo de pares, estar integrado numa turma”, “saber ir às bibliotecas”, “irem aos horários de dúvidas dos professores”, “participarem nas aulas”, entre outros. Este conjunto de procedimentos tem uma repercussão a nível da integração e adaptação do aluno à realidade universitária e torna-se difícil ao aluno conseguir adaptar-se plenamente se algum destes procedimentos não se verificar. Isto é, se o aluno não consegue realizar com sucesso cada um destes procedimentos é possível que a sua adaptação à instituição fique comprometida, uma vez que todos eles estão interligados. Por exemplo,

“um estudante com grande insucesso académico começa a ficar para trás, a partir do momento que fica para trás, dadas as dimensões das turmas e das licenciaturas, de repente ele perdeu o grupo de referência. Depois, como é uma escola muito virada para o sucesso, muitas vezes, ele tem um bocado de vergonha de dizer que não fez e depois, ao mesmo tempo, é óbvio que não fez. (...) Portanto, há toda uma dificuldade de adaptação... estes estudantes depois é mais difícil adaptarem-se, porque não vêem... porque não apanham os apontamentos, porque não têm uma boa relação com os colegas, não conseguem arranjar grupos de trabalho ou então vão para os grupos de trabalho que são os “restos” e, portanto, são grupos que, muitas vezes, não são muito funcionais. Portanto, há toda uma dimensão também da adaptação que é uma dimensão que tem a ver com isto, com “eu percebo ou não percebo”...”

Outra dimensão que remete directamente para a adaptação académica mas, também, para o sucesso académico prende-se com o facto de os estudantes atravessarem uma fase de desenvolvimento, nesta época específica da sua vida, que comporta um conjunto de tarefas de desenvolvimento, que implicam o aumento das suas capacidades cognitivas. As tarefas de desenvolvimento³⁷, características dos estudantes do ensino superior, contribuem para a sua integração/adaptação ao meio universitário, potenciando, assim, o sucesso académico.

Insucesso escolar vs Insucesso académico

³⁷ O Dr. Arthur W. Chikering identificou sete tarefas de desenvolvimento características dos estudantes do ensino superior. São elas: alcançar competência, gerir emoções, tornar-se autónomo, estabelecer identidade, libertar as relações interpessoais, clarificar objectivos e desenvolver integridade.

Após a definição das duas noções, interessava compreender qual delas (ou se ambas) era operacionalizada pelos terapeutas quando surgiam alunos com queixa de “problemas académicos”. Ou seja, qual destas noções se adaptava melhor ao trabalho terapêutico desenvolvido no NAP, mediante aquele pedido de ajuda. Assim sendo, a entrevistada A referiu que o Núcleo se baseia na noção de insucesso académico no desenvolvimento do seu trabalho. Este facto deve-se, por um lado, à maior abrangência que aquela noção tem face à de insucesso escolar. O insucesso académico comporta para além do insucesso escolar, no sentido de considerar os (baixos) resultados escolares, factores relacionados com a adaptação do aluno ao meio académico que, da mesma forma, poderão condicionar a sua estadia na universidade (e conseqüente sucesso/insucesso académico).

Mas, por outro lado, esta escolha prende-se com razões que vão para lá da abrangência da noção. Na verdade, segundo a mesma terapeuta, se trabalhassem a questão do insucesso escolar iriam limitar a sua intervenção a um treino direccionado para o sucesso, um treino de competências aliado a uma lógica “*dos melhores resultados possíveis*” que é a lógica “*do quase sucesso a qualquer preço*”. Ora, segundo a terapeuta, esta lógica é contrária à lógica de desenvolvimento que é a lógica da psicoterapia. Portanto, não é somente porque a noção de sucesso/insucesso académico é mais vasta, “*é porque, ela mesma, no fundo, tem subjacente a noção de desenvolvimento pessoal que é a noção base da psicoterapia e, portanto, de qualquer modelo psicológico, de uma certa forma*”. Portanto, ao trabalharem a questão do sucesso/insucesso académico justifica-se a intervenção psicológica, já que aquela noção, não sendo tão limitativa, permite aos terapeutas trabalharem um conjunto de questões que vão para além dos maus resultados escolares (mas que podem contribuir para eles) e que se situam dentro da esfera de actuação de um grupo terapêutico³⁸.

Entrevistada A

“O modelo de treino específico de competências para “seres o melhor” é uma coisa que tem... quer dizer... não quer dizer que esteja completamente posto de parte mas tem um resultado muito limitado. Mais do que isso. Mais do que isso. É assim... se nós, no fundo, trabalharmos com o estudante uma coisa tão limitativa quanto essa, nós, na verdade, vai-nos escapar tudo o que é mais

importante. Ou seja, nós vamos conseguir mostrar ao estudante que o estudante, nesta fase, tem determinado tipo de tarefas de desenvolvimento que é importante cumprir com sucesso; nós vamos ainda reforçar a ideia do trabalho em torno exclusivamente do desempenho académico, quando, na verdade, nós sabemos que relacionar-se com o grupo de pares, ter uma namorada ou um namorado, ter uma relação diferente com os pais são tanto ou mais importantes quanto ter sucesso académico.”

Práticas e estratégias terapêuticas (face à queixa de “problemas académicos”)

Os alunos e a queixa de “problemas académicos”

Os terapeutas desenvolvem o seu trabalho, as suas intervenções, mediante os pedidos de ajuda que lhes são apresentados. Mediante um pedido de ajuda relacionado com “problemas académicos” assim se irão desenvolver estratégias e práticas terapêuticas. Mas, o que leva, antes de mais, um aluno a procurar um serviço de aconselhamento psicológico com uma queixa de “problemas académicos”? Afinal, poder-se-ia pensar que aquele serviço não possui competências para resolver problemas que seriam, à partida, de estudo. Será que os alunos reconhecem os seus problemas psicológicos e vêem nos problemas escolares uma causa ou um efeito daqueles, procurando, por isso, o NAP? Ou, pelo contrário, a ida ao NAP não passa de mais uma estratégia, por parte dos alunos, para solucionar os seus maus resultados escolares?

A coordenadora do serviço identifica dois momentos distintos na vida do Núcleo. Quando este surgiu em 1993 e nos anos seguintes era muito comum os estudantes dirigirem-se ao serviço com queixas relativas a problemas académicos. O facto do NAP se situar dentro de uma instituição de ensino superior levou a que os alunos pensassem que o seu trabalho estava direccionado para as questões da promoção do sucesso académico e as suas queixas reflectiam essa opinião. Para tal facto contribuiu, também, a ligação do NAP ao Gabinete de Apoio ao Estudante (GAPE), sendo, por isso, chamado a fazer pareceres sobre acesso a épocas especiais de exames e prescrições.

Entrevistada A

³⁸ Uma vez mais se insiste que a noção de insucesso académico abarca variáveis relacionais e psicológicas que terão implicações no desempenho escolar dos alunos e que, assim, justificam uma

“(…) o que eu não nego que tenha acontecido é que, num determinado momento, os estudantes começaram um bocado a achar que o serviço tinha uma componente mais institucional, de apoio ao insucesso académico, e até emitir alguns pareceres ou opiniões sobre situações escolares. E, portanto aí, eu acredito que também alguns alunos tenham vindo a recorrer ao serviço um bocado nesta expectativa de “ajude-me lá nos problemas académicos, até porque se eu ficar aqui durante algum tempo depois posso pedir acesso a época especial de exames””.

Denota-se, aqui, por parte dos estudantes um comportamento estratégico que caracterizava a sua ida ao NAP. Comportamento esse que, de alguma forma, era suportado pelas directrizes institucionais que delegaram no NAP poderes para interferir ao nível de pareceres relativos a épocas especiais de exames. Assim, perante a existência de alunos que não procuravam o apoio psicológico propriamente dito, o NAP sugeriu que este sistema terminasse, deixando de ser responsável directamente pelo percurso escolar dos alunos.

Com o passar do tempo, os alunos compreenderam que o NAP não estava direccionado para tratar somente problemas académicos. Aliás, a coordenadora do NAP afirma que, sendo a divulgação do gabinete feita principalmente através de alunos que frequentam o serviço e o indicam aos seus colegas, estes novos utentes têm já a noção que o trabalho realizado não é exclusivamente voltado para as questões do insucesso académico. Os terapeutas dão primazia a uma abordagem maior e mais integrada do que aquela relacionada meramente com os problemas escolares, que se tornaria limitativa (como atrás já se referiu).

Entrevistada A

“E, eu acho que, ao longo dos anos, os estudantes foram percebendo que a queixa de insucesso académico não é uma queixa de per si nos ocupe extraordinariamente. Mesmo aqueles que eventualmente, ainda hoje, vêm com essa ideia, muito rapidamente se desenganam, porque a nossa postura perante as queixas de insucesso académico é de tal ordem que dá imediatamente para perceber que, de facto, não é por aí, que nós vamos fazer uma abordagem sempre muito maior e muito mais integrada. E, muitas vezes, o que acontece é

que o estudante vem, de facto, nessa onda do insucesso académico e nós só muito mais tarde do processo é que descodificamos a verdadeira razão.”

Da citação acima apresentada surge uma outra ideia, mencionada por ambas as terapeutas. A queixa relacionada com problemas académicos surge, frequentemente, porque é difícil ao indivíduo reconhecer os seus problemas psicológicos e esta é uma queixa mais aceitável tanto do ponto de vista do indivíduo como do ponto de vista da sociedade. Segundo as terapeutas, é mais fácil atribuir a causa dos problemas a factores externos à pessoa e aí aparece esta queixa. Pode, também, acontecer, a pessoa não ter a noção que efectivamente tem outros problemas, de âmbito psicológico, e a queixa de insucesso surge como um sintoma daqueles problemas. A entrevistada B chama a atenção para este assunto. Ela sustenta que os problemas psicológicos manifestam-se na vida quotidiana dos indivíduos, limitando o seu funcionamento na sociedade, no trabalho, na escola... No caso dos estudantes, estes estão inseridos num meio académico, o estudo ocupa grande parte da sua vida, daí que quando há perturbações psicológicas estas se manifestem neste meio, levando a problemas académicos. Deste modo, o pedido de ajuda relacionado com “problemas académicos” também poderá indiciar outro tipo de problemas.

Entrevistada B

“(...) quer dizer as pessoas que têm problemas de rendimento académico que, que... têm problemas psicológicos, naturalmente, não é? E, os nossos problemas psicológicos manifestam-se sempre na vida, no nosso funcionamento na sociedade, no trabalho, nas relações, no que seja... na escola... E, como eles estão inseridos no meio académico é aí que se manifestam mais, não é? (...) Nós os problemas psicológicos (...) reconhecemo-los pelas suas consequências, pelos seus efeitos. Portanto, eles vêm com essa queixa, porque, de facto, a vida deles é estudar e é aí que se manifestam os problemas psicológicos... (...) porque isso depois fazemos no trabalho com eles (...) que é uma exploração do que é que se passa a nível interior para haver estas manifestações ou para haver estes sintomas.”

Seja o insucesso escolar o sintoma de outro problema – expressão de um desconforto emocional – ou o problema que, por si, leva o aluno a procurar a ajuda do NAP – causa

do desconforto emocional –, o Núcleo intervindo sobre este desconforto/instabilidade emocional poderá solucionar (controlar) o problema do insucesso.

Organização do processo terapêutico

Neste estudo, por várias vezes se referiu a importância de conhecer os modos de organização e de tomada de decisão do NAP, de modo a compreender mais aprofundadamente o funcionamento do serviço e a forma como se lida com uma queixa de “problemas académicos”. O discurso de ambas as terapeutas mostrou que a forma de lidar com qualquer novo caso está bem sedimentada nos procedimentos do Núcleo, ou seja, o processo desenrola-se de igual forma para qualquer novo caso.

Assim, o processo tem início com a deslocação do aluno (ou qualquer outro utente) ao secretariado do NAP, onde lhe é marcada uma sessão de rastreio ou, na impossibilidade de o fazer, visto não haver terapeutas disponíveis, lhe é pedido o contacto para mais tarde aquela ser marcada. A sessão de rastreio é efectuada por um terapeuta experiente (sénior) que faz uma entrevista ao aluno, com o intuito de “*explorar, o mais possível, a vida da pessoa*” (segundo a Dra. Ana), contextualizando, assim, a queixa apresentada. O terapeuta pode explorar, deste modo, várias áreas da vida da pessoa, tais como a familiar, a social, os recursos do aluno, etc.. Esta sessão visa avaliar o problema apresentado, recolhendo a informação considerada mais pertinente pelo terapeuta.

Entrevistada B

“Avaliar... várias áreas da vida: a área familiar, a área social, que tipo de recursos é que o aluno tem... o que é que representa esta queixa em termos de personalidade do aluno, fazer uma avaliação clínica do problema que ele nos traz... Avaliamos os recursos que ele tem, também quer em termos de apoios familiares quer em termos de recursos psicológicos, não é? Se tem amigos, se não tem amigos, se tem uma boa resistência à frustração ou se, perante a frustração, faz acting-outs ou... pronto. Como é que se contextualiza esta queixa no sistema de recursos e de dificuldades que o aluno apresenta.”

Contudo, existe um conjunto de dados que têm obrigatoriamente de ser recolhidos: o aluno terá de preencher uma ficha de identificação que inclui o seu nome, número, licenciatura, ano de escolaridade, preferência pelo sexo do terapeuta, se já recorreu a outros serviços desta área e se está disponível para terapia de grupo e terá, ainda, que

preencher quatro questionários. Estes questionários são instrumentos de avaliação que permitem efectuar um diagnóstico mais acurado dos problemas do aluno. Isto é, o aluno apresenta uma queixa, o terapeuta pesquisa essa queixa, recolhe informação, mas os questionários irão permitir sistematizar a informação e revelar com maior precisão quais são realmente os problemas do aluno (por vezes, algo que o próprio nem revelou na entrevista ou se apercebeu)³⁹.

Entrevistada A

“Depois, no final da sessão, desta avaliação, nós damos ao estudante quatro questionários: um questionário que avalia a motivação do estudante para fazer terapia (...); a resistência do estudante, ou seja, quanto é que o estudante opõe resistência à intervenção – portanto, ele pode estar motivado mas opõe resistência –; um questionário de avaliação muito centrado nos sintomas que é o BSI e um questionário de avaliação mais completo que se centra nos sintomas mas, também, simultaneamente nas dimensões da personalidade que é o Millan.”

A fase da sessão de rastreio permitirá fazer uma avaliação da urgência de cada caso, do ponto de vista clínico, sendo atribuído, a cada um, um grau de urgência que varia entre 1 e 4, sendo 1 o menos grave e 4 o mais grave. De seguida, o aluno é colocado numa lista de espera e conforme haja terapeutas disponíveis e, de acordo com o grau de urgência e o período de permanência na lista, os casos vão sendo atendidos. Neste ponto, a entrevistada A refere existir *“uma certa flexibilidade nos procedimentos”*. A distribuição dos casos pelos terapeutas poderá ser decidida em reunião de equipa ou em reuniões mais informais com a coordenação. Um terapeuta que tenha disponibilidade para receber um novo caso contacta a coordenadora do serviço que lhe pode delegar um processo sem que haja necessidade de reunir todo o grupo. Deste modo, ao lhe ser designado um psicólogo, conclui-se o percurso do utente no NAP. O ponto seguinte irá tratar da fase que se segue à designação do terapeuta, a fase respeitante ao diagnóstico e à intervenção terapêutica.

³⁹ As sessões de rastreio parecem servir para objectivar e trazer para um campo de visibilidade os problemas dos alunos, através de processos de observação, medição e comparação com a norma estabelecida (Foucault in Lupton, 1994; Foucault in Lupton in Petersen, 1997). Para isso, os terapeutas indagam os seus pacientes não só acerca dos distúrbios que ali os levam, como acerca de todos os aspectos das suas vidas que lhes possam (aos terapeutas) parecer pertinentes. Assim, controla-se os problemas dos alunos, bem com as suas vidas, ao fornecer-lhes directrizes sobre a correcta forma se ser (comportar-se) sem o(s) distúrbio(s) que os aflige.

Diagnósticos

No que diz respeito aos diagnósticos resultantes de uma queixa de “problemas académicos” os discursos das duas terapeutas focam diferentes aspectos. A entrevistada A começa por dizer que “*diagnósticos diferentes dão estilos diferentes de insucesso académico*”, ou seja, insucessos diferentes implicam diagnósticos também eles diferentes. Em função do insucesso escolar típico do Técnico e dos sintomas típicos, a terapeuta desenha um diagnóstico típico. Assim, como sintomas mais comuns, há o estudante que procrastina, que tem maus métodos de estudo e ansiedade às avaliações o que o transforma, em termos de perturbação de personalidade, em obsessivo (devido aos seus critérios elevados de exigência) e em evitante (visto evitar e adiar as situações).

Entrevistada A

“Portanto, em termos de diagnósticos, estas duas perturbações seriam, são das mais típicas do Técnico e entre, quer dizer, o espectro e estão frequentemente associadas a este estilo de procrastinação/desorganização académica. Porque, por exemplo, o obsessivo é excessivamente organizado, até, só que é organizado em excesso e, portanto, não é funcional.”

Já a entrevistada B começa por referir que existe “*um mundo de coisas*” por trás de uma queixa de “problemas académicos” e, como tal, os diagnósticos também poderão ser múltiplos.

Entrevistada B

“Por baixo da queixa de rendimento académico pode estar uma pessoa muitíssimo perdida com... pode estar uma pessoa com psicose, por exemplo. Pode estar uma pessoa muito deprimida, pode estar... pessoas com graus de abandono muito grandes, desapoio da família (...).”

Aliás, a questão da família é central, segundo a terapeuta, para se compreenderem os problemas nesta fase de vida dos alunos. Segundo a mesma, “*uma pessoa que não funciona na sociedade, que não se integra bem, inevitavelmente, tem um meio familiar que não é muito favorável*”. Encontram-se sempre problemas familiares – “*famílias disfuncionais, desde abandono a elevados graus de exigência ou mesmo maus-tratos*” – como potenciadores de problemas escolares.

Autonomia face à instituição

No que reporta a este ponto, as duas terapeutas têm opiniões similares, visto considerarem ter “*total autonomia*” no seu trabalho com os alunos. Na verdade, consideram não existir directrizes institucionais que condicionem o seu *know-how* técnico. As condicionantes que possam existir relacionam-se com o facto do gabinete estar inserido dentro do IST e, como tal, praticando preços baixos e com uma fácil acessibilidade. Este facto poderá limitar o trabalho dos terapeutas, visto não terem capacidade de dar resposta a tantos pedidos de ajuda. Poderão existir, também, algumas limitações financeiras, visto o gabinete depender, quase totalmente do IST. Mas, a instituição nunca restringiu o número de sessões ou o tipo de processo terapêutico a utilizar para, assim, diminuir os custos. A coordenadora do Núcleo menciona o facto de, por exemplo, o IST não interferir na decisão dos modelos conceptuais que o NAP segue. Se, no início, era utilizado um modelo cognitivo-comportamental⁴⁰, com a evolução do serviço surgiram outros modelos teóricos com os quais os terapeutas também trabalham: “*os modelos mais sistémicos, os modelos mais psicodinâmicos, a integração propriamente em psicoterapia que envolve vários modelos*”. Portanto, esta evolução deu-se sem que a instituição fizesse quaisquer restrições. O NAP é autónomo para decidir quem tratar, o que tratar e quando tratar, lidando, apenas, com as limitações (financeiras que implicam a de recursos humanos) inerentes à sua localização no IST. Deste modo, as questões relacionadas com o rastreio e com a lista de espera poderão ser equacionadas dentro de uma lógica estratégica do NAP que visa maximizar os recursos humanos que possui, ao tratar, em primeiro lugar, os casos mais urgentes e deixando em espera os restantes.

Adaptação das abordagens terapêuticas ao meio institucional

Relativamente a esta questão, a entrevistada A refere-se não só à adaptação das abordagens terapêuticas ao meio institucional mas, também, à adaptação do próprio NAP ao Instituto Superior Técnico. E, começando por este último ponto, a terapeuta explica que a sua adaptação e consequentemente a adaptação do Núcleo ao Técnico foi

⁴⁰ O modelo cognitivo-comportamental baseia-se na análise entre comportamento, cognição e emoção que se encontram interligados. Assim, acontecimentos externos poderão contribuir para uma resposta emocional mas não a causam. “No essencial, os sentimentos são originados a partir dos pensamentos e da maneira como concebemos e avaliamos o que pensamos que nos está a acontecer”. Este modelo teórico promove no aluno “uma atitude “experimental”, de auto-reflexão e de observação do mundo que o rodeia, visa dotá-lo de estratégias que lhe permitam, não só resolver os problemas que o perturbam no presente,

facilitada, devido à ajuda de alguns estudantes. O serviço foi criado a convite de alguns estudantes que, mais tarde, vieram a integrar a Associação de Estudantes e estes proporcionaram “*uma enorme socialização antecipatória do que era o funcionamento do Técnico*”. A integração do serviço no IST foi facilitada, visto a coordenadora tomar contacto com uma série de especificidades características do funcionamento do instituto. A dada altura o NAP decidiu propor algumas medidas que alargavam o seu âmbito de intervenção. Contudo, a entrevistada A refere, que

“quando avançámos para isso, é que houve uma enorme resistência por parte da instituição o que mostra que nós não estávamos a ler bem os sinais e não conhecíamos suficientemente o ambiente institucional, porque senão não tínhamos encontrado esta resistência (...)”

Assim, o NAP decidiu limitar-se ao aconselhamento psicológico, não apresentando quaisquer novas propostas que fossem além da sua área de intervenção.

Todavia, importava perceber se as abordagens terapêuticas desenvolvidas pelo Núcleo eram as adequadas ao meio institucional do Técnico. Se as práticas e estratégias terapêuticas estão, de alguma forma, em consonância com a realidade deste instituto. Neste sentido, ambas as terapeutas dizem que, na medida do possível, há um conhecimento razoável do IST o que permite ajudar, de uma melhor forma, os alunos.

Entrevistada A

“(...) eu acho que nós começámos um bocadinho no início a tomar um bocado o ponto de partida do estudante que é: “coitado do estudante, coitado que está aqui nesta instituição e realmente estes professores, do ponto de vista interpessoal, não têm muitos skills, não conseguem acompanhá-los da maneira que nós achávamos que seria desejável que acompanhasse...” Portanto, vestimos muito a camisola do estudante. A partir de um determinado momento, nós começámos a fazer uma inversão... não é uma inversão, é uma actualização, vamos lá, desta perspectiva. (...) Ou seja, nós não entramos nada, em termos de intervenção, numa coisa de “coitadinhos, coitadinhos e tal”. (...) nós, muitas vezes, dizemos: “pois, o Técnico, sim senhora, tem isto, tem aquilo. É verdade. Mas, esta é a escola que você escolheu e ponto final parágrafo. E, há

como também prepará-lo adequadamente para lidar com problemas futuros, nomeadamente os que possam vir a ocorrer na sua vida profissional fora do IST” (NAP, 2002: 5).

outros que sobrevivem, portanto você tem que aprender, não é? Ou não mas, então, se calhar, faz a sua vida e se calhar a sua vida deixa de passar pelo Técnico!””

A entrevistada A esmiuça um pouco mais este assunto, revelando que no início da história do gabinete, este posicionava-se, digamos, do lado do estudante. Isto é, o aluno queixava-se frequentemente da instituição, da relação distante com os professores, do elevado grau de exigência e o NAP partilhava desta mesma postura. Contudo, passado algum tempo, o serviço decidiu que, se o aluno escolheu esta escola, tem de reagir e ter uma atitude activa perante o seu desempenho escolar, em vez de se queixar daquilo que não pode mudar. Portanto, a lógica do gabinete é:

“é o estudante que tem de se interrogar e tem de perceber e conhecer-se a si próprio e perceber se este sítio é o sítio que tem para lhe oferecer aquilo que está à procura ou não tem e, se tem como é que ele pode ir à procura especificamente daquilo que precisa aqui dentro. Pronto. Portanto, é sempre uma lógica de responsabilização pessoal”.

A entrevistada A acrescentou que o facto de o gabinete se situar numa instituição de ensino superior é uma mais-valia para os estudantes, pois os terapeutas conhecem bem a realidade da instituição e o seu funcionamento. Isto ajuda-os a perceber melhor quais os problemas dos alunos e a razão da sua existência (o que facilita a consequente intervenção).

Parece lícito considerar que o modo como o Núcleo organiza, delineia as suas estratégias e, por fim, as cumpre tem implicações, directa ou indirectamente, nos desempenhos escolares dos alunos. Mesmo que as terapeutas não admitam existir um tipo de estratégia e intervenção específico no solucionamento dos problemas escolares dos alunos, a sua acção surte sempre efeitos neste campo, uma vez existir uma interdependência estreita entre bem-estar (ou mal-estar) psicológico e aproveitamento escolar.

3. A Instituição – IST

Analisar um gabinete sem analisar o espaço (institucional) mais macro em que se situa seria menosprezar todas as peculiaridades que advêm desse mesmo facto. Somente compreendendo a dinâmica institucional do IST, no que se refere ao próprio NAP e ao insucesso escolar no ensino superior, se poderão compreender as posições e tomadas de decisão tanto daquele serviço como dos seus utentes, neste caso os alunos de licenciatura. Igualmente, poder-se-á constatar se o IST contribui (ou não), de alguma forma, na medicalização do insucesso escolar e se o fizer qual a extensão dessa contribuição.

Neste sentido, tornou-se pertinente contactar a instituição, ou melhor, alguém que na instituição fosse um interlocutor privilegiado, alguém que pudesse falar acerca do NAP, bem como da posição do IST face ao insucesso escolar. Assim, a escolha recaiu num professor, membro do Conselho Directivo do IST, responsável pelo pelouro das obras e das relações externas⁴¹, do qual depende o Núcleo. Este entrevistado é, igualmente, professor associado do Técnico e já desempenhou funções de Coordenador da Licenciatura de Engenharia Civil (área em que se licenciou e doutorou), sendo, por isso, também, um interlocutor privilegiado no que diz respeito às questões relacionadas com o aproveitamento escolar e a relação dos alunos com o próprio Técnico. Desta forma, o professor pode dar não só informações relacionadas especificamente com a instituição (seu posicionamento face às questões do insucesso escolar e mais propriamente face ao Núcleo) mas, também, oferecer um olhar mais abrangente e reflexivo sobre as questões abordadas, devido à sua experiência como docente que o leva a ter um contacto mais directo com os alunos e seus problemas.

Com vista à persecução destes objectivos, decidiu-se realizar uma pequena entrevista, onde, apesar de haver perguntas pré-definidas, se deixou espaço para o diálogo e para qualquer informação adicional que pudesse aparecer (ver guião de entrevista e entrevista ao representante do IST no Anexo XIII). Infelizmente, o professor ocupa estas funções apenas há alguns meses (desde 1 de Janeiro de 2003) o que limitou, um pouco, a entrevista, visto estar ainda a inteirar-se da maioria dos assuntos. Esta questão torna-se mais visível no que diz respeito ao NAP, onde se encontram discrepâncias

quanto à sua criação entre o discurso do professor e aquele veiculado pelos relatórios do serviço, denotando-se, também, um conhecimento mais superficial sobre o funcionamento do gabinete.

O guião de entrevista foi construído partindo do objecto central desta pesquisa – o insucesso escolar no ensino superior, actores, práticas e estratégias e da hipótese anteriormente formulada. Ora, esta entrevista ambiciona dar conta destes três eixos: actores, práticas e estratégias e verificar se a instituição possibilita ou não a medicalização do insucesso escolar. Pretende-se conhecer o ponto de vista da instituição (um dos actores) face ao insucesso escolar (como o define, em que se baseia para assim o definir, causas de insucesso e a sua evolução no IST) e face ao NAP (outro actor). Mas, tendo em conta a temática central do insucesso escolar é impossível não abordar também os alunos. Logo, esta entrevista, directa ou indirectamente, contempla os três actores envolvidos nesta pesquisa.

Igualmente, pretende-se perceber se existem práticas e estratégias utilizadas pelo IST no sentido de minimizar os maus desempenhos dos alunos, tendo como “pano de fundo” as intervenções do NAP. Assim, por um lado, importa perceber qual a intenção na criação e na manutenção do NAP, bem como aferir da relação entre o NAP e a instituição (analisando a existência ou não de directrizes institucionais específicas para este gabinete, a autonomia do NAP face aos órgãos de gestão do IST e a comunicação entre a instituição IST e o gabinete). Por outro lado, perceber se este gabinete se insere numa lógica de combate ao insucesso escolar ou se visa simplesmente o bem-estar da população (apesar deste bem-estar poder implicar melhores níveis de desempenho escolar). Espera-se, ainda, com esta entrevista poder efectuar comparações entre os discursos dos terapeutas e o institucional acerca do insucesso escolar, constatando quais os pontos em que se assemelham e quais em que se afastam.

Para uma melhor compreensão da entrevista e posterior análise, esta encontra-se dividida em duas partes temáticas distintas: uma em que se caracteriza o insucesso escolar (para a instituição), outra dedicada às práticas e estratégias que a instituição possa desenvolver no sentido de combater o insucesso escolar (no que reporta à

⁴¹ Mais uma vez o nome do entrevistado não será identificado, preservando-se, assim, a sua identidade.

existência e intervenção do Núcleo de Aconselhamento Psicológico). Abaixo encontra-se um quadro que sintetiza o conteúdo do guião da entrevista.

Fig. 9: Quadro síntese do guião de entrevista

Insucesso Escolar no Ensino Superior	Insucesso Escolar IST	Definição
		Base de sustentação para a definição
		Evolução
	Práticas e Estratégias	Causas
		Criação e manutenção do NAP
		Directrizes institucionais face ao NAP
	Comunicação IST – NAP	

Antes, ainda, de iniciar a análise propriamente dita da entrevista ao representante da instituição, adverte-se o leitor que a aquela (análise) será efectuada, respeitando a ordenação apresentada no quadro acima. Deste modo, pretende-se facilitar a leitura e compreensão do texto.

O insucesso escolar na perspectiva da instituição

Definição

Num trabalho que tem como objecto de estudo o insucesso escolar no ensino superior, não faria qualquer sentido não indagar à própria instituição de ensino superior qual a definição que dá daquele fenómeno. Da análise da entrevista verifica-se que o insucesso escolar é definido em termos meramente quantitativos, ou seja, é definido como um número excessivo de anos para terminar uma licenciatura. Aliás, nesta definição nem se valorizam as notas dos alunos.

“(...) será uma pessoa estar aqui um número excessivo de anos, por exemplo, para concluir um curso. (...) Eu admitiria que uma pessoa pudesse estar (...) portanto, 5 anos é o curso, mais um ano e meio, dois anos no máximo seja um valor razoável. Portanto, no máximo sete anos. Se uma pessoa tiver que estar mais do que isso é excessivo.”

“Não das classificações que o aluno obtém. (...) acho que é exagerado estar a valorizar excessivamente a nota. O número de anos. O número de anos revela, digamos, uma média de trabalho, um ritmo, portanto, eu diria, sete anos seria um ritmo baixo, muito baixo.”

Se olharmos à definição de insucesso escolar definida pelo sistema educativo português, apresentada anteriormente, verifica-se que a noção apresentada pelo professor não se afasta muito. Ambas enfatizam a incapacidade do aluno em atingir objectivos num dado ciclo de estudos, tendo como indicadores as taxas de retenção. Segundo a definição do sistema educativo português, outro indicador de insucesso são as classificações nos exames, facto que é menosprezado pelo professor. Não obstante, mesmo sem o mencionar claramente, a definição de insucesso escolar para o IST não se afasta daquela preconizada pelo nosso sistema educativo. De referir apenas que não existem quaisquer alusões a outros factores que poderão estar implicados no insucesso escolar. A definição apresentada não se aproxima da de insucesso académico (defendida pelo NAP quando se trata de agir sobre alunos com problemas académicos) que considera outras variáveis para além dos maus desempenhos escolares.

Base de sustentação para a definição

Era importante perceber até que ponto a definição de insucesso escolar dada pela instituição era ou não coincidente com a do sistema educativo e se havia essa percepção. Ou seja, verificar se o discurso da instituição, a respeito do insucesso escolar, não era mais do que a reprodução de um discurso institucional de uma esfera superior. Ou se, pelo contrário, havia um discurso diferente, mais adaptado à realidade escolar do IST. O que se constatou foi que a definição de insucesso escolar está de acordo com o discurso institucional produzido a um nível mais macro (como, aliás, já se constatou no ponto anterior) mas, não há a uma alusão clara a este facto. O professor, no entanto, vai mais longe ao imputar a definição de insucesso escolar ao senso comum. É a própria *“sociedade em geral que define o insucesso nestes termos, o número de anos, aquilo que é mensurável facilmente”*. Portanto, apesar das definições coincidentes, estas verificam-se não porque haja um conhecimento claro daquilo que é veiculado pelas esferas superiores mas, sim, porque se baseia numa noção de senso comum. A sociedade e a instituição, como parte integrante daquela sociedade, valorizam aquilo

que é objectivo e mensurável, aquilo que se pode quantificar, neste caso o número de anos que os alunos demoram para concluir as licenciaturas.

O professor justifica, ainda, o critério relativo ao número de anos em excesso como definidor de insucesso escolar, baseando-se, por um lado, nos objectivos do próprio IST que visa preparar pessoas para o exercício de uma dada profissão e, por outro lado, no facto de ser assim que se medem as realizações dos indivíduos. O que transparece das suas declarações é que não existe tanto a preocupação com o aluno, como indivíduo, que vive uma fase de vida particular, importante para o seu desenvolvimento pessoal, e que possa ter várias estratégias face à sua frequência universitária mas, somente a preocupação em fornecer um conjunto de conhecimentos que o habilitem a trabalhar.

“E, as pessoas gostam de coisas que possam quantificar. É através disso que se mede as realizações, muitas das vezes. Se calhar, às vezes, mal mas não há uma maneira de medir o enriquecimento da pessoa, do seu carácter, da sua personalidade. Se calhar, se andasse aqui dez anos seria mais rico, uma melhor pessoa mas não é para isso que o Técnico existe. Existe para formar as pessoas para uma profissão ou, pelo menos, para uma habilitação ao exercício do trabalho e nessa perspectiva só pode ser visto assim” [o insucesso escolar como um número de anos excessivo para a conclusão do curso].

Segundo esta noção, a frequência universitária seria encarada como um investimento que teria o seu retorno nas dimensões profissional e social. O aluno e a universidade estarão vocacionados para o ensino como um meio para o exercício de uma profissão. Contudo, actualmente, esta visão está a ser substituída por uma que considera a frequência universitária como um tempo de crescimento do aluno, cujo retorno deve ser imediato e traduzido em dimensões intrínsecas àquele (a sua satisfação e felicidade) (Nico, 2001). A própria universidade começa, também, a ver os estudantes como pessoas individuais, com as suas especificidades, e não somente como investidores no seu futuro profissional. O discurso do professor indica que o IST ainda não se encontra direccionado para este tipo de abordagem à frequência universitária.

Evolução

Neste ponto específico interessava saber como tem o insucesso escolar evoluído, ao longo dos anos, no IST: se aumentou, diminuiu ou se se manteve constante e em que

licenciaturas é um fenómeno mais e menos marcante. Infelizmente e, devido à recente função que ocupa, o professor não pôde responder à questão. Apesar da existência de documentação estatística acerca desta temática, o professor apenas possui uma ideia geral sobre o assunto, preferindo não responder. Uma vez que já anteriormente se mostraram alguns dados, indicadores de insucesso escolar, recolhidos em alguns estudos efectuados no IST, seria, sem dúvida, importante e interessante recolher a visão da instituição sobre o insucesso escolar no seu seio.

Causas

A que se atribui o insucesso escolar? Esta poderia ser a pergunta menos objectiva de todas, pois o senso comum dita-nos que ao fazer esta pergunta arriscamo-nos a ouvir uma multiplicidade de respostas, muitas vezes, atribuindo-se culpas, à instituição, ao aluno, aos docentes, aos programas, entre outros. De qualquer forma, era importante ouvir a posição do IST quanto a este assunto, perceber a quem ou a quê é imputada a causa de insucesso.

A resposta do professor a esta questão foi muito pessoal. Na verdade, não se chega a perceber se esta é a posição da instituição ou se somente a sua pessoal. Não obstante, sendo ele um representante do IST e, estando ali a desempenhar essa mesma função, admite-se que a opinião por ele transmitida não se distanciará muito daquela veiculada pela instituição. Assim sendo, o professor começa o seu discurso dizendo que “*há múltiplas causas*” para o insucesso mas vê no choque de culturas entre o ensino secundário e o ensino superior a causa maior para aquele insucesso. O aluno do ensino secundário, muitas vezes, não está preparado para a cultura universitária e, é nessa passagem que surgem os problemas escolares. Deste modo, o primeiro ano é um ano que “*marca profundamente*” o aluno e que condiciona a sua frequência universitária futura. Surge, portanto, aqui, a questão da adaptação à vida universitária e como esta poderá influenciar todo o percurso académico. É interessante verificar que o discurso do professor, neste ponto, se assemelha ao das terapeutas que também enfatizam a (boa ou má) adaptação ao meio universitário como uma das variáveis principais na existência de sucesso/insucesso escolar.

O professor justifica esta transição, potencialmente atribulada, entre os dois sistemas de ensino, contrapondo, por um lado, o ensino secundário como um mundo organizado,

caracterizado por um sistema obrigatório que possibilitava um acompanhamento diário muito intenso, no qual o aluno se sentia protegido e sabia exactamente o que era esperado de si; por outro lado, o ensino universitário como um mundo aparentemente caótico, no qual o aluno vive num sistema de liberdade, visto ter a total autonomia e responsabilidade pelo seu estudo. Os professores já não lhe dizem o que estudar, o que fazer, já não existe uma relação de proximidade entre o docente e os alunos, agora cabe a estes tomarem todas as decisões sobre a sua vida escolar.

“Ou seja, ele passou de um tempo (...) em que ele tem um acompanhamento diário, não interessa se é personalizado mas, às vezes, até é, um acompanhamento diário muito intenso e depois é a completa autonomia. (...) Portanto, de repente, ele passou de um mundo organizado para um mundo aparentemente caótico.”

“Outra razão da dificuldade é o absentismo, as pessoas vão pouco às aulas. Vieram de um sistema obrigatório para um sistema de liberdade, pelo menos aqui no Técnico, de completa liberdade e a pessoa não consegue conviver, às tantas, com esse excesso de liberdade e falta muito às aulas.”

Portanto, é frequente os alunos não saberem lidar com esta autonomia e com esta liberdade recém-chegadas, o que poderá contribuir para o aparecimento de problemas escolares. Mas, é dito, igualmente, que esta nova realidade académica gera a possibilidade da existência de problemas de âmbito mais pessoal, de foro psicológico. Assim sendo, o professor legitima a presença do NAP no IST como um meio para ajudar *“aqueles que não conseguem superar este ambiente diferente”*.

“E a dificuldade está em passar-se de um mundo para o outro. E, eu penso que é aí que surge... para além depois de outros problemas de âmbito pessoal e... e de como é que interiormente se lida com isto. Porque isto pode desencadear outros aspectos de índole psicológica, digamos.”

Mas, o NAP existe porquê? E, para quê?

Criação e manutenção do NAP

O NAP surge por iniciativa da reitoria da Universidade Técnica de Lisboa (UTL), que identifica *“um problema”* geral (o entrevistado não explicita qual o problema), que não

era característico do Técnico e para o qual era necessária a intervenção de um serviço de aconselhamento psicológico. A entrevista parece indicar que se tratava de um problema transversal aos institutos que compõem a UTL e que, como tal, fazia sentido implementar o Núcleo, neste caso, no IST⁴². Assim, posteriormente o NAP

“passa a ser enquadrado pelo próprio Técnico (...) [que] assume as despesas e os custos de financiamento do CASIST e do NAP e isso é a consequência da identificação do problema e da necessidade de dar apoio, de haver alguma disponibilidade da própria instituição para apoiar os alunos que tinham... sentiam essa carência (...).”

O Técnico, na pessoa do professor, reconhece a importância do serviço, vendo “no NAP uma maneira de ajudar a resolver esses problemas” [académicos] o que, de certa forma, justifica a manutenção do gabinete. Apesar da instituição não conhecer os resultados das intervenções terapêuticas (como será analisado mais adiante), sente que existe uma procura por parte dos alunos o que possibilita o serviço funcionar nas condições em que se encontra, sem que haja reestruturações que impliquem a dispensa de terapeutas.

“(...) tem um número significativo de pessoas lá a funcionar, apesar das restrições financeiras e, digamos, não tomou a decisão de cortar. Portanto, as coisas têm sido mantidas o que não se passa noutros sectores, onde se tem vindo a poder cortar. Tem-se prescindido de pessoas e no NAP, pelo menos por enquanto, mantém-se a estrutura. (...) Sentimos que há procura e, portanto, havendo, há justificação para que o serviço exista... nas condições em que está.”

Directrizes institucionais face ao NAP (Autonomia)

Atrás já se constatou que o Técnico reconhece a importância do NAP na resolução de problemas académicos, justificando-se, assim, a perpetuação do gabinete, funcionando nos moldes actuais (sem diminuir o número de terapeutas). Mas, é igualmente importante perceber se aquele reconhecimento também se traduz em alguma política da instituição face ao Núcleo, ou seja, se existe algum tipo de directrizes específicas que a

⁴² De ressaltar que a explicação apresentada pelo professor para a criação do NAP difere daquela sustentada pela coordenadora do gabinete e difere daquela recolhida em relatórios de actividades, também, do NAP.

instituição imponha ao NAP, por exemplo, no que respeita a alunos com queixas de “problemas académicos”. O que se verificou, através da entrevista, é que não existem “orientações de carácter nenhum”. Assim,

“o Técnico limita-se a... facultar os meios para autonomamente, do ponto de vista técnico, o NAP desenvolver a sua actividade. (...) o Técnico não interfere em absolutamente nada”.

Deste modo, o IST não possui qualquer tipo de directivas relativas ao desempenho do gabinete. Há, sim, uma confiança, a nível técnico, nos terapeutas. Parte-se do pressuposto que estes são pessoas tecnicamente competentes e que tudo farão para obter os melhores resultados. Se estes não se verificarem, será certamente devido à falta de condições para tal (condições estas que poderão residir no próprio aluno que pediu ajuda). Mas, mais uma vez o professor frisa que

“(...) não há, digamos, aqui um referencial que diga “nós queremos atingir esta meta”, isso não existe. Do género, “que os alunos que entram aqui e 50% têm que obter uma melhoria significativa em termos de aproveitamento escolar”. Não existe essa meta”.

Se a nível técnico o IST não interfere no funcionamento do gabinete, no que diz respeito às questões financeiras há uma maior preocupação e intervenção. A instituição “apenas financia” mas, na verdade, deste modo, ao limitar os recursos financeiros disponíveis, poderá estar a limitar a actividade do NAP. Assim, o Técnico terá de rentabilizar o pessoal do Núcleo, pressionando a coordenadora do NAP neste sentido: não aumentar os custos (salários) e não diminuir a eficiência.

“Apenas financia. E, olha para os custos. Neste momento há carência de recursos, nomeadamente financeiros, e o Técnico tenta, digamos, rentabilizar ao máximo as pessoas que lá tem e tenta fazer com que a eficiência seja grande. O Técnico pressiona a coordenadora do NAP para que o dinheiro seja bem utilizado. O dinheiro aqui são os salários das pessoas.”

Assim, a autonomia do NAP está comprometida. É certo que no plano mais técnico não há quaisquer interferências, os terapeutas desenham as suas intervenções mediante o rumo que acharem ser o mais correcto. Porém, no plano financeiro essa autonomia não existe e até poderá, de alguma forma, interferir no trabalho dos terapeutas. Se estes

pretenderem desenvolver algum projecto que exija mais dinheiro por parte da instituição, aquele poderá ser inviabilizado; da mesma forma, poderão estar condicionados no número de processos de intervenção psicológica que iniciam, visto os meios humanos poderem não ser os suficientes para a procura. Portanto, a questão da autonomia do NAP face ao IST é um pouco ambígua. Um exemplo, disto mesmo, situa-se a nível de recrutamento de novos terapeutas. Mais uma vez a instituição não interfere a nível técnico, pois a escolha do novo psicólogo é da responsabilidade do gabinete, da coordenadora. No entanto, é necessária a aprovação do IST, visto representar mais um custo.

“Perante a nossa aprovação em termos de custos, no fundo. O perfil da pessoa... não interferimos nisso.”

Comunicação IST – NAP

O IST sabe a que objectivos o NAP se propõe? Sabe quais os resultados das suas intervenções? E, o NAP tem conhecimento daquilo que a instituição pretende? Tem conhecimento daquilo que o IST sabe do seu trabalho? Estas eram as questões necessárias para perceber qual o tipo de comunicação existente (e o grau da sua existência) entre a instituição e um gabinete seu dependente. O que estas questões revelaram foi quase a inexistência de comunicação entre estas duas entidades. Não quero com isto dizer que a instituição e o gabinete estejam “de costas voltadas”, que a comunicação entre eles seja difícil ou mesmo que haja divergências que os afastem. Não é feita qualquer menção a problemas entre ambos nem, aliás, era o que se pretendia com as questões. A realidade é que a comunicação entre o IST e o NAP, em termos do que se passa no Núcleo, é pouca. A instituição limita-se a recolher alguns valores acerca do número de consultas efectuadas e o número de horas de serviço de cada terapeuta, com o fim de, mais uma vez, controlar os custos. Para além do conhecimento do IST a respeito do NAP se referir apenas a aspectos quantitativos, esta informação é dada com uma periodicidade anual, limitando, ainda mais, o conhecimento real daquilo que acontece no Núcleo.

“Grandes números, grandes números sobre o número de consultas efectuadas, a periodicidade dessas consultas, mensalmente, mais nada... o número de consultas, o número de horas de serviço, no fundo, dadas por cada um dos colaboradores. Mas, não há uma informação técnica, específica, no

sentido de... de “tratámos, acolhemos ou estivemos em relação com... x alunos e estes melhoraram, aqueles pioraram em termos de rendimento escolar””.

Quando questionado acerca da pertinência de tal informação existir, o entrevistado anuiu que pessoalmente acharia “*interessante*” mas que seria “*exigir mais um trabalho à pessoa que lá está*”. Refere mesmo a existência de um relatório, efectuado pelo NAP, que continha mais informação do que “*os grandes números*” mas que tal não surgia sistematicamente nem tão pouco com uma periodicidade estabelecida. Mas, mesmo este relatório não contribuiu para que a instituição ficasse a par do que se passa naquele gabinete, visto o próprio professor admitir não lhe ter prestado muita atenção. Este facto parece mostrar que mesmo que o NAP transmitisse sistematicamente mais informação, do que a aquela que transmite actualmente ao Técnico, esta seria em grande parte menosprezada ou posta de parte. Se o IST não demonstra interesse em conhecer melhor o seu investimento (as referências ao NAP são quase sempre acompanhadas de referências aos custos que este comporta), o NAP também não deverá sentir a necessidade de mostrar aquilo que faz.

“Eu lembro-me que li isso, passei os olhos por isso, não li tudo, no início deste ano.”

Mas, se a informação, ainda que pouca, chega ao IST, este não dá qualquer feedback ao NAP. Ao instituto apenas interessa saber se os terapeutas rentabilizam o seu tempo de trabalho, não havendo qualquer interesse nos aspectos intrínsecos ao próprio gabinete.

“Não, não. Só queremos é saber se as pessoas, de facto, estão a rentabilizar o tempo que se comprometeram a estar aqui dentro, mais nada. Não é com o objectivo de perguntar se fizeram bem ou mal. Quer dizer, há uma confiança do ponto de vista técnico.”

4. Quando três vectores se conjugam... A Medicalização do Insucesso Escolar

Após a análise de cada um dos três actores constituintes desta pesquisa (os alunos, o NAP (terapeutas) e a instituição (IST)), chegou o momento, já anteriormente anunciado, de os integrar numa análise conjunta. Aliás, sendo este um estudo de caso, há que reunir toda a informação recolhida e analisá-la, de acordo com o objecto de estudo e a hipótese definidos num momento inicial desta pesquisa. Na verdade, nos capítulos anteriores foi analisada toda a informação recolhida, através da aplicação de várias técnicas. Pretendia-se que aquela informação fosse o mais exhaustiva possível no que respeita aos objectivos traçados para cada unidade de análise. Daí ter-se optado por utilizar várias estratégias na recolha dos dados.

O objecto de estudo da pesquisa foi observado, examinado, revelando as diferentes práticas e estratégias adoptadas por cada um dos actores no que respeita à problemática do insucesso escolar. Importava conhecer as práticas desenvolvidas por cada um, bem como as estratégias que pudessem adoptar com o intuito da diminuição do insucesso.

Sendo este um trabalho localizado num dado gabinete (o NAP) de uma dada instituição de ensino superior (o IST), não se podem esquecer as especificidades que daí possam advir. Assim sendo, as práticas e estratégias destes actores são específicas a uma dada situação institucional e extrapolá-las a outras instituições de ensino superior estaria errado. É certo que o insucesso escolar é um fenómeno social, presente em todos os níveis de ensino e em todas as escolas mas, não é possível afirmar que o que se passa no Técnico é semelhante ao que acontece noutras instituições. Afinal, como a coordenadora do NAP refere na entrevista, o IST é diferente, por exemplo, da instituição em que ela se licenciou, tem características muito próprias, o ensino da engenharia também tem as suas especificidades o que se traduz em determinados efeitos nos seus alunos.

Se nos capítulos anteriores se evidenciam as práticas e estratégias daqueles três actores, este trabalho foi conduzido com vista a testar a hipótese anteriormente apresentada. Esta hipótese dizia-nos que na medicalização do insucesso escolar intervinham uma série de actores que a originavam através de um conjunto de práticas e estratégias, dentro do espaço institucional do IST. A hipótese divide-se em dois pontos distintos que podem

ou não estar relacionados. Por um lado, implica saber se o insucesso escolar é efectivamente medicalizado e, por outro lado, se tal medicalização fica a dever-se a algum, a todos ou a nenhum dos actores estudados e se sim se o é através das práticas e estratégias que desenvolvem (e foram estudadas). Deste modo, somente a partir da leitura daquelas (práticas e estratégias) se poderá verificar ou não a hipótese formulada.

Para um fenómeno ser medicalizado é necessário, tal como referido anteriormente, que este seja apropriado por alguma instância médica, sendo considerando, por isso, uma doença, um distúrbio, um sintoma passível de ser tratado, tornando normalizado o corpo perturbado. Para o insucesso escolar ser medicalizado é necessário que seja considerado como uma doença ou, pelo menos, como um distúrbio, algo que provoque sofrimento no ser humano. Mas, o insucesso escolar, em si, não poderá ser considerado uma doença. Afinal, ele não é um estado patológico, quanto muito poderá advir de problemáticas orgânicas ou de condições sociais de existência que as provoquem, sendo, portanto, um efeito de algo. Contudo, no caso desta pesquisa, a medicalização (ou não) do insucesso teria que estar relacionada, não com aspectos físicos mas, com aspectos psicológicos, do bem-estar dos alunos. Tratando-se de um estudo centrado num gabinete de apoio psicológico, este estaria direccionado para o atendimento de perturbações psicológicas, sendo a possível medicalização do insucesso uma apropriação deste fenómeno por parte dos terapeutas que aí exercem.

Então, há que destacar dois pontos distintos. Um primeiro ponto que considera o insucesso escolar, de acordo com a discussão teórica apresentada previamente, como um estado de não-saúde (que, ao considerá-lo deixa em aberto a possibilidade de medicalização). Assim, um aluno que esteja em situação de insucesso poderá, de acordo com os critérios do que é saúde e doença, encontrar-se num estado, não propriamente de doença (pois não há um problema físico, orgânico) mas, em que o bem-estar total do aluno não esteja assegurado. Isto acontece, porque, por um lado, o aluno se encontra numa situação de desvio à norma social que preconiza o sucesso e, por outro, porque é provável que o seu bem-estar psíquico também se encontre alterado. Um estado de não-saúde implica a forma como o aluno se sente face a um desconforto (insucesso escolar) independentemente de ser considerado uma doença ou não. As repercussões que este estado subjectivo tem nos alunos fazem-se sentir no seu bem-estar geral, o que terá implicações no seu estado de saúde geral. Teoricamente, o insucesso escolar, seja ele a

causa ou o efeito do problema emocional (psicológico) do aluno, terá reflexos na sua saúde.

Qualquer fenómeno social pode ser medicalizado, segundo os autores estudados que abordavam esta questão (Conrad in Calnan, 1985), quando as formas tradicionais de controlo são ineficazes ou inaceitáveis, quando existe alguma forma de controlo médico, quando o problema pode ser associado a alguma causa orgânica e quando a profissão médica aceita este problema (este comportamento desviante) sob a sua jurisdição. Observando, agora, a possibilidade do insucesso escolar ser medicalizado, constata-se que realmente as formas tradicionais de controlo mostram-se ineficazes, uma vez que este problema tem vindo a aumentar em todos os níveis de ensino, incluindo o superior, e nem as escolas, nem os docentes, nem os pais, nem os alunos, nem, tão pouco, as políticas educativas têm conseguido fazer frente aos maus desempenhos escolares dos alunos; o controlo médico poderá existir mediante a prescrição de fármacos que aumentem as capacidades de concentração e trabalho, que diminuam a ansiedade, etc., para que os alunos consigam ter um melhor rendimento escolar; o problema tanto poderá estar associado a causas orgânicas, como psicológicas (interessando mais, no caso deste trabalho, estas últimas) que possam impedir o aluno de cumprir as suas funções escolares e, por último, é possível que a profissão médica ou, neste caso, a psicóloga considerem este comportamento desviante e, como tal, susceptível de ser colocado sob a sua jurisdição e intervenção.

Porém, e entrando agora no segundo ponto a abordar, há que distinguir entre aquilo que teoricamente é possível e o que acontece no caso específico do Núcleo de Aconselhamento Psicológico. De acordo com o acima referido, o insucesso escolar pode ser medicalizado quando quatro condições básicas (segundo Conrad in Calnan, 1985: 27) se reúnem. Mas, será que estas se reúnem neste caso particular? Bom, sim mas com uma reserva.

É verdade que o insucesso escolar no IST é preocupante, atingindo valores consideráveis e que as formas para o seu controlo têm se mostrado ineficazes. Os estudos mencionados no início desta pesquisa espelham exactamente esta realidade.

Apesar de algumas medidas⁴³, localizadas a nível de algumas licenciaturas/disciplinas, surtirem efeitos positivos na diminuição do insucesso, a nível mais macro a situação mantém-se sem grandes alterações. Os próprios alunos do Técnico reconhecem as suas dificuldades académicas quando recorrem aos serviços do NAP com queixas relativas a “problemas académicos”, procurando no serviço um meio para resolver as suas dificuldades escolares. Apesar da entrevistada A referir que foi no início da história do gabinete que os alunos vinham, sobretudo, com queixas de “problemas académicos”, devido ao facto deste serviço se situar numa universidade e, por isso, na opinião dos alunos, vocacionado para os problemas escolares, ainda hoje surgem pedidos de ajuda relacionados com problemas escolares. Estes acompanham, muitas vezes, outros pedidos de ajuda, o que demonstra que poderão ser não só a causa como o efeito de outros problemas emocionais. E, é interessante verificar que os alunos procuram o NAP em períodos muito específicos do ano lectivo, o que evidencia uma ligação entre os problemas escolares e o recurso a este tipo de serviços de acompanhamento. Não se poderá saber se o fazem, porque os resultados são maus ou porque se sentem mal com os seus resultados ou porque se sentem simplesmente mal com a época de grande ansiedade e trabalho que corresponde à época de exames. Apenas se constata que são os próprios alunos que contribuem para a medicalização do seu insucesso, quando pretendem que um gabinete de aconselhamento psicológico intervenha em assuntos escolares. Tanto no que diz respeito ao perfil do aluno de licenciatura que recorre ao NAP, como aos fluxos da população estudante que se dirige àquele gabinete, verifica-se que os alunos que frequentam o NAP têm problemas a nível escolar (traduzidos pelas numerosas reprovações e pelo valor significativo que o pedido de ajuda relativo a “problemas académicos” apresenta”) que os levam a ter uma estratégia muito concreta (entre outras possíveis) que se traduz numa determinada prática: recorrer ao NAP nos momentos que antecedem os períodos de maior trabalho escolar, talvez para aí procurarem solução para os problemas escolares e para outros que tenham implicações naqueles.

Mas, voltando um pouco atrás, estava a referir-se a primeira das quatro condições básicas para a medicalização do insucesso escolar, isto é, quando as formas tradicionais

⁴³ Estas medidas passam pela implementação do funcionamento bianual de determinadas disciplinas (semestre alternativo), pela avaliação contínua intensiva, aplicada à disciplina de Álgebra Linear, na LEIC (integrado no projecto CAL2000), pela optimização do rendimento de cadeiras do Departamento de Física, entre outras (in Correia, 2003).

de controlo são ineficazes. E, este facto poderá ser observável através da criação do próprio Núcleo. Segundo o representante do IST, o NAP nasceu por iniciativa da reitora da UTL que identificou um problema transversal aos institutos que a compõem. Apesar de poder questionar-se este facto, uma vez que contradiz o discurso da coordenadora do gabinete, bem como o de diversos relatórios que dão a um grupo de estudantes do IST, posteriormente membros da AEIST, a iniciativa da criação daquele gabinete; a verdade é que o NAP foi reconhecido pelo Técnico que o enquadrou e que assume quase a totalidade dos seus custos. Aliás, sendo as questões financeiras um ponto tão focado na entrevista do professor, chamando constantemente a atenção para os problemas financeiros que o IST atravessa, a manutenção do NAP justifica-se pela sua utilidade. O representante do Técnico reconhece a importância do serviço no auxílio aos alunos com problemas académicos e, mesmo admitindo saber muito pouco sobre o funcionamento do gabinete e sobre os resultados das suas intervenções, uma vez havendo procura, justifica-se a sua existência. Assim, a própria instituição vê no NAP uma forma de auxiliar os alunos com problemas escolares, permitindo que o Núcleo funcione nos moldes actuais sem que haja reestruturações (cortes financeiros que implicariam reduções nos recursos humanos). Neste caso, há uma delegação de poder no NAP (o que aumenta o controlo do NAP sobre os alunos), visto o IST reconhecê-lo como um meio para resolver os problemas escolares dos alunos (através da resolução de problemas de foro emocional).

Uma segunda condição diz respeito à existência de alguma forma de controlo médico, neste caso psicológico, sobre o problema do insucesso. Se se considerar o insucesso escolar como um estado desviante que deverá ser corrigido e normalizado através de processos terapêuticos, estes poder-se-ão considerar como mecanismos de controlo social. Numa sessão de terapia, o terapeuta observa, codifica e interpreta os sofrimentos do seu cliente. Assim, este é marcado como um “caso”, sujeito à observação, ao exame, à medição e à comparação com uma norma estabelecida; o terapeuta exerce um controlo sobre o seu cliente, dando-lhe directrizes sobre o modo como é suposto ser (comportar-se) sem o distúrbio que o aflige. Foucault (in Lupton, 1994; in Petersen, 1997) chama-lhe o “poder disciplinar”, visto um médico, neste caso um terapeuta, ter o poder de disciplinar, não um corpo (como no caso da Medicina) mas, a mente, o estado emocional dos indivíduos. Apesar de não se ter assistido a nenhuma sessão de terapia, foi recolhida alguma informação sobre os procedimentos que norteiam as sessões de

rastreio e consequentes tomadas de decisão acerca daquelas. Deste modo, constatou-se que estas sessões correspondiam a momentos, por excelência, de *medical gaze*, ou melhor, de observação dos indivíduos. Um aluno que se dirija ao NAP tem que, obrigatoriamente, ser sujeito a uma sessão de rastreio que implica uma entrevista e o preenchimento de uma série de questionários. Estes dois procedimentos permitem ao terapeuta conhecer não só factos relacionados com o problema, com a queixa do aluno, como factos relativos a vários aspectos da sua vida que permitam um maior conhecimento do indivíduo; também o preenchimento dos questionários possibilita uma objectivação do problema apresentado (e de outros que entretanto se descobrissem), medindo-o e comparando-o com normas estabelecidas. Após esta fase, é atribuído ao aluno um grau de urgência no atendimento que irá ditar a proximidade daquele (atendimento). Mais uma vez, o problema é quantificado, transformado num valor numa escala de urgência que serve para objectivar e tornar visível o problema vivido pelo estudante.

A terceira condição para a medicalização do insucesso escolar prende-se com o facto deste problema poder estar associado a alguma causa orgânica, neste caso específico, psicológica. Se o insucesso pudesse relacionar-se com os problemas emocionais sentidos pelos alunos, esta ocorrência possibilitaria a apropriação daquele problema pelo Núcleo que forneceria soluções psicológicas para a sua resolução. Da informação recolhida, por várias vezes se mostrou que existe efectivamente uma relação estreita entre os problemas emocionais dos alunos e o seu insucesso escolar. Se não, vejamos. Na análise da base de dados verificou-se que os alunos que procuravam o NAP tinham maus desempenhos escolares (várias reprovações) e que a queixa de “problemas académicos” era das mais expressivas, acompanhando, muitas das vezes, outros pedidos de ajuda mais relacionados com problemas do âmbito psicológico. Independentemente do insucesso ser a causa ou o efeito do problema emocional dos alunos, o desconforto emocional sentido por estes revela-se no seu (mau) desempenho escolar. A entrevistada B chama a atenção para este facto na sua entrevista, ao dizer que as pessoas que têm problemas de rendimento académico têm problemas psicológicos, já que estes se manifestam na sua vida quotidiana. Assim, os problemas psicológicos dos alunos manifestam-se no seu desempenho escolar, pois a sua vida quotidiana é ocupada precisamente com os estudos. Mas, possivelmente o que melhor denuncia a ligação entre o insucesso escolar e alguma causa psicológica para este encontra-se num estudo

efectuado por dois psicólogos do NAP (Welling e Silva, 2000). Neste estudo, constatou-se que a psicoterapia é a medida mais eficaz “no combate ao insucesso escolar”, visto os alunos aumentarem o número de disciplinas efectuadas após, pelo menos, três sessões de terapia. Parece que, agindo terapeuticamente sobre os alunos, os resultados vão repercutir-se nos seus desempenhos académicos. Resta referir o Grupo de Métodos de Estudo cuja existência se deveu à constatação clínica de que muitos alunos tinham insucesso escolar, devido a problemas do foro comportamental e emocional. Este programa pretendia, assim, fazer os alunos reflectir sobre as suas estratégias de estudo e, igualmente, ajudá-los a encontrar soluções que estivessem em consonância com o contexto educativo mas, também, com a sua personalidade.

Por último, a quarta condição na medicalização do insucesso implica a anuência (ou não) por parte dos psicólogos do insucesso escolar como um comportamento desviante que, como tal, se situe sob a sua jurisdição. A existência de queixas específicas relacionadas com problemas escolares e consequente intervenção nestes alunos, bem como a existência de trabalho específico naquela área, como ficou demonstrado no parágrafo acima (o que evidencia estratégias terapêuticas e consequentes modos de organização do gabinete e práticas terapêuticas direccionadas para os problemas escolares), são razões para crer que o NAP colocou sob a sua jurisdição o problema do insucesso.

Considerando o anteriormente exposto, poder-se-ia considerar o insucesso escolar como um fenómeno plenamente medicalizado. Todavia, também se disse existir uma “reserva” para a total medicalização daquele fenómeno. Aquela prende-se com a noção de insucesso que o gabinete utiliza quando tem de agir sobre os alunos com problemas académicos. Na verdade, o NAP age baseado na noção de insucesso académico e não na de insucesso escolar. Ou seja, estas são duas noções distintas em que a primeira é mais abrangente, considerando não só os resultados escolares como a questão da adaptação ao ensino superior. Segundo a entrevistada A, na sua entrevista, os maus resultados escolares (insucesso escolar) funcionam como um indicador de um problema maior, relacionado com a deficiente adaptação a um ambiente universitário. A noção de insucesso académico tem subjacente outras variáveis (psicológicas e relacionais) para além dos resultados escolares; tem subjacente uma lógica de desenvolvimento pessoal que é a noção base da psicoterapia. Deste modo, ao trabalharem com a noção de

insucesso académico justifica-se a sua intervenção nesta área, visto esta não implicar somente o insucesso escolar. Assim, o insucesso escolar é medicalizado mas, porque o insucesso académico o é primeiro e o inclui. Parece, pois, confirmar-se a ideia inicial que sustinha ser a noção de insucesso académico a usada pelos terapeutas no seu trabalho. Deste modo, possibilita-se a sua intervenção na área académica (escolar), uma vez que aquela noção cobre diversos domínios, sendo o psicológico e o académico dois deles (existem também o social-relacional e o biológico). A interacção entre todos estes domínios leva a que, por exemplo, um distúrbio em qualquer um deles afecte os outros. Isto justificaria que distúrbios no domínio académico ou no psicológico possam ter reflexos no outro.

Todavia, segundo as terapeutas, estas não concebem intervenções direccionadas directamente para os problemas de âmbito escolar. Isto é, as suas práticas e estratégias terapêuticas não seriam formuladas com o intuito de resolver problemas escolares dos alunos, até porque, se assim fosse, este seria um trabalho limitado, um mero treino de competências. O insucesso escolar dos alunos ou os seus problemas escolares funcionam, sim, como um indicador, um sintoma⁴⁴ de um problema emocional que deverá ser “tratado”. Tratando-o, trata-se o insucesso. É interessante o que a coordenadora do NAP diz sobre o assunto. Esta terapeuta diz-nos que mediante uma queixa de “problemas académicos” poderão existir vários diagnósticos. Portanto, de acordo com os sintomas do aluno e do insucesso escolar típico do Técnico é possível desenhar-se um mapa de diagnósticos mais frequentes. A entrevistada B vê o insucesso escolar também como um sintoma que implicará uma grande variedade de diagnósticos mas, cujas causas se encontram no seio de uma família disfuncional. Ambas as terapeutas mencionam, igualmente, o facto de, muitas vezes, as queixas do foro académico servirem para “tapar” outros problemas que ou os alunos têm receio em denunciar ou nem os próprios se aperceberam ainda. Mais uma vez, o insucesso escolar é um sintoma de outro problema. Assim sendo, mesmo considerando o insucesso escolar como um sintoma de um distúrbio emocional, este facto não interfere na medicalização daquele fenómeno.

⁴⁴ Os problemas escolares dos alunos ou o seu insucesso escolar permitem determinar o grau de urgência no atendimento dos alunos.

Não obstante, argumenta-se que aquele fenómeno já se encontrou mais medicalizado, visto na história do Núcleo ter havido momentos em que a sua participação na vida escolar dos alunos era maior, suportada por directrizes institucionais que davam ao NAP poder para efectuar pareceres (baseados no acompanhamento terapêutico) que determinassem o acesso dos alunos a épocas especiais de exames. Neste período, correspondente a uma fase inicial na história do gabinete, tanto da parte dos alunos era frequente utilizarem o NAP como um meio para resolverem os seus problemas escolares, como o gabinete também estava habilitado para o fazer. Contudo, segundo a coordenadora do NAP, visto sentirem que os alunos estavam a ter um comportamento estratégico e não estariam tão interessados no acompanhamento mas, sim, no parecer, foi pedido à instituição que lhes retirassem aquela função. Assim, foi o próprio IST que proporcionou a medicalização do insucesso escolar, delegando no NAP tarefas que afectavam directamente os percursos escolares dos alunos.

Um ponto central nesta pesquisa sobre o qual importava recolher informação, tanto da parte das terapeutas (NAP), como da parte do professor (instituição), dizia respeito à forma como estes actores definiam insucesso escolar. Era importante perceber se os seus discursos acerca de insucesso e suas possíveis causas variavam muito, o que poderia levar a diferentes interpretações de um mesmo problema. Foi interessante verificar que a definição de insucesso escolar não variava muito, visto todos chamarem a atenção para condicionantes quantitativas naquela definição. As terapeutas associavam-no ao baixo rendimento escolar e o professor ao número de anos em excesso para concluir uma licenciatura. A coordenadora do Núcleo (entrevistada A) foi um pouco mais longe ao introduzir na definição de insucesso escolar “*as dimensões do insucesso*” que poderiam contribuir para o baixo rendimento escolar mas que apresentavam uma componente mais relacionada com o aluno e com as suas capacidades de foro psicológico. Igualmente interessante foi descobrir que estes actores atribuem um grande peso à transição/adaptação dos alunos do ensino secundário para o ensino superior. É notória uma coincidência de discursos, havendo uma correspondência entre o institucional e o das terapeutas.

Em suma, de acordo com as quatro condições básicas para a medicalização de um fenómeno, descritas por Conrad (in Calnan, 1985), verifica-se que efectivamente o NAP tem condições para medicalizar o insucesso escolar. Também o facto de adoptar a noção

de insucesso académico quando tem de agir sobre alunos com problemas escolares e o modo como define insucesso escolar (apesar de ser uma definição semelhante à do representante do IST, a entrevistada A acrescenta dimensões relacionadas com o foro psicológico do aluno) contribuem para uma medicalização deste fenómeno. O estudo das práticas e estratégias do gabinete mostrou-se crucial na compreensão daquela medicalização. De que outro modo seria possível perceber-se senão através da compreensão da forma como o NAP determina diagnósticos, organiza o seu trabalho e desenha estratégias de intervenção terapêutica?

Porém, para aquela medicalização não concorre somente o NAP. Os alunos também contribuem, visto recorrerem ao gabinete com queixas de “problemas académicos”⁴⁵, em épocas específicas do ano lectivo o que demonstra estratégias claras da sua parte no sentido de “tratar” ou os seus problemas escolares ou outros que para esses contribuam ou que daí advenham. Assim, também neste caso, a compreensão das práticas e estratégias dos alunos face ao seu insucesso escolar permite compreender melhor a medicalização deste fenómeno. Este facto era ainda mais perceptível, há uns tempos atrás, quando o NAP exercia funções ligadas à emissão de pareceres sobre questões de prescrição e acesso a época especial de exames. Os próprios alunos poderiam, igualmente, julgar que, tratando-se de um gabinete situado numa universidade, poderia estar vocacionado somente para as questões do foro académico.

A juntar ao NAP e aos alunos, a instituição – IST – contribuiu, de igual forma, para a medicalização do insucesso escolar. Assume-se que a criação e manutenção do NAP tem, também, subjacente uma ajuda na resolução de problemas académicos. Uma vez existir procura para este serviço, a estratégia do IST tem sido a de não intervir no funcionamento do gabinete. Os problemas financeiros, tantas vezes mencionados pelo professor, não parecem (por enquanto) atrapalhar a vida do serviço que, apesar de ter certas limitações financeiras (que acabam por limitar indirectamente o seu trabalho), continua a funcionar dentro dos moldes estabelecidos. Se aqui se poderá ver uma estratégia que visa, de certa forma, a resolução dos problemas escolares dos alunos,

⁴⁵ A construção do perfil do aluno de licenciatura que recorre aos serviços do NAP permitiu observar que existe um aluno tipo, ou seja, um aluno com determinadas características que procura este gabinete. Se a queixa de “problemas académicos” é uma das mais frequentes, sendo que a grande maioria dos alunos a refere, é lícito afirmar que o NAP intervém (directa ou indirectamente) nos percursos escolares dos alunos que ali se dirigem e que procuram uma solução para este tipo de problema.

diminuindo o insucesso escolar; observa-se, também, que este facto é contraditório com a pouca informação que a instituição dispõe acerca da população discente que recorre ao NAP e dos resultados das intervenções terapêuticas. Não se consegue determinar até que ponto o NAP (com as suas intervenções) é para a instituição, neste momento, um meio de resolução dos problemas escolares. Contudo, no passado, o Técnico já delegou no NAP poderes que apontavam claramente para uma intervenção na vida escolar (e nos maus desempenhos escolares) dos alunos. A própria instituição passou o insucesso escolar para o âmbito de intervenção da Psicologia, contribuindo para a sua medicalização.

VII – Considerações Finais

Da literatura consultada que dizia respeito directamente às questões da medicalização do insucesso escolar, verificou-se que, de uma forma geral, aquele insucesso existia devido a uma série de problemas de nível físico, orgânico, do aluno. Ou seja, tratavam-se de estudos, sobretudo, direccionados para os alunos do ensino básico, cujos problemas se relacionavam com hiperactividade, desnutrição, em alguns casos, pequenos atrasos mentais, entre outros que tinham implicações no corpo dos alunos e que conduziam ao seu insucesso escolar. Assim, esta pesquisa inovava por duas razões: por um lado, associava a medicalização do insucesso escolar a problemas do foro psicológico (emocional/mental mas não psiquiátrico, portanto uma área que estando, de alguma maneira, ligada à Medicina não lhe está associada); por outro lado, não eram novamente os alunos do ensino básico a receber este tipo de atenção mas os alunos do ensino superior, mais concretamente os alunos de licenciatura do IST que recorriam aos cuidados do NAP. Por estes dois motivos, o trabalho que, agora, está prestes a terminar espera ter aberto a possibilidade para novos estudos sociológicos sobre estas temáticas. Na realidade, os estudos sobre a população discente universitária são relativamente poucos e recentes e não abordam questões da saúde emocional (psicológica) dos alunos.

Uma interdisciplinaridade entre a Sociologia, a Psicologia e as Ciências da Educação permite alargar o campo de análise mas, também, permite alcançar soluções melhores e mais criativas para os problemas de investigação. Deste modo, esta tese foi criada num diálogo constante entre estas três disciplinas, às quais deve a sua existência. Constatou-se que cada uma se aproximava do objecto de estudo a analisar de uma forma diferente, enfatizando os aspectos que estavam sob a sua competência, isto é, aqueles que lhes permitiam problematizar e agir sobre aquele objecto. A mim coube-me a missão de tentar sintetizar os aspectos que, de cada ciência, pudessem enriquecer ainda mais esta tese de licenciatura.

Como acontece em qualquer trabalho que chega ao fim, encontram-se sempre novos pontos que deveriam ter sido abordados ou mais bem trabalhados. Assim sendo, este estudo ficaria mais completo se a base de dados contemplasse a totalidade dos casos, o que permitiria uma análise mais correcta mas, acima de tudo, mais actual (visto serem

os processos mais recentes a estarem em falta) e se se tivesse a oportunidade de observar mais algumas reuniões relativas aos rastreios. Seria curioso entrevistar novamente o representante do IST quando já tivesse decorrido mais algum tempo no cargo que ocupa. As suas declarações estavam limitadas devido ao (ainda) pouco conhecimento que detinha sobre o NAP; entrevistá-lo mais tarde iria trazer possivelmente novas opiniões (e posições) sobre a questão do insucesso e sobre o NAP.

Mas, este estudo pode, igualmente, trazer novos rumos que vão para além do Núcleo de Aconselhamento Psicológico e do Instituto Superior Técnico. Deste modo, seria muito interessante alargar esta pesquisa a outras instituições de ensino superior e a outras unidades de aconselhamento psicológico. Uma vez que cada instituição tem as suas especificidades que caracterizam e determinam os actores que nela se movem, seria pertinente repetir a pesquisa noutras instituições, percebendo até que ponto existem diferenças e semelhanças entre as instituições, entre os actores e entre os insucessos... Sendo o insucesso escolar um problema que preocupa todos os intervenientes no processo educativo, um trabalho deste género iria contribuir para o compreender melhor, bem como qual o papel que desempenha e a possível contribuição deste tipo de gabinete no seu funcionamento.

Bibliografia

ALMEIDA, Leandro S. (2001) “Acesso, integração e sucesso académico: uma análise reportada aos estudantes do 1º ano” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de, LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

ANGUERA, María Teresa (1989) *Metodologia de la Observacion en las Ciencias Humanas*, Madrid, Ediciones Cátedra.

BECKER, Gay e NACHTIGALL, Robert D. (1992) “Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease” in *Sociology of Health and Illness*, Vol. 14, N.º 4, pp. 456-471.

BELL, Elsa (ed.) (1994) *Psychological Counselling in Higher Education: an European overview*, Nápoles, La Città Del Sole.

BELL, Susan E. (1987) “Changing ideas: the medicalization of menopause” in *Social Science and Medicine*, Vol. 24, N.º 6, pp. 535-542.

BENAVENTE, Ana, CORREIA, Adelaide Pinto (1980) *Obstáculos ao Sucesso na Escola Primária*, Lisboa, IED, pp. 7-23.

BENAVENTE, Ana (1988) “Da construção do sucesso escolar. Equacionar a questão e debater estratégias” in *Seara Nova*, N.º 18, pp. 23-27.

BERLINGUER, Giovanni (1982) “Disease as suffering, deviation, danger, signal, and stimulus” in *International Journal of Health Services*, Vol. 12, N.º 2, pp. 309-319.

BRANSEN, Els (1992) “Has menstruation been medicalised? Or will it never happen...” in *Sociology of Health and Illness*, Vol. 14, N.º 1, pp. 98-110.

BROOM, Dorothy H. e WOODWARD, Roslyn V. (1996) “Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care” in *Sociology of Health and Illness*, Vol. 18, N.º 3, pp. 357-378.

BURGESS, Robert G. (1997), *A pesquisa de terreno: uma introdução*, Oeiras, Celta Editora.

BURY, Michael (1997) *Health and Illness in a Changing Society*, Londres, Routledge.

CALNAN, Michael (1985) *Sociological Approaches to Health and Medicine*, Londres, Routledge.

CARAPINHEIRO, Graça (1986) “A Saúde no contexto da Sociologia” in *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, N.º 1, pp. 9-22.

CLARKE, Juarne N. (1984) “Medicalization and secularisation in selected English Canadian fiction” in *Social Science and Medicine*, Vol. 18, N.º 3, pp. 205-210.

COBURN, David (et al.) (1983) “Medical dominance in Canada in historical perspective: the rise and fall of medicine?” in *International Journal of Health Services*, Vol. 13, N.º 3, pp. 407-432.

CONRAD, Peter (1992) “Medicalization and social control” in *Annual Review of Sociology*, N.º 18, pp. 209-232.

CORREIA, Tânia (2003) *O Insucesso Académico no IST*, Lisboa, Gabinete de Estudos e Planeamento, Instituto Superior Técnico (a publicar).

CRAWFORD, Robert (1980) “Healthism and the medicalization of everyday life” in *International Journal of Health Services*, Vol. 10, N.º 3, pp. 365-388.

ESTRELA, Maria Teresa e FRIÃES, Rita (2001) “Para uma prevenção do insucesso escolar nos alunos de 1º ano da U.L.” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de,

LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

EURYDICE – Rede de Informação sobre Educação na União Europeia (1995) *A Luta Contra o Insucesso Escolar: um desafio para a construção europeia*, Lisboa, Ministério da Educação, Departamento de Programação e Gestão Financeira.

FITZPATRICK, Michael (2001) *The Tyranny of Health: doctors and the regulation of lifestyle*, Londres, Routledge.

FLICK, Uwe (1998) *An Introduction to Qualitative Research*, Londres, Sage Publications.

FRASQUILHO, Maria Antónia (1992) “Saúde mental de adolescentes. Equidade geográfica e atendimento na Clínica da Juventude do Centro de saúde Mental Infantil e Juvenil de Lisboa” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 10, N.º 2, pp. 17-28.

FREIDSON, Eliot (1984) *La Profession Médicale*, Paris, Payot.

FURNHAM, Adrian e TREZISE, Lorna (1983) “The mental health of foreign students” in *Social Science and Medicine*, Vol. 17, N.º 6, pp. 365-370.

GAPE (1991) *Estudo de Identificação das Causas do Insucesso Escolar no IST*, Lisboa, Instituto Superior Técnico.

GOMES, Carlos Alberto (1987) “A interação selectiva na escola de massas” in *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, N.º 3, pp. 35-49.

GONÇALVES, Fernando, VALADAS, Sandra, FAÍSCA, Luís, VILHENA, Carla (2001) “Processos de estudo e abordagens à aprendizagem de estudantes universitários: suas relações com o sucesso académico. Algumas propostas de intervenção” in *Actas das II Jornadas – Modelos e Práticas em Educação de Adultos*, Coimbra, Ediliber Editora de Publicações, Lda..

GONÇALVES, Isabel (et al.) (s.d.) “O Estudante do Ensino Superior. A necessidade de Serviços de Aconselhamento Psicológico em meio universitário”, Lisboa, Núcleo de Aconselhamento Psicológico, Instituto Superior Técnico.

GONÇALVES, Óscar F. e CRUZ, José Fernando A. (1988) “A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano” in *Revista Portuguesa de Educação*, Vol. 1, N.º 1, pp. 127-145.

GRÁCIO, Sérgio (2001) “O sucesso e o insucesso escolar no Ensino Superior” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de, LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

HASSENFORDER, Jean (org) (1990) *Sociologie de l'éducation: Dix ans de recherches*, Paris, L'Harmattan.

HUMBERT, B. Pierre (dir.) (1992) *L'échec à l'école: échec de l'école?*, Geneve, Delachaux e Niestlé.

ITURRA, Raul (1990) *A Construção Social do Insucesso Escolar: Memória e Aprendizagem em Vila Ruiva*, Lisboa, Escher.

LAPEYRONNIE, Didier e MARIE, Jean Louis (1992) *Campus Blues: les étudiants face à leurs études*, Paris, Éditions du Seuil.

LOURENÇO, Clara Moura e FERRO, Maria Jorge (2001) “Universidade: que pedagogia, para que fins?” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de, LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

LOURENÇO, Luís e MENDES, Rui (2000) *Análise Geracional dos Abandonos no IST – uma problemática escolar*, Lisboa, Gabinete de Estudos e Planeamento, Instituto Superior Técnico.

LOWENBERG, June S. e DAVIS, Fred (1994) “Beyond medicalisation-demedicalisation: the case of holistic health” in *Sociology of Health and Medicine*, Vol. 16, N.º 5, pp. 579-599.

LUPTON, Deborah (1994) *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*, Londres, Sage Publications.

LUPTON, Deborah (1995) *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, Londres, Sage Publications.

LUPTON, Deborah (1997) “Foucault and the medicalisation critique” in PETERSEN, Alan e BUNTON, Robin (eds.) *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge.

MASEIDE, Per (1991) “Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice” in *Sociology of Health and Illness*, Vol. 13, N.º 4, pp. 545-561.

MAURITTI, Rosário (2002) “Padrões de vida dos estudantes universitários nos processos de transição para a vida adulta” in *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, N.º 39, pp. 85-116.

MILES, Agnes (1991) *Women, Health and Medicine*, Buckingham e Bristol, Open University Press.

NAP (2002) *Plano de Actividades 2002-2003*, Lisboa, Núcleo de Aconselhamento Psicológico, Instituto Superior Técnico.

NAVARRO, Maria Fernanda (1985) “A criança, o médico e a escola” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 3, N.º 1, pp. 41-44.

NAVARRO, Maria Fernanda e GRAÇA, Maria do Carmo Figueiredo (1985) “Saúde escolar, escola e rendimento escolar” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 3, N.º 4, pp. 15-17.

NETTLETON, Sarah (1998) “Inventing mouths: disciplinary power and dentistry” in JONES, Colin e PORTER, Roy (eds.) *Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body*, Londres, Routledge.

NICO, José Bravo (2001) “A adaptação do(a) estudante à Universidade: porque não também o contrário?” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de, LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

PAÚL, Constança e FONSECA, António M. (2001) *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.

PEREIRA, José Morgado (1987) “Será possível uma nova medicina?” in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, N.º 23, pp. 185-193.

PETERSEN, Alan e BUNTON, Robin (1997) “Introduction: Foucault’s medicine” in PETERSEN, Alan e BUNTON, Robin (eds.) *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge.

PINELL, Patrice e ZAFIROPOULOS, Markos (...) “La médicalisation de l’échec scolaire: de la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile” in *Actes de la Recherche Française*, pp. 22-49.

PUNCH, Keith F. (1998) *Introduction to Social Research. Quantitative and Qualitative Approaches*, Londres, Sage Publications.

ROSE, Nikolas (1998) “Medicine, history and the present” in JONES, Colin e PORTER, Roy (eds.) *Reassessing Foucault. Power, Medicine and the Body*, Londres, Routledge.

SANTOS, Luísa (2001) *Adaptação Académica e Rendimento Escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano*, Braga, Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino Aprendizagem, Universidade do Minho.

SAP (1997) *Fundamentação Teórica relativa à instituição de um Serviço de Aconselhamento Psicológico para os estudantes do IST*, Lisboa, SAP, SASIST, Instituto Superior Técnico, Vol.1.

SERRA, João Cunha (2001) “Para não desesperar” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de, LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira (1990), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Afrontamento.

SILVA, Tânia, CUSTÓDIO, Paulo, LOURENÇO, Luís, MENDES, Rui (2001) *Abandono Universitário: Estudo de caso no IST*, Lisboa, Gabinete de Estudos e Planeamento, Instituto Superior Técnico.

SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar (et al) (2001) “Análise do sucesso e insucesso na UTL” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de, LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

TAVARES, J. e SILVA, Isabel Huet (2001) “Sucesso académico no Ensino Superior” in SOUSA, R. Bruno de, SOUSA, Edgar de, LEMOS, Francisco, JANUÁRIO, Carlos (orgs) *III Simpósio – Pedagogia na Universidade*, Lisboa, Reitoria da Universidade Técnica de Lisboa.

TRIGO, Miguel (2000) “Modelos em saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 18, N.º 2, pp. 5-22.

TURNER, Bryan S. (1990) “The interdisciplinary curriculum: from social medicine to postmodernism” in *Sociology of Health and Illness*, Vol. 12, N.º 1, pp. 1-23.

TURNER, Bryan S. (1997) “Foreword: From governmentality to risk, some reflections on Foucault’s contribution to medical sociology” in PETERSEN, Alan e BUNTON, Robin (eds.) *Foucault, Health and Medicine*, Londres, Routledge.

WAITZKIN, Howard (1984) “The micropolitics of medicine: a contextual analysis” in *International Journal of Health Services*, Vol. 14, N.º 3, pp. 339-378.

WILLIAMS, Simon J. e CALNAN, Michael (1996) “The “limits” of medicalization?: modern medicine and the lay populace in “late” modernity” in *Social Science and Medicine*, Vol. 42, N.º 12, pp. 1609-1620.

WILLIAMS, Simon J. (2000) “Reason, emotion and embodiment: is “mental” health a contradiction in terms?” in *Sociology of Health and Illness*, Vol. 22, N.º 5, pp. 559-581.

WINTRE e SUGAR in SANTOS, Luísa (2001), *Adaptação Académica e Rendimento Escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano*, Braga, Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino Aprendizagem, Universidade do Minho.

ZOLA, I. K. (1975) “Medicine as an institution of social control” in COX, Caroline e MEAD, Adrienne (eds.) *A Sociology of Medical Practice*, Londres, Collier-Macmillan.

Pesquisa na Internet:

SPAZZIANI, Maria de Lourdes (2001) “A saúde na escola: da medicalização à perspectiva da psicologia histórico-cultural” in *Educação Temática Digital*, Campinas, Vol. 3, N.º 1, pp. 41-62.

<[www.http://143.106.58.49/etd/art05.pdf](http://143.106.58.49/etd/art05.pdf)>

