

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIA HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA JOVENS PRÉ-VESTIBULANDOS,
UTILIZANDO CICLO DE INTERVENÇÕES PSICOEDUCACIONAIS

Stephane de Paiva Freitas

SÃO CARLOS, SP
2020

STEPHANE DE PAIVA FREITAS

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL PARA JOVENS PRÉ-VESTIBULANDOS,
UTILIZANDO CICLO DE INTERVENÇÕES PSICOEDUCACIONAIS

Monografia apresentada ao Centro de Educação e Ciências Humanas de Psicologia e ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, para conclusão do curso de Psicologia.
Orientadora: Profa. Dra. Taís Bleicher

São Carlos

2020

Paiva Freitas, Stephane de

Promoção de saúde mental em jovens pré-vestibulando, utilizando ciclo de intervenções psicoeducacionais] / Stephane de Paiva Freitas — 2020.

83 f.

TCC (Graduação) – Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Tais Bleicher

Bibliografia

1. Políticas públicas. 2. Saúde mental.
3. Jovens pré-vestibulandos. I. Paiva Freitas, Stephane de. II. Título.

Promoção de saúde mental em jovens pré- vestibulando, utilizando ciclo de intervenções psicoeducacionais.

Tais Bleicher

Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Psicologia pela Universidade Federal de
São Carlos.

Aprovado em: 08/09/2020



Orientadora

Profa. Dra. Taís Bleicher
Departamento de Psicologia
Universidade Federal de São Carlos

Este trabalho é dedicado aos jovens que duvidaram e duvidam de suas capacidades devido a uma estrutura social falha e desigual, àqueles que o ensino superior parece um sonho distante e hoje faz-se presente. A todos que a educação libertou e àqueles que a educação ainda libertará e mostrará um caminho de possibilidades infinitas.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar as influências de intervenções psicopedagógicas na prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em jovens pré-vestibulandos de um curso pré-vestibular sem fins lucrativos da cidade de São Carlos, São Paulo. Participaram do estudo 2 estudantes de 18 anos.

Foi utilizada metodologia qualitativa e triangulação de métodos e dados para compreensão do fenômeno estudado. No primeiro encontro da intervenção houve aplicação do SRQ-20 (Self Report Questionnaire 20 - SRQ-20) para avaliar a presença de transtornos mentais comuns, resposta ao questionário sócio demográfico de criação própria e oferta da oficina psicoeducacional elaborada pela equipe do Programa de Capacitação Discente ao Estudo (ProEstudo) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) referente a planejamento das sessões de estudo e uso de agenda. Na semana seguinte foi realizado um grupo focal sobre depressão e ansiedade e após aproximadamente 45 dias foi realizada uma entrevista clínica semiestruturada e reaplicação do SRQ-20.

As análises dos dados obtidos pelas intervenções apontam para a indissociabilidade das dimensões sociais, culturais, financeiras dentre outras às questões de sofrimento psíquico no período pré-vestibular em jovens adultos. Em suma, esse sofrimento está relacionado às expectativas sociais e pessoais próprias, déficits educacionais, desenvolvimentais e ausência de uma educação superior universal, portanto, ligado a esfera psicossocial.

De modo geral não se pode afirmar que o aumento ou diminuição dos scores do SRQ-20 das participantes sofreu influência direta da intervenção, mas ambas citaram a intervenção com um dos mecanismos promotores de ensino e saúde mental quando somado a aulas específicas do pré-vestibular, religião, psicoterapia, podcasts etc. Por isso, destaca-se a importância de ampliar o número de participantes em estudos similares e posteriores.

Palavras-chave: *saúde mental, saúde coletiva, sofrimento psíquico, jovens pré-vestibulandos.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA.....	6
1.2 SOFRIMENTO PSÍQUICO	8
1.3 SOFRIMENTO PSÍQUICO EM JOVENS PRÉ-VESTIBULANDOS	14
1.4 INTERFACE SAÚDE-EDUCAÇÃO PARA PRÉ-VESTIBULANDOS	19
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
2.1 <i>Desenho geral da pesquisa</i>	23
2.2 INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO.....	24
2.2.1 <i>Questionário sócio demográfico</i>	26
2.2.2 <i>Escala de sofrimento mental comum (Self Report Questionnaire 20 - SRQ-20)</i> 26	
2.2.3 <i>Oficina psicopedagógica</i>	28
2.2.4 <i>Grupo focal.....</i>	29
2.2.5 <i>Diário de campo.....</i>	30
2.2.6 <i>Entrevista clínica semiestruturada</i>	31
2.3 PROCEDIMENTOS DE INTERPRETAÇÃO	32
3. ANÁLISE DOS DADOS	32
3.1 Descrição das participantes	33
3.2 Discussão dos dados.....	35
4. CONCLUSÃO	51
5. REFERÊNCIAS.....	53
6. APÊNDICES	59

INTRODUÇÃO

1.1. SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA

Hoje, no Brasil, o cuidado em saúde é assegurado pela Constituição Federal, do artigo 196 ao 200, como um direito garantido a todos pelo Estado. Isso é viabilizado pela oferta de políticas econômicas e sociais que primam pelo resgate desta no nível da coletividade de forma descentralizada, regional, hierarquizada e com participação popular (BRASIL, 1988).

No caso da Saúde Pública, sua atuação clássica é na epidemiologia tradicional, no planejamento normativo e na administração de inspiração taylorista, em abordagens caudatárias da clínica (SOUZA, 2015). Através dela, também se visa a redução do risco a doenças e outros fatores patogênicos de modo igualitário e universal à população (BRASIL, 1988).

No entanto, a percepção dos usuários da rede e até dos profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS - endossam críticas sobre a real concretização de seus valores na prática. A exemplo disso tem-se o estudo de Backes e equipe de pesquisadores (2014) que entrevistaram 28 profissionais de uma instituição conveniada ao SUS, da região central do Estado do Rio Grande do Sul. Segundo eles, o sistema hoje vigente é uma rede perfeita que figura-se como um plano de saúde exemplar para outros países, mas não funciona na prática em consonância com seus princípios. O principal ponto destacado é a dificuldade de acesso, a demora nos serviços, o não envolvimento de todos os profissionais com o sistema e a reclamação por si e não com vista a construção popular. Nesse sentido, para que seja possível pensar a Saúde Pública e efetivar o SUS, foi necessário o incremento de novos aportes teóricos ao campo da Saúde. Como um avanço em relação à Saúde Pública, apresenta-se o paradigma da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva pode ser conceituada e entendida como um campo de conhecimento interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a Epidemiologia, as Ciências Sociais em Saúde e o planejamento/administração de saúde (PAIM; ALMEIDA, 2000). O fomento das discussões acerca de seu campo de conhecimento teve início na década de 1950, mas tomou outros desdobramentos com Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014) ao final da

década de 1970. Nesse período, a criação da associação civil que representaria o campo – a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) – configurou-se como um marco para sua consolidação.

De modo geral, a Saúde Coletiva se firmou com nome e especificidades brasileiras, cercada pelo contexto de ditadura militar. Assim, desde o seu estabelecimento, ela esteve atrelada à luta pela democracia e ao movimento da Reforma Sanitária, o que viabilizou influências do preventivismo e da Medicina Social em sua constituição (OSMO; SCHRAIBER, 2015). Por isso, a premente importância do contexto nas questões relativas ao seu campo de conhecimento e, portanto, sua determinação científica definida social e historicamente.

Nesse sentido, um de seus pilares, o preventivismo, advindo da crise no campo da Medicina tradicional, veio fomentar e ressaltar as discussões acerca da prevenção e da necessidade de se recompor o entendimento biopsicossocial acerca do ser humano que fora fragmentado pelas especialidades. O movimento da Medicina Social vindo das décadas de 60 e 70, tem centralidade nas discussões acerca da valorização do social pelo entendimento de que é uma esfera de determinação dos adoecimentos e de possibilidade de Saúde, da promoção, prevenção das doenças e intervenção intersetorial. É fomentada, assim, uma alternativa ao olhar reduzido e compartimentalizado da biomédica pela compreensão da Medicina como ciência também social (VIEIRA; PAIM; SCHRAIBER, 2014).

Para tanto, busca-se o entendimento do conceito de Saúde como assunto societário direto, ou seja, como parte de uma associação entre diversos setores da sociedade. Por isso, a sociedade tem um papel crucial na proteção e seguridade da saúde de seus integrantes, devendo central consideração das condições sociais e econômicas como importantes fontes de impacto no processo de saúde e doença. Finalmente, os passos necessários para promoção de saúde e combate a doenças devem ser sociais e médicos em unidade (ROSEN, 1983).

O projeto de campo da Saúde Coletiva “se situa na tensão entre a crítica contracultural de ordem técnico-científica e a democratização dos modelos médico e sanitário cientificamente tradicionais” (SCHRAIBER, 2008, p. 14). Por isso, foi concebido em consonância com o compromisso de democratização,

com a luta pelos direitos humanos e sociais e, em suma, pela responsabilidade com o coletivo (DONNANGELO, 1983).

1.2 SOFRIMENTO PSÍQUICO

A forma como habitualmente vê-se e compreende-se o mundo e os fenômenos costuma ser dual: frio ou calor, noite ou dia, bom ou mal. Mas, essa forma de compreensão dos fenômenos se aplica a tudo? Poderia se aplicar ao campo do sofrimento, do bem-estar ou a ambos? Existiria, afinal, campos definidos nessa estrutura limitante?

O modelo de compreender fatos e procedimentos construído pelas civilizações antigas reflete nos dias de hoje. Os paradigmas dicotômicos definidos pelos conceitos de doença e saúde são um exemplo disso, e abrem margem para que infinitas colocações e questionamentos sejam feitas.

Esse processo sempre contou com uma premissa solidamente posta: tanto a saúde como a doença dão-se nos corpos, afetando-os de modo visível ou não, prejudicando-os ou mantendo-os ativos à vida. Essa visão para os povos antigos da Grécia pré e pós hipocrática exibia-se no entendimento de que as doenças ou alterações no corpo de uma pessoa eram ocasionadas por espíritos ou demônios maus, feitiçaria, perda da alma ou transgressão de alguma regra (SCLIAR, 2007 apud BLEICHER, 2015).

No entanto, com o avanço dos modos de produção e do conhecimento, tornou-se mais complexa a forma compreender tais fenômenos e, assim, eles se ampliaram. Na Grécia pré-hipocrática, por exemplo, as explicações míticas passaram a ser aplicadas também para entender e discorrer sobre o sofrimento psíquico e a loucura, instaurando com cada vez mais força uma moral regente para doenças em si e para seus tratamentos. Com base nesse modelo de compreensão, a pessoa estaria suscetível a possessões por deuses e homens especiais ou sagrados poderiam interceder pelos seus povos interrogando o cosmo a fim de saber causas, formas de intervenção e predição acerca da saúde (SAMPAIO, 1998 apud BLEICHER, 2015).

Daí se ampliaram conceitos, formas e influências atreladas às doenças. Elas já foram consideradas desequilíbrio entre elementos do corpo ou desequilíbrio de fatores ambientes em consonância com humores e paixões

presentes no ser humano, presença de algo maligno no corpo. As conceituações continuam acontecendo, mas o modelo de investigação proposto por Hipócrates naquela época influencia a racionalidade de compreensão sobre as doenças ainda hoje. A anamnese como prática investigativa, a observação dos indivíduos para propor leis gerais que expliquem fenômenos de saúde ou doença ilustram a lógica seguida (BERLINGUER, 1998).

Além disso, a responsabilização individual pela própria mudança no estado de saúde, reforçou a ideia de controle individual e, logo depois, de um controle social do Estado para com a população durante a idade média europeia. Assim, começou o enclausuramento de pessoas à margem da sociedade em asilos, muito motivada pela miséria provocada pela mudança nos modos de produção da época e pelo desejo de escondê-la. Como desdobramento desse período houve, especialmente, a partir da Idade Média, a interferência da Igreja sobre a saúde e a doença, bem como o julgamento acerca da loucura (FOUCAULT, 1975).

Ao longo da história, as concepções das duas premissas anteriormente citadas mudaram. A loucura, por exemplo, foi vista como uma alternativa plausível de racionalidade durante o Renascimento. Posteriormente, chegou a ser passível de exclusão social compulsória a partir do século XVII, em lugares reservados para pessoas rechaçadas da sociedade (FOUCAULT, 1975). Em decorrência de persistentes e volumosas denúncias, iniciadas no século XVIII, passam a ser questionadas estas internações compulsórias e para respaldar a defesa do fim da internação e da forma de assistência nestes asilos, teorias acerca da loucura foram desenvolvidas (DESVIAT, 1990).

A partir daí, surge a Psiquiatria, com o marco estabelecido pelo Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental de Philippe Pinel, em 1801, na França (PESSOTTI, 1994 apud BLEICHER, 2015). Com Pinel, a loucura é vista como um desvio, um excesso passível de ser corrigido pela mudança dos hábitos e da rotina, através da disciplinarização dos corpos, muitas vezes com violência física, para conter a imprevisibilidade e fúria atrelada ao quadro sintomatológico (FOUCAULT, 2006 apud BLEICHER, 2015).

Não por acaso, o tratamento criado por Pinel foi por ele denominado Tratamento Moral. De fato, embora carecesse de qualquer fundamentação científica, sua teoria teve grande influência em diversos países do mundo, na

tradição que se entende como Psiquiatria Francesa. É ela que fundamenta a representação social ainda largamente presente de que uma pessoa precisa do ambiente hospitalar e do isolamento para se tratar de um quadro psicopatológico.

Outros modelos foram propostos, no entanto. Em uma vertente biologicista, alguns careciam completamente de comprovação científica, como a Teoria da Degeneração de Morel; outros buscavam usar os mesmos modelos etiológicos e prognósticos dos outros ramos da Medicina, como o do médico alemão Kraepelin; e uma pesquisa pontual, a tese do francês por Bayle, conseguiu encontrar relações entre um quadro psicopatológico – a paralisia geral - e uma modificação anatômica das membranas cerebrais, o que poderia dar margem para a hipótese de que outros quadros também pudessem ter origem anatômica (BLEICHER, 2015).

Embora os paradigmas morais e biologicistas tenham maior preponderância até os dias atuais, muitos modelos alternativos foram propostos, de forma que a conceituação e o tratamento da loucura transitam por diversas concepções até termos o entendimento contemporâneo.

No século XX, intensificaram-se as críticas quanto ao modelo manicomial de atendimento por parte de movimentos variados que propunham mudanças no então modelo vigente. A princípio destacou-se o movimento de Higiene Mental nos Estados Unidos e na França, que tiveram grande contribuição de nomes como Clifford W. Beers e Edouard Toulouse, respectivamente (HUERTAS, 1995 apud BLEICHER, 2015). Nesse cenário, o higienismo foi caracterizado pela busca de um tratamento individualizado, destinado a toda comunidade, sem data prévia de término compulsório, educação das pessoas ao entendimento da doença mental, organização de uma assistência pós-manicomial e consolidação de bases científicas que orientassem a assistência de saúde (DESVIAT, 1999).

Com a criação, em 1909, do Comitê Nacional para Higiene Mental, nos Estados Unidos, grandes esforços foram feitos no sentido de prevenir a doença mental e o desajustamento decorrente desta. Para tanto, houve um grande incentivo à Psiquiatria para além dos ambientes hospitalares já habituados a ela, através do encorajamento de que essa ciência daria subsídios científicos para a vida contemporânea. As ações eram direcionadas especialmente às patologias sociais e de personalidade como alcoolismo, prostituição e delinquência (POLS, 1997 apud BLEICHER, 2015).

Esse foi um movimento antimanicomial importante. Seguiram-se a ele diversos outros na Europa e na América, a exemplo, o início das comunidades terapêuticas como cenários possíveis para a acolhida humanizada de doentes mentais (BLEICHER, 2015). Como desdobramento das práticas usadas nas comunidades, o modelo passou a ser valorizado e recomendado em 1953 pela Organização Mundial da Saúde como indicação de método terapêutico em substituição de hospitais psiquiátricos, devido às novas formas e condições de tratamento viabilizadas em prol da recuperação dos pacientes, vistos nesse modelo como pessoas capazes de produzir (DESVIAT, 1999).

Ao longo da história, outros movimentos entraram em pauta como a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Democrática, a Psiquiatria Comunitária ou a Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Alternativa ou a Psiquiatria Crítica, cada uma a sua maneira, repensando modelos vigentes de se conceber doença mental, desvio, normalidade e anormalidade, de entender a condição mental, tratá-la e acompanhá-la (BLEICHER, 2015).

Na contemporaneidade, outros questionamentos foram acrescentados. Por que a questão mental é concebida seguindo o mesmo modelo de compreensão positivista e organicista de órgãos-sistemas aplicado às doenças físicas tanto em animais como em humanos? São sabidas as dificuldades da aplicação desse modelo às doenças não infecto contagiosas e, na ânsia e tentativa de encaixar a questão mental à uma categoria, aplicou-se à das crônico-degenerativas, cuja diversidade de descrição, explicação e determinação são vastas (BLEICHER, 2015; ROUQUAYROL, 2006).

Mas então, como compreender saúde e doença? Há diversos pontos de vista. Para Christopher Boorse, filósofo da Biologia, por exemplo, a saúde necessita ser tratada apenas pela Fisiologia, devido à distinção entre saúde física e mental (BOORSE, 2004 apud BLEICHER, 2015). A concepção de Boorse, obviamente, aponta para o fato de não haver evidências científicas de que os fenômenos que costumam ser denominados de doenças mentais tenham etiologia orgânica. De qualquer maneira, do ponto de vista anatômico-fisiológico, a saúde estaria atrelada a um bom funcionamento corporal, do ponto de vista biológico, enquanto a doença seria o seu contrário. O que está em jogo, novamente, é uma perspectiva dual.

A crítica a esse modelo sustenta-se na prevalência de uma lógica dicotômica, apesar dos esforços para construção de um conceito amplo. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, por exemplo, a saúde é definida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e a doença seu oposto. Essa linha de compreensão abre margem para todo mal-estar ser passível de tratamento e, portanto, ser objeto da Psiquiatria, da Psicologia e da Medicina. Tal fato diverge de algumas teorias do psiquismo que entendem o mal-estar como inerente à condição humana, não sendo sempre patológico. Luto e tristeza são processos que ilustram certo mal-estar, mas são naturais e saudáveis para o enfrentamento de conflitos e condições humanas advindas da vida em sociedade e das relações humanas (BLEICHER, 2015; ORGANIZAÇÃO, 2020).

Ademais, outros modelos teóricos acerca do processo saúde-doença existem e podem ser diferenciados entre: modelos biomédicos, processuais e aqueles que remetem às Ciências Humanas. O primeiro entende o campo mental pelo viés da patologia, que estuda a engrenagem etiopatogênica da condição, e pela clínica médica, cuja ênfase situa-se nos sintomas, sinais e semiologia da doença mental. O segundo considera a doença um processo interativo advindo dos aspectos biológicos, sócio-econômico-cultural e psicológicos e abrange também o estudo dos conceitos de risco e fator de risco, importantes para o campo da Epidemiologia. O terceiro integra algumas das questões trabalhadas pelos modelos anteriores e acresce o campo psicossocial e cultural, defendendo que ambos incluem-se como instâncias de determinação da doença mental, dessa forma, a doença seria definida como um estado de alteração social da pessoa e, os dois processos, saúde e doença, seriam de formas distintas manifestações do processo vital (BLEICHER, 2015; ROUQUAYROL, 2006).

Para além de tais modelos, existe o campo da Atenção Psicossocial, que compreende o fenômeno do sofrimento psíquico não o reduzindo ao meramente biológico ou psicológico, mas, social. Nesse sentido, o sofrimento psíquico não pode ser pensado se não, também, a partir de uma perspectiva coletiva. Ele é entrecruzado pela materialidade devido ao fato de se manifestar em um corpo físico, mas emergir de diferentes fontes de afeto. Assim, o sofrimento psíquico perpassa contextos econômicos, políticos, ambientais, sociais, de socializações, possibilidades de cuidado e aspectos intangíveis materialmente. No tocante à

dimensão psíquica do sofrimento, adota-se, neste trabalho, a compreensão pautada pela Psicopatologia Fundamental.

A Psicopatologia Fundamental é uma vertente psicopatológica que nasce ao redor da figura de Pierre Fédida, no Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise da Universidade Paris 7. Fédida possui uma trajetória na Filosofia e na Fenomenologia e essa trajetória teve influência decisiva sobre o seu olhar para a Psicanálise. Inspirados por sua perspectiva, diversos pesquisadores, que no Brasil reúnem-se na Rede Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, remontam, então, à tradição filosófica para formular uma nova psicopatologia dedicada ao pático, ou seja, aquilo que é vivido e que é passível de se tornar experiência.

“Psicopatologia” literalmente quer dizer: um sofrimento, uma paixão, uma passividade que porta em si mesma a possibilidade de um ensinamento interno que não ocorre a não ser pela presença de um médico (pois a razão é insuficiente para proporcionar experiência). Como pathos torna-se uma prova e, como tal, sob a condição de que seja ouvida por um médico, traz em si mesma o poder de cura. Isso coloca imediatamente a posição do terapeuta. Pathos nada pode ensinar, pelo contrário, conduz à morte se não for ouvido por aquele que está fora (BERLINCK, 1998, p. 55).

Para a Psicopatologia Fundamental, não é o corpo, em si, que é doente. “Ele é natural. Por isso está sempre apto a ficar ou a cair doente, sendo possuído por algo que vem de longe e vem de fora, seja um vírus, seja uma crise psíquica” (BERLINCK, 1998, p. 55). Nesse sentido, a Psicopatologia Fundamental é o avesso da Psicopatologia Geral, que é um discurso sobre doenças, e não sobre sujeitos. Para a Psicopatologia Geral, seria como se houvesse uma doença, em si. Na perspectiva da Psicopatologia Fundamental, o aparelho psíquico seria um prolongamento do sistema imunológico. Portanto, Pathos é sempre somático, uma vez que ocorre no corpo, mas ele necessita ser escutado por alguém. O papel do terapeuta é o de escuta da reconstrução narrativa sobre o sofrimento.

Um psiquiatra, guiado pela Psicopatologia Geral, pode defender que os quadros psicopatológicos tenham origem no corpo, como, por exemplo, em desequilíbrios neuroquímicos (WHITAKER, 2017). Entretanto, na perspectiva da Psicopatologia Fundamental, quadros como neurose, perversão e psicose seriam manifestações da subjetivação diante de um excesso pulsional. (CECCARELLI, 2005; BLEICHER, 2008).

Esta compreensão sobre a constituição do aparelho psíquico está calcada na teoria psicanalítica de Freud e, a partir dela, caracteriza o psiquismo como organização formada para defender o ser humano de excessos, muito devido aos ataques internos e externos que colocam sua vida sob ameaça, tornando pessoas mais ou menos capacitadas a lidar com situações adversas internas como as pulsões e externas como as perdas e mudanças ambientais, que podem gerar a doença psíquica (CECCARELLI, 2005).

Pathos poderia, então, criar dor, mas, também, subjetivação. No humano, a dor adquire representação psíquica ao ser falada e, se pousa em uma escuta qualificada, torna possível ser convertida em experiência, elaboração. Ademais, hoje, tem-se valorizado a eliminação de toda e qualquer dor através de medicamentos e tratamentos rápidos em oposição ao contato com esta. O que não pode ser esquecido é que não é possível livrar-se da dor, pois ela faz parte do sentir e isto é inerente ao ser humano (CECCARELLI, 2005). Esse trabalho, portanto, dedica-se ao sofrimento psíquico como forma de sofrimento que se manifesta no corpo, não porque se creia que tenha uma origem biológica, mas porque este corpo é afetado pelo contexto material, relacional e social, muitas vezes sem encontrar quem lhe escute e, portanto, permita sua modificação subjetiva frente ao vivido.

1.3 SOFRIMENTO PSÍQUICO EM JOVENS PRÉ-VESTIBULANDOS

Os rituais de passagem remontam a tempos antigos e cumprem a função de assinar mudanças críticas na evolução de seus membros e instituições (OSÓRIO, 1989). Para o contexto de adolescência e vida adulta, tem-se uma marcada influência das ideologias judaico-cristãs na origem das instituições e formalidades que separam esses períodos. A princípio, destaca-se a escola, entidade responsável pelo treinamento, preparação e moralização de crenças e costumes da criança e de seus familiares (LÓPEZ, HERRERA, 2013).

Atualmente, o vestibular pode ser considerado um desses ritos e é caracterizado por ser um processo seletivo para o ingresso nas universidades que é obrigatório no Brasil. Ele é um marco da sociedade moderna que simboliza a entrada do jovem para o mundo adulto e do trabalho, dadas as proporções

sociais e culturais a que esse jovem está inserido (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2005; OSÓRIO, 1989).

Esse papel simbólico atribuído ao vestibular encontra respaldo notório na centralidade do capitalismo na maioria das sociedades. Com a vigência desse sistema econômico passou-se a difundir a crença de que o indivíduo pode tudo, incluindo, por exemplo, escolher uma profissão de interesse, sem esta, necessariamente, pertencer à ocupação hegemônica prévia de sua família. Essa estratégia encontra apoio na ideologia capitalista e nos mecanismos de coerção da sociedade para responsabilizar e camuflar as influências sociais determinantes na escolha de uma profissão e da possibilidade de, realmente, ter autonomia sobre essa decisão (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2005).

Hoje, apesar das várias opções para continuidade dos estudos ou inserção direta no mercado de trabalho no país, vê-se uma tendência dos jovens a escolherem profissões relacionadas a cursos tradicionais de graduação que requerem provas de vestibular para o ingresso, especialmente, os que conseguem terminar o nível médio. Esse fato está muito ligado ao histórico de valorização da educação superior e dos modelos profissionais que privilegiaram, desde a constituição de 1937, o ensino secundário propedêutico em oposição ao ensino técnico-profissionalizante. Ao longo do tempo, esse cenário passou por alterações e, ainda atualmente, é feita a tentativa de extinguir o estigma do ensino profissional como o de uma segunda classe através dos cursos tecnológicos (educação profissional de nível superior) (SPARTA; GOMES, 2005).

No entanto, por mais que haja um interesse notório pela educação superior pelos jovens, principalmente os de regiões urbanas, essa escolha é influenciada diretamente pelo tipo de escola que o aluno frequentou e pelo nível de escolaridade parental (SPARTA; GOMES, 2005). Em pesquisa realizada em Porto Alegre com 659 estudantes do terceiro ano do ensino médio de 8 escolas públicas e particulares da cidade, pelos autores citados, constatou-se relação significativa na escolha de prestar a prova de vestibular e ingressar no curso pré-vestibular ao final do ensino médio por alunos filhos de pais com ensino superior ou médio se comparado a filhos de pais com ensino fundamental. O segundo grupo indicou em maior proporção o desejo de realizar curso profissionalizante e ingressar no mercado no mercado de trabalho ao se formar.

Portanto, mesmo sendo um estímulo externo, o vestibular agrega expectativas não só próprias dos jovens, mas familiares e sociais, caracterizando-se como fenômeno estressor (PIMENTEL-SOUZA et al, 1997). A pressão psicológica para ingressar em determinado curso ou de conseguir uma vaga no ensino superior pode ser contínua e causar uma sobrecarga excessiva na vida dos estudantes (PAGGIARO; CALAIS, 2009).

Ademais, há de se ponderar que, para algumas parcelas da sociedade, a centralidade do vestibular e suas implicações na vida do jovem não estão postas. A Antropologia indica que a adolescência se difere em sua significação, implicação e duração de acordo com países e momento históricos. Em um mesmo país, essa situação também é muito diversa, de acordo com as regiões e as condições sociais da família do jovem. Uma narrativa acerca disso pode ser ilustrada pela história de um jovem que mora com seus pais após os 20 anos, não trabalha e mesmo assim está mais inclinado à adolescência do que à vida adulta, enquanto crianças da mesma localidade e temporalidade iniciam o trabalho e assumem responsabilidades de cuidado e sustento da família ou o seu próprio sem nenhum rito de passagem entre infância e maturidade (DESVIAT, 2011).

Analisando, então, recortes sociais em que o vestibular possui considerável valorização, vê-se que o momento de transição viabilizado pela ruptura com o ensino médio, pode vir acompanhado do medo do fracasso, de escolhas malfeitas, de angústia quanto a responsabilidade da escolha e conquista da vaga, o que causa um desconforto constante. Além disso, a coerção dos familiares quanto à obrigação de obter sucesso é um agravante para a instabilidade emocional desses jovens (PAGGIARO; CALAIS, 2009).

Na puberdade, o jovem experiencia mudanças significativas interna e externamente, seus hormônios e seu corpo indicam que não é mais criança. No entanto, ainda não é adulto, há oscilação em suas identificações e valores (NASIO, 2012 apud DESVIAT, 2011). A construção de sua subjetividade é elevada à condição central nesse momento e as heranças imprimidas pela sociedade e pela cultura, as utopias que rondam o imaginário social do entorno desse jovem e as crenças que suportam sua identidade aguçam a sensação de incompletude, da falta de algo (DESVIAT, 2011). Os projetos de vida e as expectativas tornam-se questões centrais e delicadas, mesmo sem pressões

externas. Por isso, esses fatores podem gerar manifestações psicológicas e físicas intensas nos candidatos ao vestibular, como dificuldade de concentração, inquietação, dores de cabeça e musculares, tonturas (D'AVILA, 2003).

Esse clima de constante tensão e coação, está associado ao aparecimento dos quadros de ansiedade generalizada e outros quadros psicopatológicos, durante esse período. Isso ocorre também porque, normalmente, há uma mudança radical no estilo de vida desses jovens. De acordo com a pesquisa realizada por Rodrigues e Pelisoli (2008), os hábitos de vida de 90,5% dos vestibulandos participantes sofreu modificações, principalmente, relacionado a socialização com amigos, relacionamento com a família, padrão de sono, atividade física e alimentação.

No entanto, destaca-se, pela pesquisa de Perियो, Nascimento e Carniatto (2010) com alunos de 16 a 19 anos, que, já no Ensino Médio, os jovens vivenciam alterações semelhantes tanto pela obrigatoriedade de optar por uma profissão que acreditam ter que exercer para o restante da vida, tanto por estarem vivendo conflitos ligados a sua identidade e ajustamento ao futuro.

O vestibular coincide com um período turbulento do desenvolvimento e, em meio à massiva preparação ao longo do ano para uma ou algumas provas decisivas que nortearão o rumo da sua vida, é possível perceber diversos níveis de desamparo aos quais esse grupo social está submetido. O pré-vestibulando, principalmente aquele que saiu da escola pública, sofre defasagens estruturais da educação, de superlotação em sala de aula, de conteúdos mal vistos, de uma exigência mínima, de carência em suporte psicológico. Ele chega a um curso pré-vestibular em uma relação muito desfavorável em relação aos alunos de escolas particulares, que, em maioria, precisariam de uma revisão intensiva ou domínio quase excelente dos conteúdos para conquistar vagas em graduações extremamente concorridas e não da aprendizagem e aprofundamento de inúmeros conteúdos, como costuma acontecer com o primeiro grupo (PRADO, 2017).

A ausência de uma categoria de “pré-vestibulando” oficial (estudantes de cursinho pré-vestibular e, nesse caso, sem vínculo escolar) acarreta uma ausência de discussão sobre os direitos de Educação e Saúde desse grupo, de suporte psicológico, de auxílios, de acesso a cursos pré-vestibulares públicos e gratuitos assegurados por lei.

A falta de disponibilidade de recursos internos e externos para defrontar essa situação estressora propiciada pelo elevado nível de exigência das provas do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e de outros vestibulares e, por conseguinte, da preparação para realizá-los, pode ser gatilho para o início ou agravamento de quadros psicopatológicos como depressão e ansiedade (ZANINI; FORNS; KIRCHNER, 2005).

Em termos teóricos, a ansiedade com o medo e o pânico são emoções relacionadas à presença de ameaça. É uma emoção ligada a avaliação de risco em ocasiões em que o perigo é incerto (GRAEFF, 2007). O estado ansioso gera uma série de reações fisiológicas referentes à emissão de comportamentos de luta ou fuga, diante da situação ameaçadora (CAMINHA, 2004). Os sintomas podem ser dores abdominais, musculares, nos membros, nas costas, cefaleias, fadiga, sudorese excessiva, tremores, tonturas e desmaios, dormência, incapacidade de relaxar; medo que aconteça o pior, palpitação ou aceleração do coração, sensação de sufocação, medo de perder o controle (BRITO, 2011).

Em termos clínicos, a ansiedade é um dos quadros psicopatológicos com custos individuais e sociais mais altos para a sociedade em termos de assistência, demonstrando sua importância no âmbito da Saúde Pública (ANDREATINI *et al.*, 2001). Os quadros ansiosos atingem todas as classes socioeconômicas em todo o mundo. Com predomínio em mulheres e em indivíduos acima de 18 anos, a ansiedade é uma condição associada a fatores genéticos, ambientais e relacionada a experiências sofridas (ARAÚJO *et al.*, 2007).

Discute-se sobre a ausência de levantamentos epidemiológicos nacionais sobre a saúde dos estudantes brasileiros. Se essa realidade existe mesmo para as Universidades e Institutos Federais, que contam com um programa próprio de Assistência Estudantil (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016), a ser detalhado na próxima seção, no caso dos estudantes pré-vestibulandos, isso é ainda mais grave, uma vez que não contam com nenhum tipo de atenção nacionalmente organizada. Assim, utiliza-se de pesquisas pontuais para acenar para evidências de sofrimento psíquico em estudantes pré-vestibulandos.

Uma pesquisa que pode ser citada e que corrobora com a necessidade de alerta para a questão é a realizada por Rodrigues e Pelisoli, em 2008, que verifica a prevalência de ansiedade em alunos vestibulandos de Porto Alegre.

Participaram 1046 estudantes, sendo 62% mulher e 38% homens. O método consistiu na aplicação de um questionário sociodemográfico e a escala BECK de ansiedade. Os resultados indicaram alto índice de ansiedade (moderado e grave) em 23,5% dos estudantes, sobretudo, do sexo feminino. Houve uma prevalência de sintomas ansiosos para os candidatos aos cursos de Publicidade e Propaganda, Farmácia, Medicina Veterinária, Medicina e Odontologia. Também foi constatada a mudança nos hábitos de vida de 90,5% dos participantes, sendo os principais: vida social com amigos (78,4%), sono (73,2%), atividade física (71,7%), alimentação (47,7%), relacionamento familiar (47%) e namoro (45,3%). Os motivos mais citados como desencadeadores da ansiedade foram: a sensação de obrigação de prestar vestibular e o fato de considerá-lo como algo decisivo em sua vida. Assim, a habilidade de manejar o estresse e a ansiedade são elementos importantes para o sucesso no vestibular, muitas vezes mais do que os conhecimentos e a habilidade acadêmica (CALLAIS *et al.*, 2003).

Além disso, a literatura mostra que outro fato decisivo para contribuir com o estresse durante essa fase é a deficiência em habilidades sociais. Furtado, Falcone e Clark (2003) analisaram as fontes de estresse que existem no curso de graduação em Medicina para os alunos, bem como a relação entre os níveis de estresse e as habilidades de seu estudo dos participantes. Ao total, foram 178 alunos - 105 mulheres e 73 homens - do primeiro ao sexto ano do curso de medicina. A avaliação de estressores foi feita pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL - e, para verificar as habilidades sociais, o Inventário de Habilidades Sociais - IHS. Os resultados indicaram que, durante a graduação, os estudantes ficam expostos a diversas situações geradoras de estresse. A ausência ou déficit de habilidades para enfrentar essas situações pode influenciar seu desempenho acadêmico, sua saúde e seu bem-estar psicossocial.

1.4 INTERFACE SAÚDE-EDUCAÇÃO PARA PRÉ-VESTIBULANDOS

De acordo com as informações divulgadas pelo Ministério da Educação – MEC, com base nos dados do censo da educação superior de 2010, houve um

aumento de 110% no número de matriculados em cursos de graduação e formação (REDAÇÃO, 2011).

Algumas hipóteses para esse aumento estão atreladas às ações e programas do Plano de Desenvolvimento da Educação, viabilizadas durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva com mais expressividade a partir de 2006 (HERING, 2012). Sob o encargo do então ministro da Educação Fernando Haddad, o plano previa como objetivo harmonizar a educação com os objetivos fundamentais da República, estipulados pela Constituição Federal de 1988 que prevê a construção de uma sociedade livre, solidária e justa, garantidora de desenvolvimento nacional, capaz de erradicar a pobreza e a marginalização, reduzir as desigualdades sociais e regionais para promoção do bem de todos, sem preconceitos de raça, origem, sexo, cor, idade e demais formas de discriminação. Seguindo esses princípios buscou-se democratizar o acesso ao ensino superior através dos programas PROUNI e FIES e reestruturar e expandir universidades federais através dos programas REUNI e PNAES com vistas a construção de uma autonomia cidadã, pela inclusão e pelo respeito a diversidade (BRASIL, 2008).

Para incentivar o acesso ao Ensino Superior privado alterou-se o mecanismo de financiamento do estudante, através do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES) que compatibiliza de modo integral com o programa de bolsas viabilizado no Programa Universidade para Todos (PROUNI). Ambos os sistemas viabilizaram e continuam permitindo a entrada de estudantes de baixa renda em instituições privadas. Outra variável importante foi a aprovação, em 2012, do projeto de lei que institui a reserva de 50% das vagas de universidade públicas a alunos de escola pública. Dentro desse percentual, ainda há garantia de metade das vagas para estudantes cuja renda familiar per capita é de até um salário mínimo e meio e reserva de vagas para pretos, pardos e indígenas, de acordo, com o percentual destes grupos nos estados, conforme os dados do IBGE (HERING, 2012).

O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI, instituído em 2007, trabalhou voltado à expansão democrática do acesso ao ensino superior para aumentar o número de estudantes de camadas sociais de menor renda na universidade pública e melhorar os indicadores das instituições federais. Para este fim, articularam-se

investimentos e revisões em prol da ampliação de vagas nos cursos de graduação e de vagas noturnas, enfrentamento da evasão, estímulo à inovação tecnológica e pedagógica com vistas à redução das desigualdades sociais (BRASIL, 2007).

Somada ao aumento das oportunidades de ingresso ao ensino superior por alunos de escolas públicas e de baixa renda, à facilidade de acesso à prova do vestibular que, hoje, foi quase totalmente unificada pelo ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio, à variedade de opções de cursos, a interiorização do campus das universidades públicas e a ampliação de institutos federais que ofertam formação técnica, vê-se um encorajamento dos estudantes de baixa renda a ingressarem no ensino superior, uma vez que possuem chances reais.

Nesse momento marcadamente encorajador ao ingresso no Ensino Superior proporcionado pelas políticas de Educação do governo Lula, houve um crescimento do contingente de pré-vestibulandos (estudantes de cursinho pré-vestibular sem vínculo escolar). O aumento de concorrentes por vaga, aliado ao aumento progressivo da exigência das provas ano após ano, viabilizaram uma competição extremamente acirrada, na qual o resultado não depende apenas do esforço do vestibulando, mas, também, do desempenho dos outros candidatos (ROMERO, 2008).

A pressão psicológica para ingressar em determinado curso ou de conseguir uma vaga no ensino superior é contínua e causa uma sobrecarga excessiva na vida dos estudantes. Esse momento de transição vem acompanhado de medo do fracasso, de escolhas malfeitas, de angústia quanto a responsabilidade de escolha e conquista da vaga, podendo gerar um desconforto constante. Além disso, a coerção dos familiares quanto a obrigação de obter sucesso é um agravante para a instabilidade emocional desses jovens (CALAIS; PAGGIARO, 2009).

Nesse sentido, questiona-se a validade das ações de incentivo à educação pública e privada. É possível notar que as políticas públicas de Educação para esse contexto não acompanharam, de forma ampla, as demandas do novo público que carece, também, de políticas públicas de Atenção Psicossocial.

O pré-vestibulando está majoritariamente desassistido pelas instâncias governamentais, diferentemente dos universitários, que têm a seu favor o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, que viabiliza a permanência de alunos de baixa renda em instituições federais públicas e assegura direitos atrelados a assistência à moradia estudantil, alimentação, transporte, à saúde, inclusão digital, cultura, esporte, creche e apoio pedagógico (BRASIL, 2010).

Para o primeiro grupo, é possível ter acesso à carteira de estudante emitida pela União Nacional dos Estudantes - UNE - que garante vantagens e descontos a estudantes em cinema, teatro e eventos culturais. No entanto, é preciso que a instituição de ensino seja reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC - e isso, exclui a parcela de alunos que frequenta cursos pré-vestibulares comunitários e filantrópicos não autenticados pelo MEC. Outra problemática refere-se ao valor de R\$35,00 a ser pago pela carteira disponível pela UNE, uma vez que pode ser inacessível a uma grande parcela do público socialmente vulnerável (UNE, s/d).

Em parte, sua situação pode ser semelhante a um limbo, no qual todo o contexto propicia o aparecimento e o agravamento de ansiedade generalizada e suas ramificações mais graves como síndrome do pânico e depressão. Por isso, é de extrema necessidade que se discuta a necessidade de implantação de políticas públicas voltadas a promoção de saúde e prevenção de psicopatologias em pré-vestibulandos (ROMERO, 2008).

Essa demanda se alinha ao campo da Saúde Coletiva por entender o processo de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento como parte de determinantes estruturais que devem ser trabalhados por intervenções intersetoriais (SOUZA, 2015). Dessa forma, considera-se complexa a necessidade dos pré-vestibulandos em razão da transição fluida entre os campos da Educação e da Saúde. No entanto, as políticas direcionadas à promoção da Saúde no âmbito da Educação ainda não amparam de forma eficiente a oferta de serviços no setor social, aquele responsável pelo fomento de mudanças ambientais e de atitudes que gerem saúde fora do campo estritamente biológico (CARVALHO; PEREIRA, 2006).

Diante do exposto neste capítulo, compreende-se que não é possível pensar o fenômeno do sofrimento psíquico em estudantes pré-vestibulandos

sem levar em consideração as políticas públicas de Saúde em diálogo com a Educação. Os quadros psicopatológicos dos estudantes também não podem ser reduzidos à dimensão biológica, como na Psicopatologia Geral, uma vez que há fortes evidências de que os seus determinantes são, sobretudo, sociais, desenvolvimentais e educacionais. Esse estudo, portanto, busca avaliar as influências de intervenções psicoeducacionais sobre o sofrimento psíquico dos estudantes, através de uma reconstrução discursiva prática mediada pela pesquisadora. A experiência pode apontar para intervenções passíveis de serem aplicadas em uma política pública de Atenção Psicossocial voltada aos pré-vestibulandos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 DESENHO GERAL DA PESQUISA

O presente estudo teve como objetivo avaliar as influências de intervenções psicopedagógicas na prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em jovens pré-vestibulandos com idades entre 16 e 25 anos. Para isto, realizou-se um ciclo de intervenções, com o objetivo de promover saúde mental pela aquisição de informação sobre a temática e desenvolvimento de estratégias mais saudáveis de estudo e organização da rotina semanal. A faixa etária escolhida considerou a redução da idade dos alunos no pré-vestibular, em comparação com a faixa etária do mesmo público há 30 anos (DINO, 2018).

Foi feito contato e um convite formal ao ensino médio e pré-vestibular Colégio Caaso para participação institucional na pesquisa, devido a sua alta taxa de alunos provenientes de escolas públicas no curso pré-vestibular e por não possuir fins lucrativos. A autorização foi concedida e, posteriormente, fez-se o convite de participação aos alunos. A pesquisadora foi, presencialmente, ao pré-vestibular e realizou uma breve explicação acerca do projeto e elucidação de possíveis dúvidas. Foram convidados 56 estudantes do período matutino das turmas de pré-vestibular, 5 alunos manifestaram interesse em participar e, ao final, apenas 2 alunas participaram de todo o ciclo de intervenções. Ambas possuíam 18 anos. Atribui-se a baixa adesão ao ciclo de intervenções a sobrecarga à qual os estudantes pré-vestibulandos estão submetidos. Embora

ainda existam poucos estudos sobre esse público, dados de Rodrigues e Pelisoli (2008) sobre pré-vestibulandos da cidade de Porto Alegre apontavam que 90,5% deles relataram que o vestibular alterou seus hábitos de vida, no que tange às amizades, ao sono, às atividades físicas e aos namoros. É possível que o oferecimento de um ciclo de intervenções possa ser encarado como uma atividade a mais para sobrecarregar o pré-vestibulando, e não como uma atividade que possa melhorar a sua condição.

Para a coleta e a análise do material encontrado, foi utilizada a triangulação de dados e métodos, tanto quantitativos quanto qualitativos, a fim de compreender o fenômeno estudado em sua complexidade e singularidade, considerando a interdependência entre as perspectivas objetivas mais quantificáveis e as subjetivas de interpretação da vida (HAGUETTE, 1987; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). As múltiplas estratégias de pesquisa viabilizaram a apreensão das dimensões qualitativas e quantitativas acerca do objeto de estudo, conferindo-lhe representatividade ao que tange as informações qualitativas e clareza em relação a magnitude, abrangência dos dados quantitativos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Foi utilizada a análise de conteúdo temática, conjunto de técnicas e saberes que visa a análise das comunicações através de processos ordenados e objetivos de descrição do conteúdo das falas e de indicadores de modo a possibilitar a inferência e compreensão das condições de criação/admissão dessas mensagens (BARDIN, 2011). Essa análise foi usada para examinar as observações feitas pela pesquisadora, os conteúdos do grupo focal e da entrevista clínica semiestruturada, buscando analisar o material para classificá-lo em categorias ou temas pertinentes, visando o entendimento dos aspectos encobertos nos discursos e compreensão dos dados (SILVA; FOSSÁ, 2015). Dessa forma, foi realizado exame de determinados núcleos de significação como temas mais frequentes (repetição e reiteração), carga emocional, teor enfático de uma fala ou conjunto de falas, contradições explícitas, entre outros (AGUIAR; OZELLA, 2006).

2.2 INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

A intervenção proposta possuía o seguinte formato:

1º) Encontro	Lista de participantes, resposta ao questionário socioeconômico, aplicação do SRQ-20, oferta da oficina psicopedagógica sobre planejamento das sessões de estudo e uso de agenda e entrega do cronograma das intervenções relatando quais serão as atividades dos próximos encontros.
2º) Encontro	Lista de participantes, grupo focal sobre causas e gatilhos biológicos e sociais de ansiedade e depressão.
3º) Encontro	Lista de participantes, grupo focal contextualizando saúde mental no contexto do pré-vestibular.
4º) Encontro	Lista de participantes, grupo focal sobre fatores protetivos de ansiedade e depressão.
5º) Encontro	Lista de participantes, grupo focal sobre orientações de como enfrentar e minimizar os sintomas.
6º) Encontro	Lista de participantes, grupo focal sobre serviços especializados em prevenção e cuidado de saúde mental.
7º) Encontro (após 30 dias)	Lista de participantes, aplicação do questionário SRQ-20 novamente, agendamento de entrevista clínica semiestruturada com cada um dos participantes.
8º) Encontro	Entrevista clínica semiestruturada e individual.
9º) Encontro	Entrevista de devolução verbal caso o participante possua interesse. Esse encontro seria marcado conforme a disponibilidade da pesquisadora e do interessado.

Devido à baixa adesão de participantes e disponibilidade para comparecer a todos os encontros, foi reduzido a 3 os momentos da intervenção, sendo eles:

- Encontro 1 (10/09/19): resposta ao questionário socioeconômico, aplicação do SRQ-20 e oferta da oficina psicopedagógica sobre uso de agenda e planejamento das sessões de estudo com as participantes.
- Encontro 2 (17/09/2019): grupo focal cuja temática permeou os temas anteriormente propostos.

- Encontro 3 (15/11/2019): aplicação do questionário SRQ-20 novamente e entrevista clínica semiestruturada.

Não foi realizada entrevista verbal de devolução pela ausência de demanda das participantes.

O critério de inclusão da pesquisa foi assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), possuir entre 16 e 25 anos e cursar o pré-vestibular, participar de todas as atividades propostas na intervenção, ter concluído ou estar cursando o ensino médio.

O critério de exclusão foi não aceitar participar da pesquisa, possuir idade abaixo de 16 anos ou superior a 25 anos, não participar de todas as atividades propostas na intervenção, não saber ler e interpretar textos.

2.2.1 Questionário sócio demográfico

O questionário criado teve como objetivo levantar informações sócio demográficas dos alunos pré-vestibulandos participantes do estudo e foi o primeiro instrumento aplicado, em 10/09/2019. O material desenvolvido se propôs coletar os seguintes dados:

a) Identificação: nome, idade, data de nascimento, sexo, gênero, orientação sexual, naturalidade, nacionalidade, etnia e cor da pele, classe social segundo auto declaração de renda, estado civil, religião, escolaridade, ocupação, escola ou curso pré-vestibular que frequenta, meio de transporte utilizado para ir às atividades, informações sobre os pais ou responsáveis (idade, escolaridade, profissão, estado civil, caracterização da relação com eles).

b) Condição de saúde e antecedentes clínicos: uso de medicações diversas, uso de medicação psicotrópica, deficiência física ou mental, número de internações médicas ou tratamentos médicos, incluindo psicológico ou pedagógico.

2.2.2 Escala de Sofrimento Mental Comum (*Self Report Questionnaire 20 - SRQ-20*)

A Escala de Sofrimento Mental Comum - ***Self Report Questionnaire 20*** - foi usada para avaliar a existências de transtornos mentais não psicóticos e foi respondida pelas duas participantes da pesquisa após o questionário sócio demográfico, figurando-se como segundo instrumento aplicado no dia 10/09/2019. A escala foi reaplicada após 48 dias do segundo encontro da intervenção e teve como objetivo avaliar a permanência ou diminuição dos sintomas relatados na primeira observação.

O instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com vista à investigação acerca da saúde mental de indivíduos de países em desenvolvimento, em razão dos impactos que os problemas de saúde podem gerar nessa população (ARAÚJO; OLIVEIRA; SANTOS, 2009). O instrumento é utilizado com frequência no campo da atenção primária na investigação de transtornos mentais comuns – TMC - em trabalhadores e seu uso no contexto da pesquisa em questão foi considerado pertinente devido à similaridade entre elementos que envolvem o estudo intensivo e o trabalho. A semelhança entre ambos se dá pelo caráter de ocupação integral, ao longo período despendido e sua centralidade no cotidiano da população alvo.

Por transtornos mentais comuns entende-se, segundo Goldberg e Huxley (1992), os estados não psicóticos como, por exemplo, dificuldade de concentração, fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento e sintomas somáticos. Para confirmação de TMC o indivíduo deve somar um total de sete ou mais itens assinalados com sim no instrumento. Embora essa monografia não trabalhe com a nomenclatura “transtorno”, uma vez que não utiliza a epistemologia psiquiátrica para efeitos de análise dos dados desta escala, adotar-se-á as mesmas nomenclaturas a ela vinculadas.

A escala foi feita de modo a considerar aspectos e sintomas referentes a fragilidades na saúde mental e os itens são separadas por núcleos de análise e investigação, sendo eles: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. São no total 20 questões nas quais 4 abordam questões físicas e 16 questões psicoemocionais, cujas respostas possuem as alternativas sim/não para cada item. O estabelecimento da nota de corte foi feito com base na determinação da sensibilidade, especificidade e dos valores preditivos positivos e negativos em outros modelos (MARI; WILLIANS, 1986).

Para fins de interpretação, foi utilizado o manual padrão do instrumento que indica a pontuação igual ou superior a 7 pontos positivos como indicativo de transtorno mental comum (TMC).

Estudos de validade no Brasil como o desenvolvido por Araújo, Oliveira e Santos (2009), mostram que os valores de coeficientes de consistência interna do SRQ-20 são baixos se analisados isoladamente, no entanto, argumenta-se que tal fato ocorre devido à multidimensionalidade dos transtornos mentais, que não podem ser determinados por relações uniformes entre todos os itens da escala. Comprova-se assim que ao avaliar de modo global as questões, o indicador geral de consistência interna atinge o resultado adequado à validação do instrumento, por isso, a importância de usar todos os itens do SRQ-20 e analisá-los de forma global. O instrumento é traduzido, testado e validado em populações brasileiras da zona urbana (GUIRADO; PEREIRA, 2016).

2.2.3 Oficina psicopedagógica

No dia 10/09/2019, foi realizada uma oficina psicoeducacional sobre planejamento das sessões de estudo e uso de agenda, sendo a última etapa do primeiro encontro da intervenção. O material foi desenvolvido pela equipe do Programa de capacitação discente para o estudo da Universidade Federal de São Carlos - **ProEstudo UFSCar**. O **ProEstudo** é uma iniciativa que busca desenvolver competências para estudar por meio de técnicas comportamentais. Neste projeto, a pesquisadora responsável pela aplicação da oficina foi membro ativo por 2 anos, participando de inúmeras capacitações.

O encontro teve duração de 90 minutos, foi utilizada uma apresentação em powerpoint como material de apoio para discussão dos conteúdos teóricos e visualização de exemplo práticos. Houve entrega de folhas de planejamento semanal para a realização de atividade prática durante a oficina e, posteriormente, para uso pessoal.

A oficina apresentou conteúdos teóricos sobre tipos de agenda e suas funcionalidades, adaptação do melhor modelo para cada tipo de demanda do aluno e uso adequado; planejamento de atividades na agenda e das sessões de estudo considerando aspectos como períodos livres, quantidade de conteúdo, horário de melhor rendimento, tempo disponível para estudo, intervalos,

afinidade e dificuldade com a disciplina e importância do tópico para a prova e/ou curso de interesse. Ao longo da oficina foram realizadas atividades considerando os aspectos teóricos abordados de modo a integrar teoria e prática, além de utilizar demandas particulares das alunas para debater dúvidas.

2.2.4 Grupo focal

A técnica do Grupo Focal “busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços” (TRAD, 2009, p. 780). A realização do grupo focal teve como objetivo reunir relatos e opiniões através da interação entre as participantes no contexto de grupo, a fim de propiciar a possibilidade de reflexões e problematizações acerca de uma ideia, gerando novas concepções e agregando informações detalhadas sobre um assunto específico (BACKES *et al.*, 2011).

No dia 17/09/2019, segundo encontro da intervenção, foi realizado um grupo focal que abordou os seguintes temas previamente delimitados: causas e gatilhos biológicos e sociais da ansiedade e da depressão, contextualização sobre saúde mental no contexto do pré-vestibular, fatores protetivos da ansiedade e da depressão, orientações de como enfrentar e minimizar os sintomas, serviços especializados em prevenção e cuidado em saúde mental. Este grupo focal foi conduzido pela pesquisadora, cuja responsabilidade foi guiar o encontro no sentido de direcionar as discussões abarcando os assuntos desejados, viabilizar a participação das duas participantes de modo igualitário e, por fim, ofertar informações sobre ansiedade e depressão de acordo com os eixos abordados. O último objetivo não se caracteriza como atividade necessária a um grupo focal, no entanto, as alunas pediram para que fosse incluído um momento teórico em que os temas pudessem ser discutidos de modo conceitual.

Além disso, foi incumbido à pesquisadora a preparação dos materiais necessários ao grupo focal: guia temático sobre os tópicos importantes de cada eixo e resumo dos objetivos do encontro. O critério de encerramento foi de tempo, no máximo 100 minutos, tendo duração de 85 minutos.

As limitações da técnica consistem na interferência dos juízos de valor da pesquisadora quanto à interpretação e análise dos dados e o perigo de que as

discussões sejam dominadas por poucos participantes e fujam do tema proposto, o que acarretaria deturpação dos dados em certa medida (BACKES et al., 2011). De fato, durante o grupo focal foi percebida maior participação de uma das participantes, o que já havia acontecido durante a oficina psicoeducacional. Durante todo o grupo foi estimulado o envolvimento da outra aluna através de perguntas direcionadas como “o que você pensa sobre esse tópico?” e indicações sobre a pertinência de suas reflexões e opiniões para enriquecimento do grupo. Ao decorrer do encontro a participante que se mostrava mais objetiva e resistente a iniciar as falas passou a contribuir mais com a discussão, ainda assim, de maneira menos expressiva. Em relação ao viés de análise da pesquisadora, todo o material da monografia foi debatido com sua orientadora, de forma a diminuí-lo.

Para compreensão dos produtos do grupo focal foi realizada análise de conteúdo de eixos temáticos descritos na seção de análise de dados.

2.2.5 Diário de campo

O registro de informações via diário de campo permite sistematizar procedimentos investigativos para enriquecer e melhorar a análise dos dados. Ao oportunizar o monitoramento do procedimento de observação no campo de pesquisa, o instrumento dá a possibilidade de organização, análise e interpretação das informações coletadas (BONILLA, RODRÍGUEZ, 1997).

Somado a isso, a técnica enseja o enriquecimento da vinculação teoria-prática ao permitir associação direta entre as atividades desenvolvidas no trabalho de campo com o saber conceitual. Essa relação direta é capaz de viabilizar uma análise mais sistêmica em que as informações do trabalho de campo são compreendidas com profundidade e mais contexto, tendo assim um encadeamento recíproco (MARTÍNEZ, 2007).

Para tanto podem ser usadas as seguintes formas de sistematizar a observação o registro: descrição, argumentação e interpretação. Na primeira, é feito o trabalho de detalhar o contexto, as relações e situações dos sujeitos nele e sua vida cotidiana, estabelecendo a relação dessas partes com a situação de estudo. Na argumentação, aprofunda-se a tarefa de relacionar as situações do item anterior com base nas teorias possíveis para compreensão do objeto de

estudo. Por fim, na interpretação enfatiza-se a compreensão e a interpretação do contexto observado, dos dados colhidos e dos aspectos conceituais (MARTÍNEZ, 2007).

Assim, o diário de campo é utilizado como um dos instrumentos que compõem fonte de registro e análise dos dados da pesquisa. Ele foi usado para anotar observações relevantes ligadas a minúcias dos discursos e aspectos comportamentais do grupo focal que ocorreu no dia 17/09/2019.

2.2.6 Entrevista clínica semiestruturada

Instrumento semiestruturado com questões que tiveram como propósito avaliar os limites entre as respostas do instrumento padronizado (SRQ-20), das opiniões expressas durante o grupo focal e do relato na entrevista, buscando compreender e identificar contradições e/ou correlações para validade clínica das informações. A estruturação prévia dos objetivos almejados torna possível a obtenção das informações necessárias. Ademais, o instrumento permite flexibilidade, componente importante para adequar as necessidades de investigação de acordo com as respostas dos instrumentos, informações da oficina psicoeducacional e do grupo focal (TAVARES, 2002).

A entrevista configurou-se como a última etapa da intervenção e aconteceu dia 05/11/2019, 48 dias após a realização do grupo focal. O atraso no cronograma inicial que previa o espaço de 30 dias entre um encontro e outro, ocorreu devido a indisponibilidade das participantes em razão das revisões de conteúdo para o exame nacional do ensino médio (Enem).

As perguntas foram elaboradas com o intuito de investigar se os objetivos da pesquisa foram atingidos ao final da intervenção. Foi utilizada análise de conteúdo para investigar se as participantes estavam conscientes ou foram capazes de verbalizar a relação da intervenção com a alteração da frequência dos sintomas dos transtornos mentais comuns. Além disso, objetivou-se analisar se, em alguma medida, a intervenção gerou conhecimentos pertinentes ao controle e manejo da situação para melhor enfrentá-la e tratá-la.

Os grandes eixos temáticos de análise estão descritos na seção de análise de dados e foram correlacionados a literatura para discussão e contextualização.

2.3 PROCEDIMENTOS DE INTERPRETAÇÃO

Foi realizada triangulação de dados dos diferentes tipos de instrumentos e estratégias utilizadas e como referenciais teóricos os princípios e discussões acerca do campo da Saúde Coletiva, das Políticas Públicas Estudantis e da Saúde Mental.

Sobre a primeira, destaca-se a pertinência acerca da ampliação do conceito de saúde para um domínio pautado “na interface com o contexto social e seus determinantes, nos planos objetivo e subjetivo” (CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2009, p. 61). Nesse processo, suas ações e campos de atuação direcionaram-se a um modo coletivo e mais integrativo, importantes à compreensão e apoio ao tema de pesquisa aqui discutido.

A segunda, também indispensável para se articular conteúdos da literatura com os dados obtidos na intervenção e fomentar discussões pertinentes. Dado o tema central da pesquisa perpassar a situação de saúde integral e desempenho de pré-vestibulandos, é necessário atentar para a falta de ações concomitantes e integrativas entre Ministério da Educação - MEC e Ministério da Saúde – MS, para este campo (BLEICHER; OLIVEIRA, 2016). Além disso, a visibilidade mínima, ou mesmo inexistente, dos alunos pré-vestibulandos na área das políticas públicas estudantis.

A terceira, ao se dispor no campo do conhecimento do processo saúde/doença, cuja determinação do senso comum equivocadamente coloca o biológico desvinculado do psicológico, é importante a compreensão do indivíduo como ser biopsicossocial e seus movimentos psicopatológicos segundo uma ótica multideterminada (BLEICHER, 2015). Para depreender esses processos serão usadas as produções teórico-acadêmicas para realizar uma leitura acerca do fenômeno.

ANÁLISE DE DADOS

3.1 DESCRIÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participante 1.

A participante é do sexo feminino e se identifica como mulher, possui 18 anos, é natural da cidade de São Paulo, branca, solteira, considera-se agnóstica, possui ensino médio completo realizado em escola pública do município de São Carlos e, durante a participação na pesquisa, cursava pré-vestibular. Para se deslocar às atividades de estudo utilizava ônibus. No momento, não havia consumo frequente de nenhum medicamento. Nunca usou medicamento psicotrópico, nunca esteve internada e não fez ou faz acompanhamento pedagógico, psicológico ou psiquiátrico.

Sobre a constituição e dinâmica familiar foi relatado pelas respostas ao questionário socioeconômico que a renda mensal da família se aproxima dos 7.000,00 mil reais. Os responsáveis legais da participante 01. possuem, 42 e 38 anos, tendo ambos concluído o ensino médio. O responsável um (pai) trabalha como agente penitenciário e a responsável dois (mãe) é assistente comercial. A relação com o primeiro é definida como boa e com a segunda como instável. Pelos relatos ao longo da intervenção, o pai foi citado diversas vezes como encorajador para a filha cursar faculdade e escolher seu curso de interesse, assim como um promotor de pressão psicológica para que ela fosse aprovada no vestibular do ano de 2019. A mãe de é pouco ou nada citada, bem como seus irmãos.

A participante mostrou-se tímida e inibida diante da necessidade de opinar e discutir temas durante a oficina psicoeducacional e o grupo focal, atividades da intervenção, mesmo sendo amiga da segunda participante da oficina. Hipotetizou-se que a necessidade de expor assuntos pessoais e dar opinião sobre temas sobre os quais a participante não tem um domínio teórico, para uma pessoa desconhecida, nesse caso a pesquisadora, possa ter potencializado o desconforto e inibido uma partilha mais expressiva.

A estudante expressou ter muitos prejuízos pela dificuldade de socialização, por sentir-se ansiosa e experimentar sintomas fisiológicos intensos, como taquicardia, vermelhidão na face e no pescoço, nervosismo intenso e dificuldade de falar sem gaguejar, o que também gera constrangimento social. Durante a intervenção, os sintomas aparentes de ansiedade não foram observados em alta magnitude, mas pôde-se destacar a demora para iniciar

relatos, objetividade nas exposições e dificuldade de desenvolver mais o raciocínio sobre os tópicos requeridos.

Além disso, até o momento da intervenção, a participante não havia escolhido, de fato, qual graduação possuía mais interesse em cursar.

Os resultados de seu SRQ 20 indicaram presença sofrimento psíquico devido à marca de 15 pontos no início da intervenção, mais que o dobro do que a pontuação de corte. Após o período de 48 dias, foi reaplicado o instrumento. Os resultados apontaram para a persistência de sintomatologia de transtorno mental comum, mas, em menor expressividade, devido à diminuição dos pontos, de 15 para 8.

Participante 2.

A participante é do sexo feminino e se identifica como mulher. Possui 18 anos, é natural da cidade de São Paulo, parda, solteira, segue a religião espírita, possui ensino médio completo por escola pública do município de São Carlos e, durante a intervenção, cursava pré-vestibular. Para se deslocar às atividades de estudo utiliza ônibus. Usa, frequentemente, Cabergolina, remédio relacionado a controle hormonal. Nunca usou medicamento psicotrópico, nunca esteve internada devido a questões relacionada a saúde mental e faz acompanhamento psicológico.

Sobre a constituição e dinâmica familiar, foi relatado, pelas respostas ao questionário socioeconômico, que a renda mensal da família se aproxima dos 3.500,00 mil reais. Os responsáveis legais de participante possuem 46 e 50 anos, tendo ambos concluído o ensino médio. A responsável um (mãe) trabalha como operadora de telemarketing e o responsável dois (pai) é eletricista. A relação com ambos os responsáveis é definida como boa. Pelos relatos ao longo da intervenção, foi possível notar uma equidade entre as citações feitas em relação a mãe e ao pai, de forma geral, eles foram citados em conjunto pelos termos “pais” e “família”.

Durante as intervenções, ela frequentemente iniciava os relatos e mostrou-se à vontade para expor situações íntimas e detalhar sentimentos. Por vezes, a postura da participante alterava-se em razão do assunto relatado, tendo

mudança nas expressões corporais (mais gesticulação), aumento do tom de voz e aceleração na velocidade da fala.

A aluna havia escolhido a graduação de interesse, mas, estava em dúvida sobre qual universidade priorizar no vestibular, devido às ênfases distintas dos cursos (Imagem e Som da UFSCar e Artes Visuais na Unesp de Bauru) e da dificuldade de se manter financeiramente em outra cidade, como seria o caso de cursar Artes Visuais pela Unesp.

Os resultados de seu SRQ 20 apontaram sintomatologia expressiva para transtornos mentais comuns, com 8 pontos, no início da intervenção. Pela reaplicação do instrumento após o período de 48 dias, foi indicado que se mantem o quadro psicopatológico, com discreto aumento da pontuação na escala: 9 pontos.

Através das observações realizadas, notou-se que, no início do encontro, houve períodos longos de silêncio antes que uma das participantes iniciasse a relatar alguma situação ou explorar o tema. Os tópicos específicos em que isso ocorreu foram: causas sociais e biológicas da ansiedade e depressão, saúde mental no pré-vestibular e fatores protetivos de ansiedade.

Até a metade do grupo focal, uma das participantes sempre iniciava a explanação, na segunda metade, a outra participante passou a principiar algumas falas. Uma das participantes externalizava desconfortos emocionais ao contar situações vividas e reflexões alterando o tom e velocidade da voz e gesticulação, enquanto a outra participante mostrou-se mais tímida e ansiosa diante da necessidade de ter que expor seus pensamentos sobre os assuntos propostos devido à dificuldade de manter contato visual, gaguejar em alguns momentos, manter pernas e, por vezes, mãos balançando insistentemente durante suas falas. Ambas trouxeram reflexões acerca de conteúdos vistos em sala de aula sobre saúde mental e aspectos biológicos, bem como matérias da internet.

3.2 DISCUSSÃO DOS DADOS

A primeira grande categoria temática para análise de conteúdo se refere às *Questões biologicistas determinantes nos quadros de Saúde Mental*. Nela, são

colocadas em pauta falas que expressam crenças das participantes em relação aos aspectos biológicos que originam ou de certo modo estão atrelados aos quadros de saúde mental. Dentro desta categoria, estão as seguintes unidades temáticas de análise (ou unidades temáticas que sustentam esta categoria): *Histórico familiar de saúde e Sintomas físicos dos quadros de ansiedade e depressão.*

Entende-se que existe certa centralidade na categoria devido a tradição forte e bem consolidada de modelos explicativos sobre saúde e doença pautados exclusivamente pela ótica da Fisiologia. O modelo de Hipócrates que reverbera ainda hoje, por exemplo, é orientado pela anamnese para propor leis gerais que expliquem fenômenos de saúde ou doença. Embora diversos paradigmas morais e biologicistas estejam em pauta no entendimento contemporâneo, pode-se observar uma confiança quase irrestrita aos modelos médicos, talvez por serem mais antigos, aceitos e de difícil refutação devido a necessidade de uma formação técnica e conhecimento científico (BERLINGUER, 1998), no caso das doenças comprovadamente biológicas.

Essa questão é vista durante o grupo focal e vincula-se à primeira unidade de análise *Histórico familiar de saúde*. Ambas as participantes atrelam causas e desdobramentos de quadros de saúde mental a fatores biológicos e hereditários, citando possíveis correlações hormonais e genéticas a eles. A atribuição é feita com substancial centralidade. No entanto, ao longo das intervenções, essa argumentação não se sustentou, pois surgiu, com mais intensidade, a reiteração dos aspectos psicossociais relacionados ao sofrimento. Abaixo, duas falas ditas durante o grupo focal exemplificam essas crenças:

Segundo a participante 01,

Na minha família, por exemplo, todo mundo tem algum problema relacionado ao sistema nervoso, tipo ansiedade. Meu avô tem ataques de pânico, depressão... então, eu acho que é uma coisa genética (informação verbal).¹

Segundo a participante 02,

Eu também ouvi dizer que também tem a ver com o parto, tanto ansiedade como depressão. O hormônio que é liberado durante o parto – hormônio do amor – que é o do amor e faz a mãe ter zelo pelo filho pode ou não ser produzido. Ela não tem esse zelo. Esse hormônio incide sobre o feto porque eu acho que ele recebe esse hormônio pelo leite também. Então, deve ter uma questão biológica que vem desde o parto. Por isso, a gente tem que entender em que circunstâncias ocorreu o nascimento. Então depende um pouco das circunstâncias em que essa criança nasceu, os primeiros meses, que é muito importante também o contato com a mãe (informação verbal).²

Em continuidade ao tema, ambas mencionam sintomas físicos que competem aos estados ansiosos e depressivos, no entanto, citando com predomínio sintomas ansiosos, especialmente durante o grupo focal. Essas falas figuram-se na segunda unidade de análise, *Sintomas físicos dos quadros de ansiedade e depressão*. Foi dito pela participante 01 (relato verbal)³ “*Eu começo a suar, me dá tipo uma coceira no pescoço e ele começa a ficar vermelho (tipo com umas manchas), tremer, prejudica meu estômago (dor intensa)*”. É interessante destacar que, ao longo do grupo focal, a participante 1 demonstrou

¹ Relato concedido pela participante 01. Grupo Focal. [setembro. 2019]. Pesquisadora: Stephane de Paiva Freitas. São Carlos, 2019. 1 arquivo de transcrição que se encontra no Apêndice A desta monografia.

² Relato concedido pela participante 02. Grupo Focal. [setembro. 2019]. Pesquisadora: Stephane de Paiva Freitas. São Carlos, 2019. 1 arquivo de transcrição que se encontra no Apêndice A desta monografia.

³ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit.

ansiedade ao expor suas ideias e reflexões. Em diversos momentos, sua fala se tornava entrecortada, havia movimentação repetitiva com pernas e pés quando precisava adicionar opiniões e relatos ao grupo, além de demonstrar desconforto diante de momentos de silêncio. Esses comportamentos corroboram com a narrativa da participante de que a exposição social é um fator especialmente ansiogênico e intimidador a ela. Apenas a partir da segunda metade do grupo focal, após encorajamento explícito para sua contribuição às discussões do grupo, ela passou a complexificar seus discursos com detalhes, apontando para a importância da facilitação em uma intervenção grupal. Além disso, ao final, relatou ser tímida e ter dificuldade de falar em público com a seguinte frase “*toda vez que vou falar em público parece que vou morrer, não consigo nem pedir uma pizza.*”⁴

Ainda sobre sintomas físicos da ansiedade, foi citado pela participante 02:

Não consigo dormir, o sono fica muito leve, fico com uma sensação constante de que vou vomitar com qualquer coisa que eu coma, os pensamentos ficam a milhão, então, eu tô pensando em algo e de repente já vem muitos outros pensamentos no minuto seguinte e são totalmente diferentes, desconexos. É como se eu quisesse dar conta de tudo ou como se o pensamento quisesse me distrair das coisas que eu estava pensando antes e que me deixam em alerta (informação verbal).⁵

Apesar da participante 02 se mostrar confiante ao apresentar relatos e responder com rapidez e detalhes, ela também expressou fisicamente emoções e sentimentos atrelados aos relatos pessoais como preocupação ao falar sobre a tensão de passar no vestibular, a expectativa da família, a dificuldade de organizar a rotina de estudos. A preocupação pôde ser vista pelo aumento do ritmo e volume da fala, alteração das expressões faciais, ora indicando irritação, raiva, tristeza ou apreensão e, por fim, relaxamento dos ombros ao finalizar alguns relatos.

As narrativas das participantes encontram sustentação na literatura do campo. Segundo Rodrigues e Pelisoli (2008), o clima de constante tensão e coação está associado ao aparecimento dos quadros de ansiedade generalizada e outros quadros psicopatológicos, durante o período do pré-vestibular. Além

⁴ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 36.

⁵ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

disso, a pressão psicológica para ingressar em determinado curso ou de conseguir uma vaga no ensino superior pode ser contínua e causar uma sobrecarga excessiva na vida dos estudantes (CALAIS; PAGGIARO, 2009).

O sofrimento psíquico relatado através de sintomas corporais pelas participantes tem o corpo físico como meio necessário para sua materialização. No entanto, decorre de afetos relacionais, sociais e do contexto material, conforme os dados coletados ao longo da intervenção. O fato de haver uma menção à possível correlação desse sofrimento a uma origem biológica é sustentada por modelos médicos hegemônicos, como a Psiquiatria guiada pela Psicopatologia Geral, que defende desequilíbrios neuroquímicos como causa para quadros psicopatológicos, por exemplo (WHITAKER, 2017). Entretanto, mesmo para a Psiquiatria hegemônica, não se defende a etiologia hormonal, e, mais ainda, que o desenvolvimento futuro do sofrimento possa estar correlacionado à liberação de hormônios no momento do parto.

A segunda grande categoria temática construída refere-se aos *Determinantes sociais dos quadros de Saúde Mental*. Nela, são colocadas em pauta falas que expressam crenças das participantes em relação aos aspectos sociais que originam ou, de certo modo, estão atrelados aos quadros psicopatológicos. Dentro dela, estão as seguintes unidades temáticas: *Transição para a vida adulta, Estrutura macro social, Expectativas sociais e familiares, Rotina de estudos*.

A partir da perspectiva do campo da Atenção Psicossocial, o fenômeno do sofrimento psíquico não é redutível às dimensões biológicas ou psicológicas. Há um emaranhado de variáveis e aspectos contidos no campo social que são imprescindíveis fontes de afeto. Dessa forma, o sofrimento psíquico não pode ser pensado se não, também, a partir de uma perspectiva coletiva. Ele é entrecruzado pela materialidade devido ao fato de se manifestar em um corpo físico, mas, emergir de diferentes fontes de determinação, perpassando por contextos econômicos, políticos, ambientais, sociais, de socializações, possibilidades de cuidado e aspectos intangíveis materialmente. Por isso, demanda uma abordagem interdisciplinar, intersetorial e transetorial, dado o fato da produção de saúde e subjetividade se entrecruzar e ser inseparável (COSTA-ROSA, 2006).

Acerca da primeira unidade de análise, *Transição para a vida adulta*, pode-se destacar a preponderante crença de que muitos aspectos da vida devem estar decididos e encaminhados na idade em que se presta vestibular e que todas as escolhas devem ser acertadas na primeira tentativa, o que incumbe alta carga de responsabilidade às escolhas dos jovens. O vestibular é um marco brasileiro da sociedade contemporânea que simboliza a entrada do jovem para o mundo adulto e do trabalho, para alguns contextos sociais e culturais aos quais o jovem pode estar inserido (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2005). Para a realidade social das participantes, a máxima atribuída à importância do vestibular em suas vidas é verdadeira.

No grupo focal e durante a entrevista semiestruturada, a participante 01 relatou “A gente fica na cabeça que tem que ter a vida ganha aos 23 anos (informação verbal)”⁶. Em adição à importância do tema na vida da participante, quando perguntada se algo estava causando ansiedade ou tristeza nos últimos tempos, ela respondeu: “Só o receio de não passar, porque eu não tenho nenhum outro plano (informação verbal)”⁷. Já segundo a participante 02 sobre a mesma unidade de análise:

No meu caso, eu não tinha autonomia e autoridade sobre as escolhas e, de repente, você chega no terceiro ano do ensino médio e tudo é jogado na sua mão. Você tem que escolher qual curso fazer, em qual faculdade, como você vai para essa faculdade e como você vai ficar nessa faculdade, pensar mesmo sobre o curso, porque tá tudo bem entrar em um e depois ver que não era pra você. Mas, ao mesmo tempo, é frustrante, porque você pensa: poxa eu podia ter esperado um pouco mais e pesquisado com calma pra já acertar de primeira e estar fazendo algo que você realmente gosta. É muita responsabilidade, porque você é um jovem e tem que decidir tudo isso. Depois de decidir, tem que ir (informação verbal).⁸

Em consonância aos relatos das participantes, Desviat (2011) coloca a construção da subjetividade no período da juventude como condição central. Nesse momento, o jovem experiencia mudanças significativas interna e

⁶ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 36.

⁷ Relato concedido pela participante 01. Entrevista Semiestruturada. [novembro. 2019]. Pesquisadora: Stephane de Paiva Freitas. São Carlos, 2019. 1 arquivo de transcrição que se encontra no Apêndice C desta monografia.

⁸ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

externamente. Seus hormônios e seu corpo indicam que não é mais criança. No entanto, ainda não é adulto. Há oscilação em suas identificações e valores. As heranças imprimidas pela sociedade e pela cultura, as utopias que rondam o imaginário social do entorno desse jovem e as crenças que suportam sua identidade aguçam a sensação de incompletude.

Além disso, os projetos de vida e as expectativas tornam-se questões centrais e delicadas, mesmo sem pressões externas. Por isso, esses fatores podem gerar manifestações psicológicas e físicas intensas nos candidatos ao vestibular (D'AVILA, 2003).

Outra unidade de análise forte é a que concerne ao entendimento da *Estrutura macro social* como forte influenciadora sobre os afetos psíquicos dos jovens, especialmente em relação ao cumprimento de expectativas sociais. Em específico, sobre o papel do vestibular Bock, Furtado e Teixeira (2005), argumentam que o sistema capitalista é um ditador potente que respalda o papel simbólico atribuído a ele. Com as premissas desse sistema econômico passou-se a difundir a crença de que o indivíduo pode tudo, contanto que se esforce para tal, incluindo, por exemplo, escolher uma profissão de interesse, sem esta, necessariamente, pertencer à ocupação prévia de sua família. Essa estratégia se apoia nos mecanismos de coerção da sociedade para responsabilizar o indivíduo, fato que pode contribuir para determinado nível de sofrimento psíquico.

A participante 01 cita, rapidamente, o padrão de beleza como um possível adoecedor (informação verbal)⁹, seguindo a lógica do cumprimento de expectativas sociais. Já a participante 02 faz a seguinte colocação:

E, com certeza, tem questões sociais se a gente pensa na estrutura social de hoje – a questão da meritocracia – mas é muito difícil porque só daria certo se as pessoas partissem do mesmo ponto e não é o que acontece. Por exemplo, na escola, o aluno não tira uma nota boa. Então, quer dizer que ele não estudou ou não se esforça? Ninguém para pensar no sistema em que ele está inserido, como é a casa dele, como é a relação com os pais dele, se ele tem ou não dificuldade com aquela matéria, porque ninguém é bom em tudo e tá tudo bem e você tem que entender isso! As pessoas ignoram isso e querem que todos sejam robzinhos, saibam de tudo, só tirem nota boa, sejam perfeitos e que é tudo questão de esforço, que ele vai te

⁹ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 36.

levar a qualquer lugar e tem outros fatores também (informação verbal).¹⁰

Corroborando a notoriedade da última fala, a pesquisa conduzida por Ney, Souza e Ponciano (2015), *Desigualdade de acesso à educação e evasão escolar entre ricos e pobres no Brasil rural e urbano*, explicita o fenômeno do desnivelamento da oportunidade educacional de acordo com a concentração da renda no Brasil, fato mencionado como “ponto de partida” no discurso da participante 02.

E, mais uma vez, retomando Costa-Rosa (2006), vê-se a intersetorialidade e interdisciplinaridade presente nos afetos. Eles constroem-se sob a ótica psicossocial, assim como as dinâmicas de construção da saúde e da subjetividade. No caso das participantes, pelos contextos econômicos e sociais difundidos pela cultura e que são veiculados e valorizados pelas esferas midiáticas a que elas possuem acesso. Além disso, a própria rede de apoio pessoal funciona como um mecanismo ratificador dessas normativas culturais.

Outra unidade de análise central no discurso das participantes refere-se às *Expectativas sociais e familiares* atribuídas a seus desempenhos e escolhas. Segundo Pimentel-Souza (1997), mesmo sendo um estímulo externo, o vestibular agrega expectativas não só próprias dos jovens, mas familiares e sociais, caracterizando-se como fenômeno estressor.

Segundo a participante 01,

Meu pai, por exemplo, me pergunta todo dia se eu decidi o que eu vou fazer e como a vida financeira dele não era boa e agora melhorou e ele consegue pagar um cursinho pra mim eu sinto que eu preciso passar no vestibular pra ele não precisar pagar de novo. Ele fica falando sempre que esse ano eu vou passar porque ele está pagando um bom cursinho pra mim, que eu tenho tudo na minha mão [computador, internet, material bom] e pressionando sobre como vai ser quando eu passar [custo de morar fora, saudade e distância] e, aí, eu fico pensando nisso tudo. Então, o pior vilão do pré-vestibulando é a família, com essa pressão e a decisão para depois não se arrepender e seus pais não ficarem em cima disso (informação verbal).¹¹

Segundo a participante 02,

¹⁰ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

¹¹ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 36.

E tem a família falando que esse ano vai, que você vai conseguir e você pensa: e se não der certo? Com que cara eu olho para todo mundo? Eles estão fazendo tudo que podem e vai que nada disso valha a pena? Não sei como eu olharia para eles depois [...] é muita responsabilidade, porque você é um jovem e tem que decidir tudo isso, depois de decidir tem que ir e, se depois você volta, as pessoas ficam “nossa, você desistiu, mudou de curso (informação verbal).¹²

Em adição ao tema, durante a entrevista, a participante 02 relatou sua experiência prévia de 2018 e a expectativa social frente a sua aprovação:

Ah, eu já fiz outras versões do Enem. Em 2018, até eu não consegui a nota e a minha escola pressionava muito. O ano todo foi assim. Eles também tinham uma esperança muito grande em mim e você acaba acreditando que, com certeza, vai conseguir passar. Mas, eles não trabalham a parte do: tá tudo bem se você não conseguir e o que pode ser feito a partir disso. Então, foi bem difícil (informação verbal).¹³

Consonante aos relatos, Calais e Paggiaro (2009) em pesquisa realizada sobre o assunto, destacam que, em recortes sociais em que o vestibular possui considerável valorização, vê-se que o momento de transição viabilizado pela ruptura com o ensino médio pode vir acompanhado do medo do fracasso, de escolhas malfeitas, de angústia quanto à responsabilidade da escolha e conquista da vaga, o que causa um desconforto constante. Além disso, a coerção dos familiares quanto à obrigação de obter sucesso é um agravante para a instabilidade emocional desses jovens, fatos explícitos nos discursos de ambas as pré-vestibulandas participantes da intervenção.

A última unidade de análise da grande categoria *Os determinantes sociais dos quadros de Saúde Mental* refere-se a *Rotina de estudos* e necessita de especial atenção. Segundo Rodrigues e Pelisoli (2008), os hábitos de vida de 90,5% dos vestibulandos participantes de seu estudo sofreu modificações. Principalmente, relacionado à socialização com amigos, relacionamento com a família, padrão de sono, atividade física e alimentação. Essa alteração se dá em grande parte pela intensificação da rotina de estudos, motivada pela tensão que

¹² Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

¹³ Relato concedido pela participante 02. Entrevista Semiestrutura. [novembro. 2019]. Pesquisadora: Stephane de Paiva Freitas. São Carlos, 2019. 1 arquivo de transcrição que se encontra no Apêndice D desta monografia.

o aumento de concorrentes por vaga e exigência das provas viabiliza (ROMERO, 2008).

Nesse sentido, a participante 01 relatou, durante entrevista:

No início do ano, era tanta coisa para estudar que eu paralisava, não sabia como administrar os horários. E, como eu tinha afazeres de casa, eu não sabia como ir intercalando e eu percebi que só aprendi melhor no final [...] Uma semana antes desse primeiro final de semana do ENEM eu tive um surto, acho que foi porque foi a primeira prova e me bateu aquele desespero. Eu não conseguia parar de estudar e essas coisas. Eu dormia muito pouco e estudava muito, mas o surto foi só nessa semana antes do ENEM, ainda bem.

[...] Fisicamente, eu estava muito cansada para o ENEM, porque eu ficava no limite, não tinha tempo pra descansar nada. Para as outras provas vai ser tranquilo, porque eu já não vou ter aula do cursinho e tenho uma viagem pra fazer. Acho que vou conseguir descansar, relaxar, né? Eu vou precisar só revisar um pouquinho, mas, não me matar de estudar como antes (informação verbal).¹⁴

Durante a entrevista, participante 02 relatou:

Quanto mais se aproximava da prova, mais forte vinha aquela sensação de que talvez eu fracassasse de novo e, daí, eu ia ler e ver tudo o que eu ainda precisava estudar e me desesperava porque não ia ter tempo e tinha muita coisa pra fazer. Foi bem assustador. Daí, eu lembro disso e parece que revivo esses sentimentos ruins, mas agora tá melhor. Me sinto mais preparada, sabe?

[...] Foi um ano no 220 volts. Então, 24 horas por dia, o tempo todo eu pensava sobre o que eu tinha que estudar, o que eu já tinha estudado. Poucos momentos de lazer e até em momentos de lazer, que eram raros, eu tava tentando produzir alguma coisa. Por exemplo, eu fui numa chácara e quando todo mundo foi dormir eu fui passar a limpo uma redação, porque eu tava presa a um ciclo de querer aproveitar qualquer tempo livre. Foi um ano voltado completamente para o vestibular (informação verbal).¹⁵

Em ambos os discursos se vê quão fortes e significativas são as emoções atreladas a sobrecarga de estudo, constante estado de apreensão e preocupação. O papel preponderante do cunho emocional é atribuído por Coelho (2002) apud Soares e Martins (2010, p. 58) ao fato de ser a primeira vez que esses jovens se defrontam com questões específicas as quais não estavam acostumados a lidar, o que pode ser exemplificado pela fala da participante 01

¹⁴ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 39.

¹⁵ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 42.

ao mencionar a dificuldade de conciliar a nova rotina de estudo do pré-vestibular com as tarefas de casa.

Somado a isso, ao passo que se aproxima as provas e exames o jovem vestibulando experimenta o aumento do sofrimento psicológico e pode chegar a apresentar distúrbios psicofisiológicos graves como depressão (SOARES, 2002). No caso das participantes vê-se expressivo relato de sintomas ansiosos e prejuízos na qualidade de vida decorrentes deles, o que é corroborado pela literatura da área. As autoras Soares e Martins (2010), em pesquisa que comparou níveis de ansiedade traço e estado em estudantes do primeiro e terceiro anos do ensino médio inscritos em um vestibular seriado concluiu que mulheres são mais propensas a experienciar níveis de ansiedade maiores.

Ainda sobre a unidade de análise *Rotina de estudos*, a participante 02 relatou durante grupo focal:

Eu precisava estudar mais, só que não sabia por onde começar. Daí, resolvi esquecer tudo o que eu já tinha aprendido e aprender de novo com o cursinho, não sei como fiz isso, mas fiz. Foi estranho, porque muita coisa eu não poderia ter esquecido. Mas esqueci, sabe? E que eu só vou lembrar quando o professor fala, mas que por mim sozinha não vai.
[...] Também fico na ansiedade de pensar: será que eu vou conseguir estudar o que eu preciso? Ler o que eu preciso? Administrar bem o tempo, da melhor forma? Vira aquela situação do pega-vareta que você tem que selecionar com o que você vai gastar tempo e com o que não e eu não sei fazer isso, mas eu tenho que conseguir, meu deus... (informação verbal).¹⁶

Nesse caso, destaca-se o possível ciclo vicioso que o estresse compele ao aluno. Segundo Vanitallie (2002), os níveis cronicamente altos de ansiedade e estresse podem afetar de modo prejudicial a estrutura e função do hipocampo, gerando déficits de memória e cognição. Esse déficit por sua vez pode gerar mais ansiedade frente a frustração de não se recordar de conteúdos já estudados ou mesmo diante do aprendizado de novos, mantendo-se assim um ciclo.

Além do mais, mostra-se nítido como o vestibular coincide com um período turbulento do desenvolvimento e, como a massiva preparação ao longo do ano para uma ou algumas provas decisivas ressalta diversos níveis de

¹⁶ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

desamparo aos quais o pré-vestibulando está submetido. Principalmente, aquele que saiu da escola pública, como é o caso das participantes da pesquisa. Há defasagens estruturais da educação, como uma base menos sólida dos conteúdos teóricos, suporte psicológico, auxílio pedagógico em relação à organização da rotina de estudos e métodos de aprendizagem que propiciam angústia e acabam colocando-o em uma posição muito desfavorável em relação aos alunos de escolas particulares. Em maioria, precisariam de uma revisão intensiva ou domínio quase excelente dos conteúdos para conquistar vagas em graduações extremamente concorridas e não da aprendizagem e aprofundamento de inúmeros conteúdos, como costuma acontecer com o primeiro grupo (PRADO, 2017).

Além disso, é evidente como a pressão psicológica para conseguir uma vaga na universidade pode causar uma sobrecarga demasiada para a vida dos jovens estudantes (CALAIS; PAGGIARO, 2009).

A terceira grande categoria temática abarca *Fatores protetivos e de enfrentamento aos quadros de ansiedade e depressão*. Nela são exemplificadas falas que apontam para crenças e ações que as participantes nutrem e têm frente à necessidade de lidar com sintomas ansiosos e/ou depressivos. As unidades temáticas de análise são: *Dificuldades na busca por saúde mental*, *Aspectos que trazem saúde mental e minimizam sintomas de ansiedade e depressão*, e por fim, *Percepções sobre os resultados da intervenção*.

Os conteúdos da primeira unidade de análise, *Dificuldades na busca por saúde mental*, ilustram como a falta de segurança psicológica para relatar preocupações, sentimentos e dores pode ser prejudicial a compreensão e elaboração da angústia. A seguinte fala da participante 02 durante o grupo focal exemplifica essa questão:

Sempre que eu vou falar de mim, eu acho que é drama ou que a pessoa vai enxergar como drama, mesmo que não seja. Não me sinto no direito de reclamar mesmo com pessoas de confiança.

A gente vive nesse sistema de invalidar o que o outro tá sentindo né? Mesmo sem querer. Às vezes, a gente fala “ah, mas você tá preocupado com isso? Olha como tal pessoa está pior!”. Então, quando a gente percebe que não é legal fazer isso com os outros, a gente para de fazer. Ou tenta, pelo menos, né? E, conseqüentemente, para de falar também dos nossos

problemas, porque não queremos que essa pessoa faça o mesmo com a gente. É muito complicado (informação verbal).¹⁷

Outra fala que ilustra essa categoria é iterada pela participante 02 durante grupo focal e foi trazida perante o questionamento “O que vocês acreditam que possa funcionar como fator de proteção contra ansiedade e depressão?”. A seguir, o excerto, na íntegra:

[...] Lazer, diálogo, ter uma pessoa de confiança e falta muito isso pra gente: ter alguém com quem a gente pode ser vulnerável. Porque é cobrado que a gente seja forte o tempo todo. Tem isso dos nossos pais verem as coisas na internet, tipo o jogo da baleia azul e pensarem que se a gente fica triste é porque já estamos depressivos e se estamos assim é porque já queremos nos matar e ai meu deus! Isso faz com que os responsáveis passem pra gente a ideia de que temos que ser fortes o tempo todo. E, daí, a gente se fecha, porque eles não vão entender que só precisamos desabafar. Ele vai exagerar e ir além do que realmente é. Se não puder ter alguém da família, que seja um amigo, um psicólogo (informação verbal)!¹⁸

É interessante ressaltar o papel e a centralidade dada à necessidade de falar sobre o que é sentido e como a inviabilidade de concretizar isso de modo seguro é por si só motivo de angústia para a participante. Berlinck (1999) já argumentava acerca do movimento preponderante da sociedade rumo a tentativa da eliminação completa da dor e a esquiva de pensar e conversar sobre o padecer, devido ao desejo de livrar-nos da sensação provocada por ele, o que segundo a fala da participante é um fato recorrente em seu contexto familiar e possivelmente social. Ainda conforme Berlinck (1999), ao ser falada, a dor pleita uma escuta e, se essa escuta for terapêutica, torna-se possível criar um espaço fundamental para transformá-la em experiência, o que é imprescindível para o processo de elaboração.

Na segunda unidade de análise, *Aspectos que trazem saúde mental e minimizam sintomas de ansiedade e depressão*, aparecem práticas e crenças constituídas por diferentes ambientes e atores, a exemplo, professores, família, religião, prática de atividade física, formas de lazer, intervenções diversas, entre outras. Destaca-se a importância da disponibilidade de recursos internos e externos para defrontar a situação estressora propiciada pelo período do pré-

¹⁷ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

¹⁸ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

vestibular, dada a possibilidade de ela ser gatilho para o início ou agravamento de quadros psicopatológicos como depressão e ansiedade (ZANINI; FORNS; KIRCHNER, 2005).

Além disso, Callais e outros (2013) destacam, em seu trabalho, que os motivos mais citados como desencadeadores da ansiedade foram: a sensação de obrigação de prestar vestibular e o fato de considerá-lo como algo decisivo em sua vida, fato corroborado em diversos momentos pelas falas participantes, que apresentam sintomatologia de transtornos mentais comuns, coincidentes com a literatura. Os autores (CALLAIS *et al.*, 2013) afirmam que a habilidade de manejar o estresse e a ansiedade são elementos importantes para o sucesso no vestibular, muitas vezes mais do que os conhecimentos e a habilidade acadêmica.

Endossando a presente unidade de análise, a participante 01 cita durante grupo focal que “*Atividade física e alimentação*” (informação verbal)¹⁹ são boas estratégias para cuidar da saúde mental. Quando questionada o que ela faz quando está experienciando algum tipo de sofrimento psíquico, ela relata assistir séries que a façam dar risada, tentar se distrair e jogar alguma coisa. Durante a entrevista, ela citou mais detalhes sobre as estratégias usadas e adiciona outras não mencionadas durante o grupo focal. A seguir, o trecho relatado:

Para minimizar a ansiedade, tem uns podcasts no Spotify que meu professor indicou para a gente ouvir antes de começar a fazer as coisas, que daí já vai acalmando. Ele ensinou um exercício de respiração. Isso deixa a gente mais produtivo e pode amenizar a ansiedade (informação verbal).²⁰

Durante o grupo focal, a participante 02 citou as seguintes práticas que, na época, auxiliavam-na no manejo de sintomas de sofrimento psíquico.

Eu gosto de assistir séries animadinhas e uns filmes mais bobinhos, tipo musical.
[...] Outra coisa que eu gosto também é de desenhar, mas eu fico muito tempo, se deixar. Tipo umas 4 horas seguidas e eu não tenho mais esse tempo para perder (informação verbal).²¹

¹⁹ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 36.

²⁰ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 39.

²¹ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 36.

Ainda sobre esta unidade de análise, a participante 02, durante o mesmo encontro citado acima, faz um discurso complexo acerca das suas estratégias e traz pontos importantes relacionados a mudança de hábitos devido ao pré-vestibular e a influência sobre o cuidado físico e a saúde mental. O seguinte excerto exemplifica o exposto:

Antes eu fazia esporte, mas, agora, não tenho mais tempo. O vôlei era um momento em que eu não pensava em mais nada, era uma canseira gostosa, fazer esporte e estar entre amigos rindo e me divertindo. Mas eu parei também, porque eu não sou uma pessoa que se destaca muito, nem em coisas boas e nem em coisas ruins e eu comecei a me destacar como a pessoa que errava muito as bolas e eu tenho pânico disso. Para apresentar coisas, eu também fico super ansiosa. Se você me perguntar quem tava sentado na primeira fileira, eu nem vou saber dizer, porque eu não gosto muito de gente. E daí começou a não ser mais um ambiente confortável pra mim (informação verbal).²²

Rodrigues e Pelisoli (2008), já citados neste trabalho, reiteram o fato da mudança drástica na rotina e hábitos dos pré vestibulandos ser um fator fortemente presente, cujas consequências podem acarretar diversos níveis de sofrimento a esses jovens, conforme o relatado acima, por exemplo.

Por fim, a última categoria de análise, *Percepções sobre os resultados da intervenção* sustenta-se pelos relatos das participantes sobre como a intervenção alterou percepções e agregou às suas vidas.

A participante 01, quando perguntada se considerava saber quais serviços procurar caso estivesse experienciando sintomas relacionados a sofrimento psíquico relatou não saber dizer pois não lembrava, e sobre a correlação da intervenção aos conhecimentos acerca do manejo dos sintomas respondeu da seguinte maneira:

Você apresentou algumas técnicas e eu fiquei sabendo um pouquinho mais do que eu já sabia. Gostei bastante da intervenção, porque como é uma coisa gratuita que foi até a gente, deu para ter um pouco mais de noção sobre o assunto. Porque eu não sabia tanto e, como ajudou a administrar os estudos, foi essencial para estudar melhor para as provas (informação verbal).²³

²² Relato concedido pela participante 02 op. cit., loc. cit., p. 36.

²³ Relato concedido pela participante 01. op. cit., loc. cit., p. 39.

Em relação ao conhecimento acerca dos serviços para ajuda e auxílio frente a situações de sofrimento psíquico também durante entrevista, a participante 02 respondeu considerar saber quais acessar se necessário. Segundo sua fala:

Sei o telefone da preservação a vida que é o 188. Lá é para conversar com pessoas que a gente se sinta livre para poder falar de qualquer coisa, um psicólogo... Inclusive, eu vou frequentemente em um e foi uma opção minha, incentivo meu mesmo porque eu tava no ano de pré-vestibular [terceira] e eu falei: eu quero ir em um psicólogo, psicólogo, psicólogo! [risos] [...] Acho que, em partes, a intervenção ajudou sim a eu entender o que fazer diante disso. A minha igreja também fala bastante sobre essas coisas [saúde mental] e eu acho que, tipo, a intervenção é parte da comunidade e a comunidade trouxe essas informações pra mim (informação verbal).²⁴

Em adição ao tema, sobre conseguir identificar sintomas de sofrimento psíquico e, identificar por quais meios adquiriu esse conhecimento a participante 02 respondeu:

Acredito que sim, consigo identificar. Isso é até legal, porque consigo não deixar que isso se perca muito. Então, se tô desanimada há uma semana e pouco, já começo a pensar em coisas que eu gosto de fazer, que me deixam feliz pra eu colocar na minha rotina porque, às vezes, eu parei de fazer e, voltando a fazer, distrai minha cabeça. [...] Tem a ver com a intervenção, com as aulas que eu tive com o meu professor e é legal que eu consigo perceber nas outras pessoas e ajudar elas a verem que tem alguma coisa meio errada com elas (relato verbal).²⁵

No discurso das participantes é percebida a consciência de ambas acerca do protagonismo que a intersetorialidade exerce na aquisição dos saberes, talvez não de forma teórica como a literatura disponibiliza, mas em suas vivências cotidianas. A participante 01 cita como a intervenção contribuiu para que ela aprendesse um pouco mais sobre o assunto que, de certa maneira já era discutido no curso pré-vestibular, ou seja, em uma esfera educacional, a participante 02 relata de forma mais interseccionada essa mesma lógica ao citar o professor, as aulas, a religião, a psicoterapia e a comunidade de modo geral como viabilizadores de um conhecimento importante para o seu bem-estar. Alinhado com Rosen (1983) este trabalho se propõe a discutir a necessidade de compreender a Saúde como parte de uma combinação de diversos campos da

²⁴ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 42.

²⁵ Relato concedido pela participante 02. op. cit., loc. cit., p. 42.

sociedade, sendo eles sociais, econômicos, físicos/mentais que precisam trabalhar de forma articulada, coesa e coletiva com vista a um cuidado integral.

CONCLUSÃO

Em consonância com as hipóteses do trabalho e literatura da área, as análises dos dados obtidos pelas intervenções apontam para a indissociabilidade das dimensões sociais, culturais, financeiras dentre outras às questões de sofrimento psíquico no período pré-vestibular em jovens adultos, essa última figurando-se então como um fenômeno que concerne à esfera psicossocial. As causas e desdobramentos deste sofrimento não se atém apenas às dimensões biológicas, por mais que essa dimensão seja colocada em pauta no relato das participantes, uma vez que as relações principais estão todas atreladas às expectativas sociais e pessoais próprias, déficits educacionais e desenvolvimentais.

A ausência do acesso universal a educação superior, infringe uma série de riscos à saúde mental de jovens adultos como os exemplificados neste trabalho, uma vez que acirra a competição e restringe o acesso a esse ensino a uma parcela abastada seja em termos financeiros ou de acesso a uma rede suporte familiar e social saudável. Destaca-se, pois, a necessidade de uma assistência estudantil específica a alunos pré-vestibulando, visto suas especificidades e vulnerabilidades em saúde e educação.

A intervenção proposta figura-se como um exemplo possível para compor ações de assistência a esse público ao fomentar a educação em Saúde Mental em escolas e pré-vestibulares de modo a iterar saberes científicos da área com vista ao empoderamento dos indivíduos. Pelo sofrimento psíquico se tratar de um problema estrutural dadas as colocações anteriores, essa estratégia aliada a políticas públicas de saúde seria capaz de gerar uma rede de informação, promoção de saúde integral e prevenção contra quadros psicopatológicos por entender os resultados positivos advindos de intervenções intersetoriais (ROMERO, 2008; SOUZA, 2015).

No trabalho, ambas participantes mencionaram a importância da intervenção para a melhora do manejo das questões relacionadas ao sofrimento

em seus relatos, mesmo que de diferentes formas. A participante 01, argumentou que durante a intervenção foram citadas técnicas, nesse caso, para manejo de ansiedade que agregaram aos saberes já adquiridos e também formas de administrar os estudos que foram importantes para conseguir estudar com mais eficiência para as provas e se sentir melhor. Além disso citou a importância da intervenção ser gratuita e ser “ir” até os participantes. É interessante destacar que essa participante apresentou uma queda drástica na avaliação do SRQ-20 após a intervenção. Não se pode afirmar uma relação direta, mas há indícios de que o ciclo foi promotor de saúde por oferecer informações e ferramentas necessárias ao bem-estar psíquico. Por fim, a mesma participante sugeriu que a intervenção fosse realizada no início do ano, assim os alunos já aprenderiam a administrar e planejar melhor as sessões de estudo e os compromissos seguindo critérios mais eficientes, sem experienciar tanta ansiedade por essa inabilidade.

A participante 02 destacou conseguir identificar sintomas de sofrimento psíquico e serviços para ajuda e auxílio frente a essas situações também pela influência da intervenção, mas somada a outras esferas de sua vida como escola, igreja e psicólogo, destacando o papel do que ela chamou de “comunidade”, ou seja, diversos atores sociais para construção dessa rede de apoio.

De modo geral não pode-se afirmar que o aumento ou diminuição dos scores do SRQ-20 das participantes sofreu influência direta da intervenção, mas notou-se que os temas discutidos durante a oficina psicoeducacional e grupo focal reverberaram posteriormente em seus discursos como elementos pertinentes ao fomento da saúde mental e abriram margem para o debate, de fato, acerca da relevância ações específicas para esse público. Por isso, destaca-se a importância de ampliar o número de participantes em estudos posteriores.

Acredita-se, portanto, na relevância deste trabalho para estimular discussões pertinentes ao campo das políticas públicas de saúde e educação com foco na promoção de saúde mental para jovens pré-vestibulandos, indicando o ciclo de intervenção descrito como ferramenta possível de trabalho, dadas as adaptações necessárias ao contexto e às necessidades específicas dos alunos participantes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 222-245, June 2006.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN-LACERDA, R.; FILHO, D. Z. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 23(4):233-42, 2001.

ARAÚJO, S.R.C., MELLO, M.T., LEITE, JR. Transtornos de ansiedade e exercício físico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 29(2):164-71, 2007.

ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F.; SANTOS, K. O. B. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214 - 222, Jan. 2009.

BACKES, D.S, COLOMÉ, J.S., ERDMANN, R.H. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, p. 438-442, 2011.

BACKES, D. S. et al. O Sistema Único de Saúde idealizado versus o realizado: contribuições da Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 1026-1033, Dec. 2014.

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

BERLINCK, M. O que é Psicopatologia Fundamental. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 46-59, Mar. 1998.

_____. A dor. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, 2(3), 46-58, 1999.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1988.

BLEICHER, T. Por una psicanálise honesta. In: TRIMBOLI, A. et. al. (org.). **Modernidad, tecnología y síntomas contemporáneos: Perspectivas clínicas, sociales, políticas y filosóficas**. Buenos Aires: Assoc. Argentina de Profesionales de Salud Mental – AASM, 2008.

_____. **A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): Uma perspectiva histórica de sistema local de saúde**. 2015. 395 f. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2015.

BLEICHER, T., OLIVEIRA, R. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais Universidade Federal do Ceará. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 543-549, set/dez. 2016.

BOCK, A.M.B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias. Uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2005.

BONILLA, E. RODRÍGUEZ, P. Más allá de los métodos. La investigación en ciencias sociales. **Editorial Norma**. Colombia. 1997.

BRASIL, **Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Brasília, DF, 24 abril, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm. Acesso em: 12 set. 2018.

_____. **Decreto nº 7.234, de 19 de Julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. Brasília, DF, 19 jul, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm. Acesso em: 12 set. 2018

_____. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva**. Brasília. p. 18- 27. 2006.

_____. O Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas - PDE. **Caderno de divulgação das razões, princípios e programas do PDE**. Brasília, 2008.

BRITO, I. Ansiedade e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 208-14, 2011.

CALLAIS *et al.* Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**.16(2):257-63, 2003.

CAMINHA, R.M. Transtorno de estresse pós-traumático. In: **Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed. p. 267-79, 2014.

CARVALHO, L.; BOSI, M.; FREIRE, J. A Prática do Psicólogo em Saúde Coletiva: Um Estudo no Município de Fortaleza (CE), Brasil. **Psicologia Ciência e Profissão**. p. 60-73, 2009.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, Dec. 2005.

COSTA-ROSA, A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. Assis: UNESP. **Mímeo**. 2006.

D'AVILA, GT., SOARES, DHP. Vestibular: fatores geradores de ansiedade na "cena da prova". **Revista Brasileira de Orientação Profissional**. 4(1/2):105-16, 2003.

DESVIAT, M. *et al.* Aproximación a la Epistemología Psiquiátrica. In: DESVIAT, M. (Org.). **Epistemología y práctica psiquiátrica**. Madrid: AEN, 1990.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. La construcción subjetiva y social de las adolescências. El futuro ya no tiene porvenir. **Comité invisible**, 2011.

DINO. Cinco características da nova geração de vestibulandos. In: **Terra**, 2018. Disponível em: <https://www.terra.com.br/noticias/dino/cinco-caracteristicas-da-nova-geracao-de-vestibulandos,def5127a5d660199cb0be463a695b0b6u8qgqloq.html> . Acesso em: 22 agost. 2018

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa em saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: **ABRASCO**. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro, v. 2, p. 17-35, 1983.

FOUCAULT, M. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FURTADO, E. S.; FALCONE, E. M. O.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação (Curitiba)**, 7, 2, 43-51, 2003.

GOLDBERG, D.P; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock/Routledge; 1992.

GRAEFF F. G. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 29(Supl I):S3-6, 2007.

GUIRADO, G.M.P, PEREIRA, N.M.P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (1): 92-98, 2016.

HAGUETTE, T. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 14ª ed. Vozes, 1987.

HERING, R. Mais um passo na luta pela democratização efetiva do Ensino Superior. In: **Uma certa antropologia**, 10 agost. 2012.

LÓPEZ F., HERRERA L. Infancia y salud pública en España: siglo XX y actualidad. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria** , vol. 33, núm. 117, 95-111, 2013.

MINAYO, M.; ASSIS, S.; SOUZA E. **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 244 pp. 2005.

MARI, J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, 148:23-26, 1986.

MARTÍNEZ, L. La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. **Revista perfiles libertadores** 4 (80), 73-80, 2007.

NEY, M. G.; SOUZA, P. M.; PONCIANO, N. J. Desigualdade de acesso à educação e evasão escolar entre ricos e pobres no Brasil rural e urbano. **Inter Science Place**, v. 1, n. 13, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Organization. Disponível em: <<http://www.who.int>> Acesso em: 18 jul. 2020.

OSMO, A.; SCHRAIBER, B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, jun. 2015.

OSÓRIO, LC. **Adolescência hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

PAGGIARO, P.B.; CALAIS, S.L. Estresse e escolha profissional: um difícil problema para alunos de curso pré-vestibular. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 2, n. 2, p. 97-105, dez. 2009.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PEREIRA, B. O.; CARVALHO, G. S. - **Atividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda. 2006, p. 19-37.

PERIOTO, M.L.G; NASCIMENTO, R.N; CARNIATTO, N. Influências biológicas, psicológicas e sociais do vestibular na adolescência. **Roteiro**, v. 35, n. 1, p. 115-138, 2010.

PIMENTEL-SOUZA et al. O estresse e as doenças psicossomáticas. **Revista de Psicofisiologia da UFMG**, v. 1, n. 1, p. 1-22, 1997.

PRADO, A. Alunos de escola pública contam como foi seu caminho até a aprovação no vestibular. In: **Guia do Estudante**, 2017. Disponível em: <https://guiadoestudante.abril.com.br/universidades/alunos-de-escola-publica-contam-como-foi-seu-caminho-ate-a-aprovacao-no-vestibular/>. Acesso em: 1 jun. 2018.

REDAÇÃO. Número de matriculados no ensino superior no Brasil aumenta 110% em 10 anos. In: **Guia do estudante**, 7 nov. 2011. Disponível em: <https://guiadoestudante.abril.com.br/universidades/numero-de-matriculados-no-ensino-superior-no-brasil-aumenta-110-em-10-anos/> Acesso em: 21 jun. 2018

RODRIGUES, D.G.; PELISOLI, C. Anxiety in candidates for university entrance examinations: an exploratory study. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 171-177, 2008.

ROMERO, T. Tensão pré-vestibular. In: **Agência Fapesp**, 16 dez. 2008. <http://agencia.fapesp.br/tensao-pre-vestibular-/9860/>. Acesso em: 23 jun. 2018.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. (Org.). **Medicina social**: aspectos teóricos e históricos. São Paulo: Global, p. 25-82, 1983.

ROUQUAYROL, Z. **Introdução à Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SCHRAIBER, L. B. Saúde coletiva: um campo vivo. In: **PAIM, J.** Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SILVA, A. H.; FOSSÁ. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. In: **Qualit@s Revista Eletrônica**. Vol. 17. No 1. 2015.

SOBRE a carteira de estudante. In: **Sobre a carteira de estudante**. Disponível em: <http://www.une.org.br/2011/08/sobre-a-carteira-de-estudante/>. Acesso em: 06 set. 2018.

SOARES, D. H. P. Como trabalhar a ansiedade e o estresse frente ao vestibular. Em R. S. Levenfus & D. H. P. Soares (Orgs.), **Orientação Vocacional Ocupacional**: Novos achados teóricos, técnicos e instrumentos para a clínica, a escola e a empresa. Porto Alegre, RS: ArtMed. 2002.

SOARES, A. B.; MARTINS, J. S. R. Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 57-62, abr. 2010.

SOUZA, L. Saiba a diferença entre saúde coletiva e saúde pública. In: **Universidade Federal de Goiás**, 2015. Disponível em: <https://www.ufg.br/n/82100-saiba-a-diferenca-entre-saude-coletiva-e-saude-publica>. Acesso em: 10 setemb. 2019.

SPARTA, M.; GOMES, W. B. Importância atribuída ao ingresso na educação superior por alunos do ensino médio. **Revista brasileira de orientação profissional**, v. 6, n. 2, p. 45-53, 2005.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: **J. A. Cunha, Psicodiagnóstico - V** (5ª ed., rev. e ampl.). Porto Alegre, RS: Artmed, 2002.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009 .

VANITALLIE, T. Stress: A risk factor for serious illness. **PudMed**: Metabolism 51(6 Suppl 1):40-5, July, 2002. Columbia University College of Physicians & Surgeons, United States.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook. p. 3-12, 2014

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

ZANINI, D. S., FORNS, M., & KIRCHNER, T. ***Coping response and problem appraisal in Spanish adolescents. Perceptual and Motor Skills***. p. 153-166, 2005.

APÊNDICE A

APÊNDICE A – Transcrição do grupo focal

1º) Sobre causas e gatilhos sociais da ansiedade e da depressão:**Participante 02:**Sobre os gatilhos biológicos:

Biológicos é uma questão que entendo relacionado a hormônio, se eu produzo ou não. Eu também ouvi dizer que também tem a ver com o parto, tanto ansiedade como depressão. O hormônio que é liberado durante o parto – hormônio do amor – que é o do amor e faz a mãe ter zelo pelo filho pode ou não ser produzido ela não tem esse zelo. Esse hormônio incide sobre o feto porque eu acho que ele recebe esse hormônio pelo leite também, então deve ter uma questão biológica que vem desde o parto, por isso a gente tem que entender em que circunstâncias ocorreu o nascimento. Então depende um pouco das circunstâncias em que essa criança nasceu, os primeiros meses que é muito importante também o contato com a mãe.

Sobre os gatilhos sociais:

E, com certeza tem questões sociais se a gente pensa na estrutura social de hoje – a questão da meritocracia – mas é muito difícil porque só daria certo se as pessoas partissem do mesmo ponto e não é o que acontece. Por exemplo, na escola o aluno não tira uma nota boa então quer dizer que ele não estudou ou não se esforça? Ninguém para pensar no sistema em que ele está inserido, como é a casa dele, como é a relação com os pais dele, se ele tem ou não dificuldade com aquela matéria porque ninguém é bom em tudo e tá tudo bem e você tem que entender isso! As pessoas ignoram isso e querem que todos sejam robzinhos, saibam de tudo, só tirem nota boa, sejam perfeitos e que é tudo questão de esforço, que ele vai te levar a qualquer lugar e tem outros fatores também.

Participante 01:Sobre os gatilhos biológicos:

Na minha família por exemplo todo mundo tem algum problema relacionado ao sistema nervoso tipo ansiedade, meu avô tem ataques de pânico, depressão... então eu acho que é uma coisa genética.

Sobre os gatilhos sociais:

O padrão de beleza também... ah eu não sei falar... deixa eu pensar

(silêncio por um bom tempo e disse que não sabia o que dizer)

2º) Contextualização – saúde mental no contexto do pré-vestibular – A saúde mental foi promovida e/ou prejudicado pelo pré-vestibular

Participante 02:

Ah, é difícil. No meu caso, eu não tinha autonomia e autoridade sobre as escolhas e de repente você chega no terceiro ano do ensino médio e tudo é jogado na sua mão. Você tem que escolher qual curso fazer, em qual faculdade, como você vai para essa faculdade e como você vai ficar nessa faculdade, pensar mesmo sobre o curso porque tá tudo bem entrar em um e depois ver que não era pra você, mas ao mesmo tempo é frustrante porque você pensa, poxa eu podia ter esperado um pouco mais e pesquisado com calma pra já acertar de primeira e estar fazendo algo que você realmente gosta. É muita responsabilidade porque você é um jovem e tem que decidir tudo isso, depois de decidir tem que ir e se depois você volta as pessoas ficam “nossa, você desistiu, mudou de curso”. As vezes não é só fazer transferência e você precisa fazer vestibular de novo, então é difícil.

Quando eu não passei no vestibular no ano passado foi o pior dia da minha vida, levou meses pra eu aceitar que tava tudo bem e que até tinha seus lados bons não ter passado logo de cara.

Os primeiros dias no vestibular foram horríveis, as primeiras semanas... porque eu não socializo com facilidade e eu já não chego e faço uma amizade, eu fico na minha e então eu me senti muito sozinha e eu sabia que estava faltando alguma coisa, mas não conseguia ver o que era. Eu precisava estudar mais só que não sabia por onde começar, daí resolvi esquecer tudo o que eu já tinha

aprendido e aprender de novo com o cursinho, não sei como fiz isso mais fiz. Foi estranho porque muita coisa eu não poderia ter esquecido, mas esqueci, sabe e que eu só vou lembrar quando o professor, mas que por mim sozinha não vai. Também fico na ansiedade de pensar será que eu vou conseguir estudar o que eu preciso, ler o que eu preciso, administrar bem o tempo da melhor forma? Vira aquela situação do pega-vareta que o selecionar com o que você vai gastar tempo e com o que não e eu não sei fazer isso, mas eu tenho que conseguir, meu deus... E tem a família falando que esse ano vai, que você vai conseguir e você pensa, e se não der certo com que cara eu olho pra todo mundo? Eles estão fazendo tudo que podem e vai que nada disso valha a pena? Não sei como eu olharia pra eles depois.

Participante 01:

No ano de cursinho a gente conhece muita gente que ficou alguns meses ou anos na faculdade e não gostou (desistiu). A gente fica na cabeça que tem que ter a vida ganha aos 23 anos e meu pai, por exemplo, me pergunta todo dia se eu decidi o que eu vou fazer e como a vida financeira dele não era boa e agora melhorou e ele consegue pagar um cursinho pra mim eu sinto que eu preciso passar no vestibular pra ele não precisar pagar de novo. Ele fica falando sempre que esse ano eu vou passar porque ele está pagando um bom cursinho pra mim, que eu tenho tudo na minha mão (computador, internet, material bom) e pressionando sobre como vai ser quando eu passar (custo de morar fora, saudade e distância) e aí eu fico pensando nisso tudo. Então o pior vilão do pré-vestibulando é a família com essa pressão e a decisão para depois não se arrepende e seus pais não ficam em cima disso.

3º) Fatores protetivos de ansiedade e depressão

Participante 01:

Atividade física, alimentação...

Participante 02:

Lazer, diálogo, ter uma pessoa de confiança e falta muito isso pra gente (ter alguém com quem a gente pode ser vulnerável porque é cobrado que a gente

seja forte o tempo todo). Tem isso dos nossos pais verem as coisas na internet, tipo o jogo da baleia azul e pensarem que se a gente fica triste é porque já estamos depressivos e se estamos assim é porque já queremos nos matar e ai meu deus! Isso faz com que os responsáveis passem pra gente a ideia de que temos que somos fortes o tempo todo e daí a gente se fecha porque eles não vão entender que só precisamos desabafar, ele vai exagerar e ir além do que realmente é. Se não puder ter alguém da família que seja um amigo, um psicólogo!

Eu perguntei “Vocês têm com quem contar, praticam esportes, tem momentos de lazer?”

Participante 01:

Lazer sim, esporte e alguém com quem contar não tenho!

Participante 02:

Sempre que eu vou falar de mim eu acho que é drama ou que a pessoa vai enxergar como drama, mesmo que não seja. Não me sinto no direito de reclamar mesmo com pessoas de confiança.

A gente vive nesse sistema de invalidar o que o outro tá sentindo né, mesmo sem querer. As vezes a gente fala “ah, mas você tá preocupado com isso? Olha como tal pessoa está pior!”. Então quando a gente percebe que não é legal fazer isso com os outros a gente para de fazer ou tenta, pelo menos né e, conseqüentemente, para de falar também dos nossos problemas porque não queremos que essa pessoa faça o mesmo com a gente. É muito complicado.

Antes eu fazia esporte, mas agora não tenho mais tempo. O vôlei era um momento em que eu não pensava em mais nada, era uma canseira gostosa, fazer esporte e estar entre amigos rindo e me divertindo. Mas eu parei também porque eu não sou uma pessoa que se destaca muito, nem em coisas boas e nem em coisas ruins e eu comecei a me destacar como a pessoa que errava muito as bolas e eu tenho pânico disso. Para apresentar coisas eu também ficou

super ansiosa, se você me perguntar quem tava sentado na primeira fileira, eu nem vou saber dizer, porque eu não gosto muito de gente (e riu). E daí começou a não ser mais um ambiente confortável pra mim.

Outra coisa que eu gosto também é de desenhar, mas eu fico muito tempo se deixar, tipos umas 4 horas seguidas e eu não tenho mais esse tempo para perder.

4º) Sintomas de ansiedade (quais são, como ficamos, como identificamos)

Participante 01:

Eu começo a suar, me dá tipo uma coceira no pescoço e ele começa a ficar vermelho (tipo com umas manchas), tremer, prejudica meu estomago (dor intensa). Deixa eu ver o que mais... acho que só.

Participante 02:

Não consigo dormir, o sono fica muito leve, fico com uma sensação constante de que vou vomitar com qualquer coisa que eu coma, os pensamentos ficam a milhão, então, eu to pensando em algo e de repente já vem muitos outros pensamentos no minuto seguinte e são totalmente diferentes, desconexos (é como se eu quisesse dar conta de tudo ou como se o pensamento quisesse me distrair das coisas que eu estava pensando antes e que me deixam em alerta). E eu acho que é isso.

5º) Orientações de como enfrentar e minimizar os sintomas

Participante 01:

Eu assisto série que me faz dar risada, me distrair, jogar alguma coisa

Participante 02:

Eu gosto de assistir séries animadinhos e uns filmes mais bobinhos, tipo musical.

APÊNDICE B

APÊNDICE B – Questionários sociodemográficos respondidos

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

A)

Nome: [REDACTED]

Idade: 19 Data de nascimento: 23/01/2001

Sexo: feminino Gênero: feminino

Naturalidade: São Paulo - SP

Nacionalidade: brasileira

Cor de pele: branca Renda mensal familiar: 7 mil

Estado Civil: solteira Religião: agnóstica

Escolaridade: Ensino médio completo Ocupação: costureira por vestimenta

Escola em que estuda: Atália Prado Margarida

Curso pré-vestibular que frequenta: Curso

Meio de transporte utilizado para ir às atividades: ônibus

Idade dos responsáveis legais (Ex: mãe, pai, avós, tios etc)

Responsável 1 42

Responsável 2 (se houver) 38

Escolaridade do responsável 1: Ensino médio completo

Escolaridade do responsável 2 (se houver): Ensino médio completo

Profissão do responsável 1: agente penitenciário

Profissão do responsável 2 (se houver): assistente comercial

Como você caracteriza a relação com o seu responsável 1? boa

Como você caracteriza a relação com o seu responsável 2 (se houver)? instável

Estado Civil do responsável legal:

Casado (a) Separado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)
 Solteiro (a)

B)

1). Você usa algum tipo de medicamento regular ou com alta frequência ultimamente?

não

2). Se sim, qual/ quais? _____

3). Você já usou algum tipo de medicamento psicotrópico ou faz uso atualmente?

não

4). Você já esteve internado por algum tempo? Se sim, por qual razão?

não

5). Você faz acompanhamento pedagógico ou tratamento psicológico ou psiquiátrico?

não

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

A)

Nome: [REDACTED]

Idade: 18 Data de nascimento: 27/05/2001

Sexo: Feminino Gênero: Feminino

Naturalidade: São Paulo - SP

Nacionalidade: Brasileira

Cor de pele: Parda Renda mensal familiar: R\$ 3.500,00

Estado Civil: Solteira Religião: Espírita

Escolaridade: Ensino M. Completo Ocupação: Estudante

Escola em que estuda: EEEI. Prof. Sebastião de Oliveira Rocha

Curso pré-vestibular que frequenta: CAASO

Meio de transporte utilizado para ir às atividades: Ônibus

Idade dos responsáveis legais (Ex: mãe, pai, avós, tios etc)

Responsável 1 46 (mãe)

Responsável 2 (se houver) 50 (pai)

Escolaridade do responsável 1: Ensino Médio Completo

Escolaridade do responsável 2 (se houver): Ensino Médio Completo

Profissão do responsável 1: Operadora de Telemarketing

Profissão do responsável 2 (se houver): Eletricista

Como você caracteriza a relação com o seu responsável 1? Boa

Como você caracteriza a relação com o seu responsável 2 (se houver)? Boa

Estado Civil do responsável legal:

Casado (a) Separado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)
 Solteiro (a)

B)

1). Você usa algum tipo de medicamento regular ou com alta frequência ultimamente?

Sim, problemas hereditários

2). Se sim, qual/ quais? Cabergolina

3). Você já usou algum tipo de medicamento psicotrópico ou faz uso atualmente?

Não

4). Você já esteve internado por algum tempo? Se sim, por qual razão?

Não

5). Você faz acompanhamento pedagógico ou tratamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim

APÊNDICE C

APÊNDICE C – Transcrição entrevista semiestruturada Participante 01

- Por que você se interessou em participar das intervenções?
Porque eu tenho muita ansiedade e senti que precisava mesmo. Eu não faço nenhum tipo de terapia e como seria uma coisa que me ajudaria porque é gratuito me ajudaria bastante mesmo que fosse só uma coisinha.
- Como você tem se sentido em relação a rotina do pré-vestibular, estudos, simulados etc.?
Eu tava muito embolada, não estava conseguindo administrar e daí eu procurei cronogramas, agendas, todas essas coisas que você me ensinou e daí foi ajudando.
- Algo tem te deixado ansioso ou triste ultimamente? O que?
Só o receio de não passar porque eu não tenho nenhum outro plano.
- Aconteceu algo atípico a sua rotina nos últimos 30 dias? O que você acha que pode ter influenciado isso?
Acho que não, nada. Mas uma semana antes desse primeiro final de semana do ENEM eu tive um surto, acho que foi porque foi a primeira prova e me bateu aquele desespero. Eu não conseguia parar de estudar e essas coisas. Eu dormia muito pouco e estudava muito, mas o surto foi só nessa semana antes do enem, ainda bem. Eu fiz essa primeira etapa do ENEM e vou fazer fuvest e vunesp, uma atrás da outra.
Fisicamente eu estava muito cansada pro ENEM porque eu ficava no limite, não tinha tempo pra descansar nada. Pras outras provas vai ser tranquilo porque eu já não vou ter aula do cursinho e tenho uma viagem pra fazer, acho que vou conseguir descansar, relaxar né. Eu vou precisar só revisar um pouquinho, mas não me matar de estudar como antes.
A minha família tava bem, em relação aos vestibulares sempre tem uma pressãozinha né, eles perguntando sobre os resultados, mas

nada muito tenso. Tanto é que meu pai disse que se não der esse ano tá tudo bem, eu posso tentar de novo e tô nova.

- Você considera saber identificar sintomas de ansiedade e depressão? Se sim, você considera que a intervenção tem influência sobre isso?

Sim! De ansiedade principalmente, ainda mais porque eu tenho e depressão é mais vindo pelos meus amigos.

Considero, você apresentou as informações sobre né, quais eram os sintomas de cada um.

- Você considera saber como minimizar esses sintomas e quais serviços procurar caso os possua? Se sim, você considera que a intervenção tem influência sobre isso?

Sim, para minimizar a ansiedade tem uns podcasts no spotify que meu professor indicou pra gente ouvir antes de começar a fazer as coisas que daí já vai acalmando, ele ensinou um exercício de respiração. Isso deixa a gente mais produtivo e pode amenizar a ansiedade. Sobre serviços eu não sei dizer, não lembro.

Você apresentou algumas técnicas e eu fiquei sabendo um pouquinho mais do que eu já sabia. Gostei bastante da intervenção porque como é uma coisa gratuita que foi até a gente, deu pra ter um pouco mais de noção sobre o assunto porque eu não sabia tanto e como ajudou a administrar os estudos foi essencial para estudar melhor para as provas. A única coisa que teria sido melhor era se a intervenção tivesse sido no início do ano porque era tanta coisa pra estudar que eu paralisava, não sabia como administrar os horários e como eu tinha afazeres de casa eu não sabia como ir intercalando e eu percebi que só aprendi melhor no final.

APÊNDICE D

APÊNDICE D – Transcrição entrevista semiestruturada participante 02

- Por que você se interessou em participar das intervenções?

Ah, por conta do professor de sociologia, porque ele sempre trazia a questão da psicologia e como a gente devia olhar a sociedade por esse olhar da psicologia e da sociologia, sempre lembrando que o coletivo é reflexo do indivíduo, então temos que olhar para o indivíduo para entender o indivíduo como um todo. Isso me instigou a olhar mais para mim e conseguir me perceber e isso entra na saúde mental, como eu reajo às coisas e lido com elas, então gostei do seu trabalho por causa do tema e quis participar.

- Como você tem se sentido em relação a rotina do pré-vestibular, estudos, simulados etc.?

Foi um ano no 220 volts, então 24 horas por dia, o tempo todo eu pensava sobre o que eu tinha que estudar, o que eu já tinha estudado. Poucos momentos de lazer e até em momentos de lazer, que eram raros, eu tava tentando produzir alguma coisa. Por exemplo, eu fui numa xícara e quando todo mundo foi dormir eu fui passar a limpo uma redação porque eu tava presa a ciclo de querer aproveitar qualquer tempo livre. Foi um ano voltado completamente para o vestibular.

- Algo tem te deixado ansiosa ou triste ultimamente? O que?

Ah, eu já fiz outras versões do Enem, em 2018 até eu não consegui a nota e a minha escola pressionava muito, o ano todo foi assim. Eles também tinham uma esperança muito grande em mim e você acaba acreditando que com certeza vai conseguir/passar, mas eles não trabalham a parte do tá tudo bem se você não conseguir e o que pode ser feito a partir disso, então foi bem difícil.

Quanto mais se aproximava da prova mais forte vinha aquela sensação de que talvez eu fracassasse de novo e daí eu ia ler e ver tudo o que eu ainda precisava estudar e me desesperava porque não ia ter tempo e tinha muita coisa pra fazer. Foi bem assustador. Daí eu lembro disso e parece que revivo esses sentimentos ruins, mas agora tá melhor. Me sinto mais preparada, sabe.

- Aconteceu algo atípico a sua rotina nos últimos 30 dias? O que você acha que pode ter influenciado isso?

Não, acho que não. Em 2018 eu tive uma briga feia com a minha mãe entre um Enem e outro (final de semana) e fiquei estressada durante a semana toda e aí nesse ano eu tentei ficar de boa, evitar conflitos e focar na prova para estar bem. Daí como não aconteceu nada de diferente mesmo... tudo fluiu melhor.

- Você considera saber identificar sintomas de ansiedade e depressão? Se sim, você considera que a intervenção tem influência sobre isso?

Acredito que sim, consigo identificar. Isso é até legal porque consigo não deixar que isso se perca muito. Então se tô desanimada há uma semana e pouco, já começo a pensar em coisas que eu gosto de fazer, que me deixam feliz pra eu colocar na minha rotina porque, as vezes, eu parei de fazer e voltando a fazer distrai minha cabeça.

Acredito que sim, tem a ver com a intervenção, com as aulas que eu tive com o meu professor e é legal que eu consigo perceber nas outras pessoas e ajudar elas a verem que tem alguma coisa meio errada com elas.

- Você considera saber como minimizar esses sintomas e quais serviços procurar caso os possua? Se sim, você considera que a intervenção tem influência sobre isso?

Sim considero! Sei o telefone da preservação a vida que é o 188, conversar com pessoas que a gente se sintam livres para poder falar de qualquer coisa, um psicólogo... inclusive, eu vou frequentemente em um e foi uma opção minha, incentivo meu mesmo porque eu tava no ano de pré-vestibular (terceirão) e eu falei: eu quero ir em um psicólogo, psicólogo, psicólogo! (risos).

Acho que em partes a intervenção ajudou sim a eu entender o que fazer diante disso, a minha igreja também fala bastante sobre essas coisas (saúde mental) e eu acho que tipo, a intervenção é parte da comunidade e a comunidade trouxe essas informações pra mim.

APÊNDICE E

APÊNDICE E - Escala de sofrimento mental comum SRQ 20

Participante 01 – Primeira aplicação

ANEXO A – ESCALA DE SOFRIMENTO MENTAL COMUM (SELF REPORT QUESTIONNAIRE 20 – SRQ-20)

NOME XXXXXXXXXX DATA 10 / 09 / 19

SRQ

VOCÊ PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça frequentes?	Sim	Não
02- Tem falta de apetite?	Sim	Não
03- Dorme mal?	Sim	Não
04- Assusta-se com facilidade?	Sim	Não
05- Tem tremores de mão?	Sim	Não
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	Sim	Não
07- Tem má digestão?	Sim	Não
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	Sim	Não
09- Tem se sentido triste ultimamente?	Sim	Não
10- Tem chorado mais do que de costume?	Sim	Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim	Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim	Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	Sim	Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim	Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim	Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim	Não
17- Tem tido ideias de acabar com a vida?	Sim	Não
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	Sim	Não
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim	Não
20- Você se cansa com facilidade?	Sim	Não

A - Total de sim P

Escala de sofrimento mental comum SRQ 20

Participante 01 – Segunda aplicação

(2)

ANEXO A – ESCALA DE SOFRIMENTO MENTAL COMUM (SELF REPORT QUESTIONNAIRE 20 – SRQ-20)

NOME _____ DATA ____/____/____

SRQ

VOCÊ PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça frequentes?	Sim	Não
02- Tem falta de apetite?	Sim	Não
03- Dorme mal?	Sim	Não
04- Assusta-se com facilidade?	Sim	Não
05- Tem tremores de mão?	Sim	Não
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	Sim	Não
07- Tem má digestão?	Sim	Não
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	Sim	Não
09- Tem se sentido triste ultimamente?	Sim	Não
10- Tem chorado mais do que de costume?	Sim	Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim	Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim	Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	Sim	Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim	Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim	Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim	Não
17- Tem tido ideias de acabar com a vida?	Sim	Não
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	Sim	Não
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim	Não
20- Você se cansa com facilidade?	Sim	Não

A - Total de sim [] [] [] P

APÊNDICE F

APÊNDICE F - Escala de sofrimento mental comum SRQ 20

Participante 02 – Primeira aplicação

ANEXO A – ESCALA DE SOFRIMENTO MENTAL COMUM (SELF REPORT QUESTIONNAIRE 20 – SRQ-20)

NOME [REDACTED] DATA 10 / 9 / 19

SRQ

VOCÊ PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça frequentes?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
02- Tem falta de apetite?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
03- Dorme mal?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
04- Assusta-se com facilidade?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
05- Tem tremores de mão?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
07- Tem má digestão?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
09- Tem se sentido triste ultimamente?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10- Tem chorado mais do que de costume?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
17- Tem tido ideias de acabar com a vida?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
20- Você se cansa com facilidade?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

A - Total de sim P

Participante 02 – Segunda aplicação

Coleta 2

ANEXO A – ESCALA DE SOFRIMENTO MENTAL COMUM (SELF REPORT QUESTIONNAIRE 20 – SRQ-20)

NOME [REDACTED] DATA ___/___/___

SRQ

VOCÊ PODERIA POR FAVOR RESPONDER ÀS SEGUINTE PERGUNTAS A RESPEITO DA SUA SAÚDE:

01- Tem dores de cabeça frequentes?	Sim	Não
02- Tem falta de apetite?	Sim	Não
03- Dorme mal?	Sim	Não
04- Assusta-se com facilidade?	Sim	Não
05- Tem tremores de mão?	Sim	Não
06- Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	Sim	Não
07- Tem má digestão?	Sim	Não
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	Sim	Não
09- Tem se sentido triste ultimamente?	Sim	Não
10- Tem chorado mais do que de costume?	Sim	Não
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim	Não
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	Sim	Não
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	Sim	Não
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim	Não
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim	Não
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim	Não
17- Tem tido ideias de acabar com a vida?	Sim	Não
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	Sim	Não
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	Sim	Não
20- Você se cansa com facilidade?	Sim	Não

A - Total de sim |__|_|P