



JHONATAS HELICON SCHULZ

**OS IMPACTOS DA PRESSÃO PSICOLÓGICA EM ACADÊMICOS DE
PSICOLOGIA**

**Sinop/MT
2021**

JHONATAS HELICON SCHULZ

**OS IMPACTOS DA PRESSÃO PSICOLÓGICA EM ACADÊMICOS DE
PSICOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia-UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop/MT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Cleoni Regauer

**Sinop/MT
2021**

JHONATAS HELICON SCHULZ

**OS IMPACTOS DA PRESSÃO PSICOLÓGICA EM ACADÊMICOS DE
PSICOLOGIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia – UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop/MT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em ___/___/_____

Cleoni Regauer
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

Ana Paula Pereira
Coordenadora do Curso de Psicologia
UNIFASIPE – Centro Universitário Unifasipe

DEDICATÓRIA

Aos familiares, esposa, professores, colegas e amigos da faculdade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ter dado a oportunidade de conhecer uma profissão de excelência.

Aos meu pais, irmãos e minha amada esposa, que mesmo em meio às dificuldades me ajudaram a lutar pelos meus sonhos.

Aos amigos, por me ajudarem, no decorrer da faculdade, a ser mais confiante, empático, honesto e grato pela amizade que se tornou uma irmandade que vai longe após o término do curso.

Aos professores, pelo ensino, conhecimento e que contribuíram com suas experiências como psicólogos. Gratidão pela amizade que se constituiu durante os 5 anos de faculdade.

A minha orientadora, pela paciência, carinho... pela grande pessoa que é. Orgulho de tê-la como professora, psicóloga e principalmente como amiga.

RESUMO

Evidencia-se que os acadêmicos matriculados em uma instituição de ensino superior têm demonstrado desenvolvimento de patologias que prejudicam a própria saúde mental devido ao estresse acumulado durante o curso. Uma sobrecarga de emoções provenientes da pressão psicológica que enfrentam durante a vida acadêmica. O objetivo geral deste trabalho é demonstrar a possibilidade de se desenvolver patologias psicológicas ao se expor aos estresses e pressões psicológicas do meio acadêmico. Com isso, pretendeu-se também trazer, a essa problemática, maneiras de prevenção e um olhar mais atento aos indivíduos que ingressam em instituições de ensino, assim como valorizar o psicológico individual do acadêmico, em meio as barreiras que enfrentaram até se formarem como profissionais da área da psicologia ou entre outras áreas. As metodologias usadas neste trabalho foram as pesquisas de campo e quantitativa, com intuito de coletar informações sobre a pressão psicológica em acadêmicos de psicologia, pois há uma pequena quantidade de informações que basicamente não agregam os motivos e fatores que influenciam certas patologias e doenças físicas e mentais nos acadêmicos. Para tal, foram realizados entrevistas e questionário. Os resultados expressaram uma alta quantidade de indivíduos no qual sofrem algum tipo específico sofrimento mental na proporção indicada pelo teste SRQ-20, entretanto os níveis de ansiedade e depressão se mantiveram em uma proporção no que correspondem uma taxa de 60% do participantes se enquadraram no nível moderado de ansiedade por sua vez 80% dos 72 participantes se enquadraram no nível grave de depressão cujo coloca em evidencia uma preocupação em relação aos acadêmicos e sua saúde mental.

Palavras-chave: Patologias. Psicologia. Pressão Psicológica.

ABSTRACT

It is evident that academics present in an institution such as college and universities have demonstrated developments in pathologies that harm their own mental health due to the accumulated stress during their college, an overload of emotions arising from the psychological pressure they face during their academic life. The general objective of this work is to demonstrate that it is possible to develop psychological pathologies by being exposed to psychological stress and pricing in the academic environment. In this way, also bringing to work ways of prevention and a closer look at individuals who become black in colleges and universities, as well as valuing the individual psychological of the academic, in the midst of the barriers they faced until they graduated as professionals in the field of psychology or among other areas. The methodology used for this work will be a field and quantitative research in which the objective is to collect information about psychological pressure in psychology students, as there is a tiny amount of information that basically does not aggregate the reasons and factors that influence certain pathologies and physical and mental illnesses in academics. It will be based on interviews, a research questionnaire and it will be an assessment scale including small tests. The results expressed a high amount of individuals in which they suffer some specific type of mental suffering in the proportion indicated by the SRQ-20 test, however the levels of anxiety and depression remained in a proportion corresponding to a rate of 60% of the participants fit in the moderate level of anxiety, in turn, 80% of the 72 participants fit the severe level of depression which highlights a concern with academics and their mental health.

Keywords: Pathologies. Psychology. Psychological Pressure.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultado teste SQR-20 – 2º Semestre	37
Gráfico 2: Resultado teste SQR-20 – 4º Semestre	37
Gráfico 3: Resultado teste SQR-20 – 6º Semestre.....	38
Gráfico 4: Resultado teste SQR-20 – 8º Semestre.....	38
Gráfico 5: Resultado teste SQR-20 – 10º Semestre.....	39
Gráfico 6: Escala de ansiedade.....	40
Gráfico 7: Escala de depressão.....	41

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Teste SRQ-20.....	33
Quadro 2: Critérios de classificação em cada um dos Níveis de Ansiedade.....	34
Quadro 3: Questionário Ansiedade.....	34
Quadro 4: Critérios de classificação em cada um dos Níveis de Depressão.....	35
Quadro 5: Questionário da escala de depressão	36
Quadro 6: Resultado da escala de ansiedade.....	40
Quadro 7: Resultado da escala de depressão.....	42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Problematização.....	12
1.2 Justificativa	12
1.3 Objetivos.....	13
1.3.1 Geral.....	13
1.3.2 Específicos	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 A Psicologia	14
2.2 Pressão psicológica	15
2.3 Ansiedade e Depressão	16
2.3.1 Fatores que propiciam a ansiedade na vida acadêmica.....	17
2.4 Transtorno do Pânico	18
2.5 Estresse e o seu alto custo à saúde.....	19
2.6 Uso de drogas	21
2.7 Importância da saúde mental e o bem estar	23
2.7.1 Equilíbrio emocional e Inteligência emocional	24
2.8 Abordagem Teoria Cognitiva Comportamental	25
2.8.1 Crenças e pensamentos automáticos	26
3. METODOLOGIA.....	28
3.1 Tipo de Pesquisa	28
3.2 Procedimentos técnicos	29
3.2.1 Pesquisa bibliográfica	30
3.2.2 Pesquisa de campo	30
3.2.3 Pesquisa Ex-Post-Facto	30
3.3 População e Amostra	30
3.4 Considerações éticas	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 População amostra	33
4.2 Tabulação	33
4.3 Etapa 1 – teste SRQ-20	32
4.3.1 Etapa 2 e 3 – Escala de ansiedade e depressão de Beck	34

4.3.2 Resultados	37
4.3.3 Escala de depressão	43
4.3.4 Discussão	43
5. CONSIDERAÇÕES	43
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS	52

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho teve o intuito de levar ao leitor o fator responsável pela problematização do jovem adulto em relação ao início da vida acadêmica, momento esse em que a busca por uma vida bem sucedida, a necessidade em mostrar e definir sua carreira, especialmente manter seu esforço no intuito de tirar boas notas e ser o melhor por uma aceitação dentro da sociedade, estão correlacionados à pressão do cotidiano.

Dentro do ambiente acadêmico, esse jovem sofre pressões psicológicas que o afeta das mais diferentes maneiras possíveis e pode resultar em patologias psicológicas ao decorrer de toda a sua formação. Os grandes desafios e as grandes cobranças sobre sua vida acadêmica fazem com que acadêmicos se tornem mais suscetíveis e vulneráveis a apresentarem casos patológicos. Alguns desses casos são mais frequentes com o surgimento da ansiedade e da depressão, sendo possível identificar os jovens que sofrem, muitas vezes, sem saber.

Outra perspectiva foi a relação dessas patologias com as doenças físicas e emocionais que se agrupam no mesmo contexto, levando o jovem a atos de vícios e até mesmo a casos de alto nível de preocupação emocional que podem levar o indivíduo a ter uma saúde estagnada e prejudicá-lo no meio social.

Dentro desse conceito se faz necessário a intervenção psicológica, no qual possibilita o tratamento e a prevenção da saúde mental e emocional que o jovem acadêmico possa ter em relação ao seu curso. Para que essa intervenção possa ser realizada, fica claro que a psicoeducação é primordial ao indivíduo, ajudando-o a se conectar com seu emocional e mudando seus pensamentos e comportamentos. A psicoeducação é uma intervenção psicoterapêutica com objetivo de focar mais as satisfações e ambições relacionadas aos objetivos almejados pelo paciente do que uma técnica voltada para curar determinada doença (AUTHIER, 1977).

Nogueira et al. (2017) relatam que desde o início do processo psicoterápico, o psicoterapeuta utiliza essa estratégia para auxiliar o paciente no foco do tratamento, estimulando que aprenda a lidar com seu problema e consiga reestruturar suas cognições, emoções e comportamentos.

O tratamento através da terapia é o mediador do alto nível de qualidade de vida do indivíduo e o equilíbrio emocional sempre ativo. Uma das abordagens contidas nessa perspectiva da pressão psicológica é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Ela trabalha os pensamentos deste indivíduo mudando até sua total alteração de comportamento

em relação aos ambientes estressores e modificadores de humor. Segundo Knapp (2004), o objetivo da TCC é quebrar o ciclo que perpetua e amplifica os problemas do indivíduo. Para tanto, há uma série de técnicas capazes de modificar os pensamentos automáticos e, conseqüentemente, eliminar o impacto da tendenciosidade no humor e no comportamento.

1.1 Problematização

Atualmente, com o aumento das funções curriculares e da concorrência em cargos públicos e empresas privadas no ramo da psicologia, a pressão psicológica está sendo um fator mais aparente no cotidiano dos acadêmicos que chegam ao ensino superior com o objetivo de obter uma profissão em meio a tanta concorrência. Nota-se que ao decorrer da graduação, os acadêmicos se mostram com dificuldades na aprendizagem, relacionamento interpessoal e o desenvolvimento profissional.

Pode-se dizer que tais situações estão acontecendo conforme a pressão psicológica presente no decorrer da graduação. Isso resulta em patologias que agravam a saúde do acadêmico, dentre elas estão a ansiedade, o transtorno do pânico, as depressões e as fobias.

Outras características englobam o fracasso psicológico do indivíduo em sua caminhada acadêmica. Elas se voltam na pressão psicológica que a faculdade impõe ao indivíduo gradualmente. Fatores como provas, trabalhos, estágios, horas curriculares, trabalho de conclusão de curso (TCC), monografias, apresentação de trabalhos em bancas de avaliação, entre outros fatores, podem prejudicar o acadêmico ao decorrer da vida acadêmica.

Partindo dessas hipóteses, nota-se que é necessária uma avaliação para conhecimento mais profundo dessas problemáticas que ocorrem silenciosamente afetando os acadêmicos de psicologia e de outros cursos. Como evitar essa pressão psicológica e possivelmente as patologias correlacionadas? Cabe uma pesquisa minuciosa para, entre esses acadêmicos, buscar e apontar as causas que são prejudiciais no decorrer da sua formação acadêmica.

1.2 Justificativa

É de grande importância a abordagem do tema sobre pressão psicológica pelos fatores que se enquadram no desenvolvimento pessoal do indivíduo como acadêmico, o que pode acarretar uma série de patologias que adoecem o psicológico do acadêmico.

Portanto, se faz necessário uma pesquisa minuciosa para debater sobre possíveis prevenções psicológicas dos acadêmicos, bem como o uso de ferramentas necessárias para o recebimento de informações e formulação de hipóteses que demonstrarão quais deficiências

que causam um agravo no desenvolvimento psicológico do indivíduo no decorrer da graduação.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Investigar as causas do desenvolvimento de patologias psicológicas em acadêmicos do 1º ao 10º semestre durante o Ensino Superior do curso de psicologia.

1.3.2 Específicos

Relatar as possíveis patologias correlacionadas à pressão psicológica;

Descrever cada patologia e suas atribuições ao indivíduo;

Destacar meios de prevenções;

Elaboração de hipóteses e o resultado da pesquisa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Nos dias atuais, o indivíduo acadêmico passa a maior parte dos seus estudos sofrendo por pressões do cotidiano, vivenciando ambientes estressores que ocasionam uma vida carregada de preocupações, de maneira que permite o surgimento de doenças psicológicas no qual atribuem a uma vida instável, emocionalmente e fisicamente. Dados esses fatos, a vida acadêmica tem demonstrado, em um contexto geral, a facilidade que o indivíduo tem em praticar atos viciosos, passar por fatores emocionais de ansiedade, depressão e desequilíbrio emocional, podendo essas características e problemas perdurarem para o resto da vida.

Esses fatores estão presentes ao decorrer deste trabalho como forma de alerta e prevenção aos futuros acadêmicos. Os temas estão relacionados, tanto patologias associadas como doenças físicas e; e também formas de ajuda como terapias emocionais e trabalhos preventivos.

2.1 Psicologia

A psicologia é uma ciência e uma profissão em que os estudos estão voltados para os processos mentais e comportamentos do ser humano. A psicologia busca recursos para compreender o ser humano em sua totalidade, sejam nos comportamentos, pensamentos ou emoções, auxiliando cada pessoa na convivência consigo mesmo, com o outro e com as situações ao longo da vida. Freire (2003, p. 12) relata que “na forma como se entende normalmente, a psicologia se propõe a ser um estudo científico do comportamento humano (e animal, para alguns) que se situaria a meio caminho entre o conhecimento biológico e o conhecimento dos processos sociais”.

Feldman (2015) diz que a psicologia é uma ciência que estuda os processos mentais e os comportamentos humanos, entretanto, vai muito mais além do que isso, ela busca compreender os pensamentos dos indivíduos, suas percepções, emoções, suas lembranças, e processos racionais.

Para dar ênfase ao que a psicologia representa, Todorov (1985) ressalta que a Psicologia é o estudo de interações comportamento-ambiente, qualquer que seja a abordagem que se prefira. Todas estudam a relação entre algum processo do organismo e algum aspecto do ambiente, interno ou externo ao próprio organismo.

A psicologia vê o ser humano em sua totalidade e suas potencialidades. Atribuído à capacidade de trabalhar o comportamento, o psicólogo tem uma perspectiva do amplo, pois

ele, por sua vez, baseado em Feldman (2015), os psicólogos tentam descrever, prever e explicar o comportamento e os processos mentais, além de ajudar a melhorar a vida das pessoas e do mundo em que elas vivem.

Para toda análise psicológica, o psicólogo necessita de um método que proporcione suas afirmações e pensamentos para dar respostas ao seu critério de diagnóstico, no qual Lamal (1979) relata que o método científico é a base de toda pesquisa psicológica, sendo usado para encontrar respostas válidas”.

A psicologia no futuro tende a expandir e se tornar mais especializada. Terá como objetivo a atenção e a prevenção do que apenas o tratamento, na perspectiva psicológica, estará preocupado com o interesse da população que necessita da ajuda psicológica, colocando em constante atenção o crescimento populacional do mundo atual. Nessa perspectiva, a psicologia se preocupa com a razão pela qual fazemos o que fazemos, sentimos o que sentimos e pensamos o que pensamos (GLEITMAN; REISBERG; GROSS, 2009).

Conforme o conhecimento se expande, a psicologia tem a tendência de se tornar mais especializada, novos pensamentos e perspectivas tendem a surgir no contexto da psicologia como ciência, engajando novas áreas de pensamentos e abordagens no que se refere ao tratamento voltado aos comportamentos e processos mentais do indivíduo.

2.2 Pressão psicológica

A pressão psicológica tem suas variantes cujos significados são os mesmos, sejam eles conhecidos como abuso psicológico e violência psicológica. Entretanto, a literatura referente à pressão psicológica é totalmente escassa. Ainda assim, pode-se fazer uma analogia ao proposto pela OMS (Organização das Nações Unidas) em 1987, que diz que a tortura, seja física ou psicológica, é todo ato com intenção de causar dor ou sofrimento intencionalmente.

Essa analogia pode ser trazida para âmbito do relacionamento interpessoal do indivíduo, pois qualquer que seja a intenção de causar dor psicológica através da pressão ou violência emocional é caracterizado pelo ato em si. No Brasil, essa perspectiva sobre a violência psicológica é caracterizada, como toda ação ou omissão que causa ou visa causar danos na autoestima, a identidade ou o desenvolvimento da pessoa (BRASIL, 2001). Ela pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações que se arrastam durante muito tempo e, se agravadas, podem levar a pessoa provocar o suicídio.

As consequências desse tipo de ato podem causar impactos na saúde mental do indivíduo, que vai se danificando com o decorrer do tempo. Essa ação resulta em

pensamentos negativos que elevam seu emocional até propiciar o desenvolvimento de transtornos mentais, resultantes da deterioração do estado psicológico, causando esgotamento psicológico, isolamento social, irritabilidade, insônia pensamentos automáticos destrutivos, emoções conturbadas, ansiedade e depressão em casos mais sérios. Esses efeitos podem causar doenças físicas que, segundo Miller (2002), são ansiedades que podem desencadear sintomas físicos, como dores de cabeça, úlceras, erupções cutâneas, dor de cabeça, preocupações excessivas, baixa autoestima, depressão, dentre outros.

A pressão psicológica está inserida em todos os ambientes, e é válido para os indivíduos que ingressam na faculdade com o objetivo da busca pela profissão desejada. Isso traz à tona a diversidade de problemas sociais e demonstra que grande parte das instituições de ensino não possui um programa de prevenção à saúde mental do acadêmico.

2.3 Ansiedade e Depressão

A ansiedade e a depressão são caracterizados por medo ou apreensão do futuro, medo ou desconforto emocional diante da antecipação do perigo. Segundo Dalgarrondo (2008, p.166) os principais desconfortos mentais são a “inquietação interna, medo difuso e impreciso, apreensão desagradável, sensação de opressão, preocupações exageradas, insegurança, irritabilidade e dificuldade para se concentrar”. Lindgren e Byrne (1982, p. 259) também relatam que “as respostas do organismo à interferência, à frustração e a outras formas de estímulos ameaçadores dependem da maneira pela qual o organismo percebe a situação, o que depende, por sua vez, da experiência adquirida, ou seja, do que ele aprendeu”.

A ansiedade pode ser desencadeada por inúmeras situações em que seu significado não é claro o suficiente. Porém, é compreensível pela maneira em que os conflitos aparecem em um grau que percebemos o motivo da ansiedade naquele momento no qual “o comportamento movido pela ansiedade é, até certo ponto, irracional. Como a situação ameaçadora é por característica ambígua, costumamos ter dificuldades em saber exatamente a que reagir, ou como fazer para resolver o problema” (LINDGREN; BYRNE, 1982, p.259).

Em relação a pressão psicológica, ela se dá a grande quantidade de estresse que o indivíduo encontra em sua caminhada enfrentando seus medos na faculdade. É frequente que muitos dos acadêmicos que ingressam em uma faculdade fiquem distantes da família e com a responsabilidade de morar em outra cidade. De acordo com o DSM-V (p. 190-191) os critérios de diagnósticos de “sofrimento excessivo são recorrentes diante a ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de apego”.

A maioria dos acadêmicos que ingressam em uma faculdade está em transe da adolescência para a fase adulta, momento esse mais suscetível por ser uma fase mais propensa aos conflitos de desenvolvimento social e psicológico. Como resultado, se tornam pessoas mais suscetíveis com relação aos problemas reais ou as situações imaginárias frente ao mundo. É nesse momento que se deve manter um olhar capaz de identificar a manifestação da ansiedade. De acordo com o estudo realizado por Serra et al. (1980), na adolescência, o medo é direcionado à ameaças ou perigos subjetivos atribuindo-os à chamada crise de identidade. Em relação à ansiedade, as categorias mais frequentes no estudo foram as ligadas a solidão, ao desconhecido, a rejeição e ao futuro.

Com o abuso psicológico, o indivíduo acaba se vinculando aos transtornos depressivos pela forma que está em conflito psicologicamente ao lidar com a ansiedade gerada pela pressão eminente durante as aulas, trabalhos, provas.

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida. (DSM-V, 2014, p. 155).

Essa permanência do fator depressivo estar presente é apontada como uma fuga para as possíveis crises de ansiedade ou a não compreensão dessa ansiedade que surge em algum momento do seu desenvolvimento. Segundo Versiani, Reis e Figueira (2000), essas crises são descritas como sintomas da depressão, atividades de risco, antissociais, não cooperativas e com dificuldade na identificação e expressão de sentimentos.

2.3.1 Fatores que propiciam a Ansiedade e Depressão na vida acadêmica

Ao final da adolescência, ingressando na fase adulta, geralmente é marcada por inúmeros períodos de mudanças que caracterizam o tormento psicossocial, caracterizado pela mudança da grade curricular do ensino médio para a transição e o ingresso na faculdade. Essa mudança de vida ocasiona ao indivíduo o estabelecimento da busca pela identidade social. Ele procura se diferenciar de maneira que se destaque dentro da sociedade e essa busca pela identidade ainda emergente na fase da adolescência assim, como é descrito por Erikson (1963, p. 242), sendo “uma mente ideológica e, de fato, é a

visão ideológica de uma sociedade a que afeta mais claramente o adolescente mais ansioso por se firmar perante seus iguais”. Essa busca pela aceitação e definição dentro da sociedade propicia a elevação de seus pensamentos e acaba expondo suas fraquezas emocionais.

O acadêmico passa a lidar com novos vínculos em seus relacionamentos sociais e como aluno, na adaptação de aprendizagem e formas de avaliação acadêmica, são considerados desafios, tornando seu caráter subjetivo no qual, segundo Smith, Avis e Assman (1999), essa subjetividade é considerada como aquilo que a pessoa percebe, autoavaliando a si própria e sua situação, conhecendo o seu constructo, visualizando as diversas dimensões do conhecimento físico, psicológico, social, que acabam problematizando e gerando fatores estressores, tanto no início como no fim da faculdade. Tais excessos como trabalhos, desmotivações, conflitos entre professores e colegas, atuam nas condições psicológicas do acadêmico durante a graduação trazendo consigo os sintomas dos transtornos de ansiedade e depressão.

Em função do envolvimento e a busca pela formação, as preocupações e a autonomia de si próprio se intensificam no desenvolvimento social no qual espera-se do universitário autonomia em aprendizagem, administrar seu tempo definindo seus objetivos, além de aulas, estágios, trabalhos de conclusão de cursos, e as preocupações após o término da faculdade. Todos esses são fatores que podem gerar ansiedade e insegurança.

2.4 Transtorno do Pânico

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2002), o transtorno de pânico se caracteriza pela presença de ataques recorrentes e inesperados seguidos pela preocupação persistente sobre possíveis ataques futuros e implicações comportamentais relacionadas ao ataque. O manual ainda relata que os ataques de pânico podem ser inesperados, predispostos por uma situação ou ligados a situações. Em relação a agorafobia, o manual a define pela ansiedade de estar em locais de onde pode ser difícil fugir ou não haver ajuda disponível, no caso de ter um ataque de pânico inesperado ou predisposto pela situação.

Quando algo ruim esta prestes a acontecer em relação ao ambiente ou situações emocionais, nada se pode fazer, pois o indivíduo vivencia essa situação aversiva de uma forma negativa que incapacita a percepção, uma vez que a preocupação é relativamente alta, levando a pessoa a uma crise que pode afetar a saúde física (SIDMAN, 1995).

Para se ter um diagnóstico relativamente eficaz desse transtorno é necessário o uso do DSM-IV no que se refere aos critérios que auxiliam na identificação da patologia recorrente da ansiedade. Segundo o DMS-IV:

A. São necessários os critérios 1 e 2: 1. Ataques de pânico recorrentes e espontâneos (inesperados). 2. Pelo menos um ataque foi seguido, durante um mês ou mais, das seguintes características: a) preocupação persistente em relação a ataques adicionais; b) preocupação em relação às implicações do ataque ou às suas consequências (perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer, etc.); c) alteração significativa do comportamento relacionada às crises de pânico. B. Deve-se especificar se há ou não agorafobia associada. C. Os ataques de pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, abuso de droga ou medicamento) ou a uma condição médica geral (por exemplo, hipertireoidismo). D. Os ataques de pânico não são mais bem explicados por outro transtorno mental como fobia social (que ocorre, por exemplo, em situações de exposição a eventos sociais, como falar em público), fobia específica (por exemplo, na presença de um animal específico), transtorno obsessivo compulsivo (por exemplo, quando exposto à sujeira), transtorno de estresse pós-traumático ou transtorno de ansiedade de separação (por exemplo, em crianças, em resposta a estar afastado do lar) (DSM-V, 2014, p. 208).

2.5 Estresse e o seu alto custo à saúde

O estresse tem seu significado derivado do latim “Stringere”, no século XVII. Era caracterizado pela fadiga e pelo cansaço físico. Porém, nos séculos XVII e XIX, o estresse teve outra conotação no qual foi relacionado aos termos de força, esforço e tensão. Seu estudo foi relevante a partir de 1936, pelo cientista e fisiologista Hans Selye, que usou animais em seu estudo em que condicionou a intensas fadigas, e foi a partir do século XX que a ciência aprofundou sua investigação dos efeitos que o estresse causava na saúde física e mental do indivíduo. Segundo Chiavenato (1999, p.377), “estresse é um conjunto de reações físicas, químicas e mentais de uma pessoa a estímulos ou estressores no ambiente”.

Entretanto, o significado de estresse não se restringe, apenas, a tensão ou ansiedade, uma vez que a superexcitação, barulho, críticas, mudanças drásticas no modo de vida da pessoa e até mesmo, a alegria pura, é suficiente para pôr em ação, o mecanismo do estresse no nosso organismo (ANTUNES; LULA; TONANI, 2003).

Nos dias atuais, com a grande pressão imposta pelas empresas, o cotidiano, faculdades, e ambientes que requerem do indivíduo seu esforço físico e psicológico geram frequentemente o estresse na vida de cada indivíduo.

Ressalta-se ainda que diante de todas essas situações, o ser humano está envolvido num processo complexo e dinâmico que abrange as condições somáticas, processos cognitivos e emocionais, influências ambientais e questões sócias (MOURA, 2003). Esses

fatores propiciam uma péssima qualidade de vida, no qual desencadeia uma série de doenças físicas e psicológicas que resultam das influências externas.

Segundo Pinheiro (2000, p. 1), o estresse é “um conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptações que o organismo emite quando é exposto a qualquer estímulo que excite, irrite, amedronte ou o faça muito feliz”. Portanto, o estresse é o envolvimento entre o homem e seu ambiente de convívio, sua vulnerabilidade está dependente de sua personalidade, de seu comportamento mediante aos conflitos externos. É importante ressaltar que é necessário que o indivíduo esteja com seu equilíbrio emocional forte para reagir aos fatores estressantes do cotidiano correlacionando o equilíbrio emocional, físico e mental.

A origem do estresse se dá de duas fontes caracterizadas pela atividade tanto física como mental e emocional. Alguns psicólogos destinam essa forma de estresse em dois pontos distintos: em positiva e negativa. Esse seguimento se resulta em eustresse e distresse. O eustresse é a garantia do estresse caracterizado como positivo em que o indivíduo é capaz de realizar suas metas, superando objetivos, o que significa uma força que beneficia o indivíduo de uma forma a enfrentar a realidade dos desafios. Por sua vez, o distresse é considerado prejudicial e, segundo Bohlander e Snell (2009, p 468) “o estresse se transforma em distresse quando começamos a perceber uma perda do nosso sentimento de segurança e adequação. Falta de animo, desespero e desapontamento transformam o estresse em distresse.”

Bohlander e Snell ainda relatam que:

a reação ao estresse é uma mobilização química coordenada de todo o corpo, visando atingir as exigências para enfrentar ou evitar uma situação de luta e fuga. O sistema nervoso simpático ativa a secreção de hormônios a partir das glândulas endócrinas, que colocam o corpo em uma situação de guerra (BOHLANDER, SNELL, 2009).

Entretanto, os elevados níveis de estresse que o indivíduo acumula podem ativar a síndrome de Burnout mais comum em pessoas sobrecarregadas:

A síndrome de Burnout é um estresse que tem como significado o desgaste tanto mental como físico, e torna-se característico em pessoas que praticam excessivos esforços para corresponderem as solicitações de energia, força ou recursos (FRANÇA; RODRIGUES, 1996, p.71).

As características apresentadas são fatores comuns onde o ambiente social desse indivíduo torna-se carregado de pressões psicológicas resultantes no aparecimento de estresse. É importante enfatizar que a presença de uma qualidade de vida adequada alivia quaisquer problemas futuros aos fatores estressores do ambiente que o indivíduo esteja inserido.

As consequências do estresse produzem problemas biológicos e psicológicos. A resposta mais imediata do estresse ocorre no fator biológico pelo aumento constante dos hormônios corporais supra renais, ocasionando consideravelmente o alto nível da frequência cardíaca e a pressão arterial mandando uma grande quantidade de impulsos elétricos dos neurotransmissores do indivíduo. De acordo com Robbins (2007), uma pessoa que apresenta um alto nível de estresse está sujeita a apresentar pressão alta, irritabilidade, úlceras, perda de apetite e dificuldades em tomar decisões.

Com o alto nível e a exposição frequente dos fatores estressores, o indivíduo acaba evidenciando um declínio do seu nível corporal devido às cargas frequentes de hormônios liberados que deterioram os tecidos corporais dos vasos sanguíneos e do coração. Por fim, o indivíduo se torna mais suscetível a doenças, no qual diminuem a capacidade de enfrentamento dessas doenças infecciosas (DEAN-BORENSTEIN, 2007; MILLER, CHEN, PARKER, 2011).

No âmbito psicológico, os fatores externos mais comuns estão relacionados ao ambiente que o indivíduo vive e que está exposto às opiniões alheias como críticas, comentários, perguntas sem nexos, entre outras. Elevando o nível do estresse aos fatores emocionais no qual incapacita o indivíduo de agir mediante a esses conflitos, em resumo o corpo a mente, as emoções são afetadas de uma forma que o indivíduo passa a ser suscetível a quaisquer doenças, sejam elas físicas e emocionais, incapacitando de manter o seu bem estar equilibrado e com saúde. Spector (2006) e Robbins (2007), em relação ao estado psicológico, as causas maiores são insatisfação, medo, tensão, ansiedade, tédio, excitação, nervosismo, tensão, irritabilidade, raiva, tristeza, mau humor, solidão, ciúmes e frustrações.

2.6 Uso de drogas

Em decorrência do nível elevado de estresse durante o desenvolvimento acadêmico, o indivíduo busca como fuga da realidade e das suas responsabilidades o uso de drogas, que dá ao indivíduo a sensação de prazer e liberdade por diversas razões, as quais vão desde a percepção de prazer da experiência em si. Entretanto, há outros fatores relacionados com a natureza da experiência ao experimentar drogas (MCDOWELL, SPITZ, 1999; KORCHA et al., 2011).

As drogas mais comuns entre jovens são as drogas psicoativas, sendo elas de cunho químico que agem no sistema nervoso central, alterando os estados de humor, percepção e o comportamento do indivíduo. Essas drogas se caracterizam pelo álcool, maconha, anestésicos, estimulantes, controladores de dor, antidepressivos, ansiolíticos, entre outros que possuem

efeitos de alta e baixa potência no organismo. Isso é proveniente da mudança do comportamento no qual, segundo Robbins (2007), são características no hábito da alimentação, concentração, esquecimento, distúrbios do sono, fazem o aumento do consumo de drogas.

Bebida alcoólica é aquela em que a fabricação é resultante da fermentação que propicia a integração de álcool dentro dessa bebida. Na maioria das fabricações, essas bebidas variam do seu teor alcoólico em uma escala alta. Essas bebidas causam dependência, pois atuam na mudança de comportamento e humor, sendo caracterizado como uma droga depressora, pois tem seu efeito voltado à depressão do organismo, como a sonolência e tonturas. É mais comum em festas, roda de amigos, baladas (BRASIL, 2010).

Maconha, conhecida como *Cannabis sativa*, é uma droga mais fácil de se encontrar e comprar, usado como cigarro ou cachimbos, seu efeito vem do (THC) Tetrahydrocannabinol que é um poderoso efeito que envolve alucinações, euforia, perda da noção, perda do equilíbrio e coordenação motora, taquicardia. Seus efeitos variam conforme a potência do (THC). Em partes, a maconha provoca o retardamento cognitivo do indivíduo durante o tempo de uso, pois a maconha é uma droga extremamente viciante (BRASIL, 2010).

Ansiolíticos, antidepressivos e sedativos são fármacos que têm por afirmação o uso medicinal, pois ajudam na regulação do sistema nervoso central. Alguns são caracterizados pelo controle da ansiedade, depressão, insônia, esquizofrenia, entre outras patologias psicológicas que são necessárias para o uso desses fármacos. Porém, eles podem trazer à tona o ato vicioso, tanto físico quanto psicológico, em muitos casos, seu uso excessivo pode ocasionar diversos problemas na saúde do indivíduo (BRASIL, 2010).

Cocaína é uma droga psicoativa mais comum entre jovens. Essa substância também atinge o sistema nervoso central e seu efeito é a elevação dos batimentos cardíacos, elevação eufórica, dilatação das pupilas e a aceleração dos pensamentos. Seu uso contínuo pode ocasionar efeitos físicos tanto nos distúrbios cardíacos psíquicos crônicos e psiquiátricos. O vício dessa droga leva o indivíduo a uma overdose pela parada cardíaca e respiratória, podendo levar ao óbito (BRASIL, 2010).

LSD (dietilamida do ácido lisérgico), conhecida como a droga alucinógena sintética fabricada em laboratórios químicos, alteram a mente provocando a distorção da realidade. Alucinações são frequentes, sejam elas auditivas e visuais, que ocasionam sensações de medo e pânico, desequilibrando as emoções de alegria e tristeza (BRASIL, 2010).

Tabaco é composto pela presença da nicotina e é mais comum de ser comprado em forma de cigarro, extremamente viciante pela composição química, pois é capaz de dar ao

indivíduo a sensação de relaxamento muscular. Seu efeito é bem parecido com a da cocaína. Seu uso constante pode causar a dificuldade de concentração, impotência sexual, taquicardia, entre outros problemas mais comuns como câncer no pulmão (BRASIL, 2010).

Em faculdades, as drogas mais comuns são: o consumo de bebidas alcoólicas, o uso de tabaco, maconha e alucinógenos. O uso desenfreado é resultante da busca pelo sentimento de alívio que muitas vezes não se encontra no cotidiano do indivíduo em meio a sociedade. Essas pressões surgem no decorrer da graduação podendo se estender ao ciclo vicioso que persegue até o fim da vida (BRASIL, 2010).

Há um indicador no qual o indivíduo através de um simples teste de leitura pode identificar se o uso de drogas em seu meio social se tornou um abuso descontrolado. Esses sinais, segundo o NIDA (2000), se caracterizam:

sempre beber ou drogar-se para se divertir; ficar alto ou drogado a maior parte do tempo; ficar drogado para começar fazer as coisas; trabalhar ou estudar sob o efeito de álcool ou drogas; perder a aula ou estar despreparado para o trabalho porque bebeu ou drogou-se; dirigir sob efeito de drogas; entrar em conflito com leis por causa de drogas; drogar-se ou beber sozinho em situações não sociais; não conseguir parar de consumir drogas (NIDA, 2000, p. 38).

Quaisquer sintomas dos mencionados que o indivíduo se identificar é suficiente para alertar possivelmente o vício de drogas e sua dependência química. Essas características são realmente alarmantes dentro do contexto social e pela pressão que esses jovens enfrentam recorrentes da ansiedade e depressão ao buscarem outras formas de alívio.

Segundo Vanderschuren e Everitt (2005), o vício ou a adoção, como também é conhecido, é um distúrbio crônico que pode ter curso progressivo e complicações graves, as vezes, letais. O que caracteriza uma pessoa dependente é a perda do controle sobre o uso de drogas ou determinados comportamentos.

2.7 Importância da saúde mental e o bem estar

A saúde mental é uma das características fundamentais na construção emocional do indivíduo o qual reforça sua capacidade de enfrentamentos de problemas. Trata-se de um padrão de vida no qual se busca elevar a capacidade para equilibrar suas emoções refletidas das experiências ou pressões interiores ou exteriores. Nesse estágio da vida, os indivíduos trabalham em favor do seu crescimento pessoal, trabalhando seu potencial e suas aptidões, vivendo livres das dificuldades que presenciam durante a vida.

O bem-estar desse indivíduo engloba e desperta a capacidade de viver de uma forma mais agradável em meio aos conflitos diários. Segundo Albulquerque (2005), o bem estar é um conceito de prática que engloba todos os aspectos do indivíduo, assim, envolve a manutenção das boas relações pessoais, familiares, sociais, e o controle do estresse. Os processos com a saúde têm o objetivo a tomada de consciência para o estilo de vida que o indivíduo tem. Isso possibilita a mudança no modo de pensar para atingir o estilo de vida desejável, tanto físico como mentalmente, sempre buscando promover uma qualidade de vida que tenha um propósito de progredir em prol do equilíbrio das emoções.

2.7.1 Equilíbrio Emocional e a Inteligência Emocional

Tudo o que acontece durante o desenvolvimento da vida é conjecturado e passado através das emoções, sendo elas fortes ou fracas, preparam o caminho para o amadurecimento diante dos conflitos ou na tomada de decisões. O equilíbrio emocional ou a inteligência emocional é parte capaz de tornar o indivíduo controlador de seus pensamentos e as ações que geram. Devido aos comportamentos, uma pessoa equilibrada emocionalmente tem por si só a capacidade de tomar todas as suas decisões do dia a dia, com a capacidade de reduzir os níveis de ansiedade, e possivelmente enfrentar o estresse motivado e equilibrado. Segundo Mayer e Salovey,

A Inteligência Emocional envolve a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual (MAYER; SALOVEY, 1997, p. 15).

Essa busca pelo equilíbrio se torna um fator no qual o indivíduo passa a se deslumbrar da capacidade da inteligência emocional, isso é, o resultado da capacidade de controlar as suas emoções. Mayer, Caruso e Salovey (2000, p. 267) relata que esse controle é a "...habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A inteligência emocional está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las e gerenciá-las".

Aprofundando essa temática referente ao equilíbrio emocional e a sua capacidade da inteligência emocional, o indivíduo se embasa em quatro perspectivas que prevalecem os controles sobre suas emoções. Essas escalas foram desenvolvidas por Mayer et al. (2000) e são elas que definem sua maturidade individual. Essas formas de conhecimento se dão por meio da capacidade de:

a) identificar e perceber as emoções: essa capacidade que a pessoa identifica e percebe quais emoções estão sobre determinado ambiente ou estímulos, sejam elas de alegria, tristeza, medo entre outras (MAYER, et al., 2000).

b) assimilar as emoções: é a capacidade que a pessoa tem em comparar as emoções presentes, assimilando as emoções boas e não boas para, assim, possivelmente manter essas emoções que promovam uma ação ou pensamento naquele momento (MAYER, et al., 2000).

c) compreender as emoções: devidamente expostas a essas emoções o indivíduo deve compreender e assimilar o motivo da presença dessas emoções, detalhando o que sente, buscando o máximo de informações naquele momento para definir o indutor dessa emoção (MAYER, et al., 2000).

d) gerenciamento das emoções: a mais importante no processo da possibilidade de equilíbrio e inteligência emocional é a capacidade da pessoa em voltar ao equilíbrio emocional após ser exposto ao descontentamento e aos fatores estressores que ocorrem em determinado tempo (MAYER, et al., 2000).

Para atenuar o assunto da saúde mental é necessário que o indivíduo siga seriamente passos que ajudem a compreender a dimensão do seu bem estar. O indivíduo deve desenvolver uma alta capacidade de decisão e focar seus pensamentos e emoções na forma positiva, pensar sem desviar o foco e não deixar pensamentos impulsivos tomar as decisões por ele próprio. Ser capaz de lidar com as frustrações que são frequentes em qualquer situação pessoal, a reflexão sobre os problemas eleva a maturidade e a capacidade de resolução.

É uma característica importante saber que não se deve apoiar em expectativas, e sim, traçar metas e objetivos possíveis de manter o otimismo, desviando a negatividade que carrega a ansiedade e o estresse. Entender as limitações de si próprio é um dos passos que envolve o equilíbrio emocional duradouro. Trabalhar em cima das limitações leva a pessoa a minimizar suas frustrações e a fortalecer seu emocional, dando qualidade a sua autoestima, cuidando de si e gradativamente tornando sua mente em um grau elevado da saúde e bem estar do equilíbrio emocional.

Fica claro que atividades são necessárias para promover saúde emocional, praticando os exercícios que levam a reflexão e o olhar interno da mente para uma qualidade de vida mais presente.

2.8 Abordagem Teoria Cognitiva Comportamental

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é uma abordagem da psicologia caracterizada por ser uma psicoterapia breve, estruturada, que modifica o comportamento e os

pensamentos disfuncionais. Beck (1964) diz que o objetivo da TCC é de quebrar o ciclo que perpetua e amplifica os problemas do indivíduo. Para tanto, há uma série de técnicas capazes de modificar os pensamentos automáticos e, conseqüentemente, eliminar o impacto da tendenciosidade no humor e no comportamento, “visto que a terapia modifica os pensamentos e melhoram o humor e o comportamento. A melhora duradoura resultada da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes” (BECK, 1997, p. 17).

A TCC trabalha com o modelo cognitivo, isto é, foca nos pensamentos e comportamentos do indivíduo em que as pessoas são influenciadas pela percepção dos eventos. Não são as situações que atingem o que o indivíduo sente, mas como elas têm a capacidade de entender e interpretar a situação (BECK, 1964)

Rangé (2001) afirma que a:

psicoterapia cognitivo-comportamental é uma prática de ajuda psicológica que se baseia em uma ciência e uma filosofia do comportamento caracterizada por uma concepção naturalista e determinista do comportamento humano, pela adesão a um empirismo e a uma metodologia experimental como suporte do conhecimento e por uma atitude pragmática quanto aos problemas psicológicos” (RANGÉ, 2001, p.35).

2.8.1 Crenças e pensamentos automáticos

Os pensamentos automáticos são tudo que se caracterizam por imagens, palavras que vem ao pensamento durante o dia, no qual, além dos pensamentos automáticos, temos profundas “crenças arraigadas que influenciam tanto nossos pensamentos automáticos quanto nossos padrões de comportamento. Essas crenças primárias dizem respeito a nós mesmos, a outras pessoas e à vida geral” (GREENBERGER; PADESKY, 1999, p.26).

Pensamentos automáticos, para Rangé (2001), é a de forma verbal e imagem encobertas, específicas, reflexas, autônomas e idiossincráticas, que provocam emoções correspondentes. Através dos pensamentos automáticos, podemos vir a descobrir os esquemas que o geraram, e descobrir os tipos de distorções cognitivas que sustentam as patologias com as quais nos defrontamos.

Através da abordagem da TCC é possível trabalhar o indivíduo sobre pressão durante o decorrer da transição acadêmica até sua formação. Como o indivíduo está passando pela transição do ensino médio e entrando em uma universidade, há sempre grandes dificuldades presentes. Essas mudanças demandam adaptações dos estudantes para que se sintam integrados ao curso e à universidade (TEIXEIRA, et al., 2008).

Essa adaptação marca o ajustamento do acadêmico naquele ambiente para poder ser compreendido pela atitude em relação ao curso, capacidade de buscar novas amizades, da

presença ou ausência de estresse e ansiedade diante das demandas acadêmicas e do vínculo desenvolvido pelo estudante com a instituição universitária (BAKER; SIRYK, 1984).

Dentre as dificuldades diretamente relacionadas à adaptação ao ensino superior, destacam-se problemas no desempenho acadêmico, nas suas responsabilidades, experiências em trabalhos, que podem contribuir para a desadaptação do jovem ao contexto acadêmico (RULL, et al., 2011).

O modelo cognitivo-comportamental é importante no processo terapêutico porque proporciona ao cliente uma psicoeducação sobre como identificar os pensamentos, os sentimentos e mudar comportamentos. Essa é a estratégia geral da reestruturação cognitiva, auxiliar o cliente a identificar pensamentos automáticos e esquemas, ensinar habilidades para mudar crenças e realizar exercícios de aprendizagem; assim, o cliente conseguirá paulatinamente romper padrões de evitação e desesperança, enfrentará situações temidas, desenvolverá habilidades para enfrentamento, reduzindo emoções dolorosas. A estruturação e a psicoeducação, além de promoverem aprendizagem, mantêm o foco do tratamento, deixa-o bem organizado, garante eficiência e auxilia o cliente a assumir mais responsabilidades pelo manejo dos problemas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A terapia é caracterizada pelas técnicas de intervenção que visam influenciar o pensamento e comportamento, na busca pela resolução de problemas, dando ao paciente a oportunidade tomada de decisões focando no relaxamento corporal, com técnica de respiração para se acalmar. Segundo Beck (1997, p. 162), as técnicas apresentadas são:

O questionamento socrático, o role-play racional-emocional, os relatórios de crença central, a visualização e registro de vantagens e desvantagens de crenças, técnicas importantes, muitas das quais são de natureza tanto cognitiva como comportamental. O terapeuta escolhe a técnica de acordo com sua conceituação geral e suas metas para a sessão específica.

A meta do terapeuta é tornar as sessões mais compreensivas tanto para ele como para o paciente que está. Beck (1997, p 40) esclarece que “o terapeuta também busca tornar a terapia o mais eficiente possível. Aderir a um formato padrão (bem como ensinar as ferramentas de terapia para o paciente) facilita esses objetivos”.

A teoria cognitiva comportamental trás esse aspecto de uma sessão estruturada para facilitar o comportamento dentro do consultório, sabendo lidar com o indivíduo de forma mais natural e fácil compreensão por parte do paciente. Beck (1997) deixa seu modelo estruturado da sessão descrito em seu livro, no qual o terapeuta usa como meta de atendimento:

estabelecer confiança e Rapport; socializar o paciente na terapia cognitiva; educar o paciente sobre seu transtorno, sobre o modelo cognitivo e sobre o processo de terapia; regularizar as dificuldades do paciente e instaurar a esperança; extrair (e corrigir, caso necessário) as expectativas do paciente em relação a terapia; coletar informações adicionais sobre as dificuldades do paciente; utilizar essas informações para desenvolver uma lista de metas (BECK, 1997, p.43).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa científica entra no contexto humano no descobrimento e na necessidade da busca pela compreensão dos acontecimentos e segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 84), “como uma forma de compreender o mundo analisando através de técnica e métodos no qual pode ser utilizado para obter conhecimentos gerais, considerando que o significado da palavra ciência é o conhecimento”.

Cervo e Bervian (2002, p. 16) afirmam que:

A ciência é um modo de compreender e analisar o mundo empírico, envolvendo o conjunto de procedimentos e a busca do conhecimento científico através do uso da consciência crítica que levará o pesquisador a distinguir o essencial do superficial e o principal do secundário.

O conhecimento científico durante o procedimento metodológico tem por objetivo e finalidade, explicar e debater um fenômeno baseado na forma de hipótese, vinculada a questões na qual se devem explicá-las e relacioná-las a outros fatos. Galliano (1986, p.26) afirma que “ao analisar um fato, o conhecimento científico não apenas trata de explicá-lo, mas também busca descobrir suas relações com outros fatos e explicá-los”.

Método científico pode ser definido como um conjunto de etapas e instrumentos pelo qual o pesquisador direciona seu projeto de trabalho com critérios de caráter científico para alcançar dados que suportam ou não sua teoria inicial (CIRIBELLI, 2003). Isso torna possível definir seus instrumentos que serão utilizados em determina forma de pesquisa, com o objetivo de trazer os resultados desejados.

O propósito da pesquisa é aumentar o conhecimento relativamente sobre o tema no qual pouco se sabe sobre pressão psicológica, por ser uma perspectiva nova dentro da sociedade. No qual, Gil (2002, p.17) “há muitas razões que determinam a realização de uma

pesquisa. Podem, no entanto, ser classificadas em dois grandes grupos: razões de ordem intelectual e razões de ordem prática”.

A pesquisa de campo realizada foi de caráter quantitativo, que tem como objetivo, coletar dados numéricos para se alcançar e esclarecer as demandas da pressão psicológica na sociedade. Fonseca (2002, p. 20) esclarece que:

diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. Como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. A pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc. A utilização conjunta da pesquisa qualitativa e quantitativa permite recolher mais informações do que se poderia conseguir isoladamente.

O objetivo central foi buscar e levantar hipóteses que confirmasse a teoria buscada no âmbito bibliográfico a fim de saber o que se passa durante o caminho percorrido de um acadêmico em uma faculdade ou universidade, seja ela pública ou particular, e identificar a circunstâncias desse processo psicológico que envolve as patologias, como ansiedade e depressão, em meio às pressões psicológicas do dia a dia.

3.2 Procedimentos técnicos

De acordo com Fonseca (2002), a pesquisa possibilita uma aproximação e um entendimento da realidade a investigar, como um processo permanentemente inacabado. Ela se processa através de aproximações sucessivas da realidade, fornecendo subsídios para uma intervenção no real. Segundo este autor:

a pesquisa científica é o resultado de um inquérito ou exame minucioso, realizado com o objetivo de resolver um problema, recorrendo a procedimentos científicos. Investiga-se uma pessoa ou grupo capacitado (sujeito da investigação), abordando um aspecto da realidade (objeto da investigação), no sentido de comprovar experimentalmente hipóteses (investigação experimental), ou para descrevê-la (investigação descritiva), ou para explorá-la (investigação exploratória). Para se desenvolver uma pesquisa, é indispensável selecionar o método de pesquisa a utilizar. De acordo com as características da pesquisa, poderão ser escolhidas diferentes modalidades de pesquisa, sendo possível aliar o qualitativo ao quantitativo (FONSECA, 2002, p. 20).

3.2.1 Pesquisa bibliográfica

Para Gil (2007), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema.

Para enfatizar o contexto da pesquisa bibliográfica:

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém, pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

3.2.2 Pesquisa de campo

Segundo Fonseca (2002), a pesquisa de campo é a junção da pesquisa bibliográfica e documental que se realiza a coleta de informações e dados com as pessoas com o recurso de diferentes tipos de pesquisa (pesquisa ex-post-facto, pesquisa-ação, pesquisa participante, etc.).

3.2.3 Pesquisa Ex-Post-Facto

Este tipo de pesquisa requer a participação do pesquisador para tentar analisar as possíveis causas de tais acontecimentos:

A pesquisa ex-post-facto tem por objetivo investigar possíveis relações de causa e efeito entre um determinado fato identificado pelo pesquisador e um fenômeno que ocorre posteriormente. A principal característica deste tipo de pesquisa é o fato de os dados serem coletados após a ocorrência dos eventos. A pesquisa ex-post-facto é utilizada quando há impossibilidade de aplicação da pesquisa experimental, pelo fato de nem sempre ser possível manipular as variáveis necessárias para o estudo da causa e do seu efeito (FONSECA, 2002, p. 32).

3.3 População e Amostra

Os jovens acadêmicos que participaram desta pesquisa tinham idades de 17 a 26 anos que estavam na Unifasipe, 72 participantes do 1º ao 10º semestre do curso de psicologia; Conforme Gil (2010, p.89), “a população refere-se a um conjunto definido de elementos que possuem características como habitantes de um determinado local.” Amostra é o total de escolhidos para participação da pesquisa.

3.4. Considerações éticas

Os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém todas as informações devidamente esclarecidas, com os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, o anonimato e o sigilo em relação ao participante, além de dados para contato para sanarem dúvidas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido a pandemia global que iniciou em 2020 e se alastrou em 2021, o devido trabalho de conclusão de curso sofreu alterações no seu objetivo de pesquisa de campo, seguindo as normas e protocolos vigentes do distanciamento social, regido pelos Governo Federal e Municipal, previsto na portaria N° 1.565, de 18 de junho de 2020 que:

Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro.

Seguindo essa normativa e os incisos da portaria N° 1.565, de 18 de junho 2020, no qual relata o distanciamento social:

- 1.2 Usar máscaras em todos os ambientes, incluindo lugares públicos e de convívio social.
- 1.3 Evitar tocar na máscara, nos olhos, no nariz e na boca.
- 1.4 Ao tossir ou espirrar, cobrir o nariz e boca com lenço de papel e descartá-los adequadamente. Na indisponibilidade dos lenços, cobrir com a parte interna do cotovelo, nunca com as mãos.
- 1.5 Não compartilhar objetos de uso pessoal, como aparelhos telefones celulares, máscaras, copos e talheres, entre outros.
- 1.6 Evitar situações de aglomeração.
- 1.7 Manter distância mínima de 1 (um) metro entre pessoas em lugares públicos e de convívio social.
- 1.8 Manter os ambientes limpos e ventilados.

O trabalho de conclusão de curso no que se refere esta pesquisa de campo foi transformado em um formulário elaborado com o auxílio do *Google Forms*, no qual todos participaram através de links enviados via celular para todas as turmas da amostra. Respeitando assim a portaria e as normas sobre a pandemia e o distanciamento social.

O formulário aplicado foi respeitado conforme as normas institucionalizadas na produção de artigos científicos e pesquisa de campo, no qual o corpo do formulário se constitui pelo semestre de graduação do participante, nome do acadêmico e o termo de participação esclarecido resumidamente, ficando esclarecido os resultados que seriam coletados através dos questionários, protegendo a integridade da população amostra da pesquisa

Os participantes, de modo geral, foram todos os acadêmicos de psicologia de uma universidade particular de Sinop. Esses acadêmicos estudavam nos semestres 2, 4, 6, 8 e 10, do curso de psicologia. Ao total 72 acadêmicos de ambos os sexos e participaram sem distinção algum, no qual não afeta em nada a tabulação dos resultados e sua integridade.

A tabulação dos resultados se deu através do próprio *Google Forms* que promoveu a tabulação em porcentagem, disponibilizando os cálculos na ferramenta *Excel*. O procedimento adotado foi a tabulação individual de cada participante, seguindo as instruções dos questionários. Os resultados foram prescritos em gráficos montados.

Etapa 1- teste SRQ-20

A pesquisa de campo foi realizada em três etapas, cujos resultados implicam de formas diferentes uma das outras. Como a pesquisa sucedeu através de um formulário, a primeira etapa se constituiu em um questionário conhecido como SRQ-20. O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, tem sido utilizado para mensuração de nível de suspeição de transtornos mentais em estudos brasileiros, especialmente em grupos de trabalhadores.

Segundo Sen, Wilkinson e Mari (1987)

Entre as estratégias para modificação desse contexto está a utilização de instrumentos de rastreamento psiquiátrico, que preferencialmente devem ser de fácil aplicação e baixo custo. Essas características são de grande relevância para seu emprego em larga escala na prática clínica e nos estudos de epidemiologia psiquiátrica. (pag.148)

O SRQ derivou de instrumentos de *screening* para morbidade psíquica utilizados em pesquisas psiquiátrica: 2 Patient Symptom Self-Report (PASSR), um instrumento desenvolvido na Colômbia e na Índia, onde sua versão de 60 itens, são usados em países desenvolvidos e em desenvolvimento; e os itens de “sintomas” da versão reduzida do Present State Examination (PSE), e segundo Harding et al (1980) “o teste proposto foi utilizado e testado em oito países no qual caracterizou como um instrumento de rastreamento”.

Em sua versão original, o SRQ incluía 24 itens, sendo os primeiros 20 itens para triagem de distúrbios não psicóticos e os quatro últimos para detecção de distúrbios psicóticos. O SRQ é um instrumento autoaplicável, contendo escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas questões.

O SRQ destina-se à detecção de sintomas, ou seja, sugere nível de suspeição (presença/ ausência) de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico; assim, avalia se há algum transtorno, mas não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente. Por este caráter de triagem, é bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos.

A versão em português do SRQ adotou os 20 primeiros itens para investigar morbidade não psicótica. São considerados aspectos positivos na utilização do SRQ-20 o fato de ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, diminuindo os custos operacionais, e ser um instrumento padronizado internacionalmente, alcançando níveis de desempenho aceitáveis no tocante à sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

Os sintomas neuróticos avaliados pela versão de 20 itens do SRQ (o SRQ-20) aproximam-se dos transtornos mentais comuns (TMC), que se caracterizam por sintomas não psicóticos, como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Segue o modelo referente ao teste SRQ-20 no quadro 1.

Quadro 1- Teste SRQ-20

Perguntas	Respostas	
9.1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM	NÃO
9.2- Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
9.3- Dorme mal?	SIM	NÃO
9.4 Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
9.5- Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO

Fonte: Universidade Federal de Goiás

Os resultados deste teste é se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental. Isso varia de participante para participante, a tabulação por si só é totalmente expressiva na identificação de um possível sofrimento mental que o indivíduo possa ter.

Etapa 2 e 3- Escala de ansiedade e depressão de Beck.

A segunda etapa constituiu no uso da escala de Beck para ansiedade assim como para a terceira etapa da escala de depressão. A escala de ansiedade foi desenvolvida para avaliar o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos.

A escala usada para pesquisa foi baseada na versão BAI (Beck Anxiety Inventory). Desenvolvida por Aron Beck, sendo totalmente alterado para que se encaixasse nos termos da pesquisa com as turmas de psicologia, foi utilizado apenas uma proporção das perguntas que contém na escala original, sendo assim, seus resultados são somente uma proporção do original, porém, o objetivo da escala se manteve a mesma focando em identificar o nível de ansiedade de todas as turmas juntas.

Quadro 2 – Critérios de classificação em cada um dos Níveis de Ansiedade.

Níveis	Escore
Mínimo de Ansiedade	2 pontos
Nível Leve de Ansiedade	De 3 a 4
Nível Moderado de Ansiedade	De 5 a 7 pontos
Nível Grave de Ansiedade	De 8 a 10 pontos

Fonte: Própria (2021)

A escala originalmente consiste de 21 itens descrevendo sintomas comuns em quadros de ansiedade. Ao participante foram perguntadas as 10 perguntas mais relevantes para destacar cada sintoma sentido durante uma semana. O sintoma foi avaliado pelo entrevistado em referência a si em razão da gravidade e frequência de cada item, numa escala de 0 a 3 pontos. O quadro a seguir mostra como foi desenvolvido a escala para aplicação da pesquisa de campo.

Quadro 3 – Questionário Ansiedade

Leia cuidadosamente cada item da lista, e identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando o número das opções no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SIM	NÃO	TALVEZ
1- Dormência ou formigamento		
2- Sensação de calor		
3- Tremores nas pernas		
4- Incapaz de relaxar		
5- Medo que aconteça o pior		

6- Atordoado ou tonto	
7- Palpitação ou aceleração do coração	
8- Sem equilíbrio	
9- Aterrorizado	
10- Nervoso	

Fonte: Própria (2021)

A escala foi remodelada somente no tipo de resposta para facilitar a compreensão do participante, implicando de forma positiva na tabulação dos resultados.

A escala de depressão foi desenvolvida por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade de depressão. Seus itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia e posteriormente foram selecionados aqueles sintomas que pareceram ser específicos da depressão e que encontravam ressonância com os critérios avaliativos do DSM-III.

A escala de depressão é um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas de depressão com alternativas de 0 a 3 pontos, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas, afetivas e somáticas da depressão, são elas: humor, o pessimismo, sentimentos de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa, irritabilidade e indecisão.

Quadro 4 – Critérios de classificação em cada um dos Níveis de Depressão.

Níveis	Escores
Nível Mínimo de Depressão	2 pontos
Nível Leve de Depressão	De 3 a 4 pontos
Nível Moderado de Depressão	De 5 a 7 pontos
Nível grave de Depressão	De 8 a 10 pontos

Fonte: Própria (2021)

Assim como a escala de ansiedade foi alterada, a escala de depressão também, aplicando-se somente as 10 perguntas mais relevantes. O quadro a seguir mostra a forma que foi usada para a aplicação da pesquisa de campo.

Quadro 5 – Questionário da escala de depressão

SIM	NÃO	TALVEZ
1- Eu me sinto triste.		
2- Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.		
3- Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.		
4- Não sinto mais prazer nas coisas como antes.		
5- Eu me sinto culpado grande parte do tempo.		
6- Estou decepcionado comigo mesmo.		
7- Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.		
8- Tenho ideias de me mata, mas não as executaria.		
9- Choro mais agora do que costumava.		
10- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava		

Fonte: Própria (2021)

Resultados

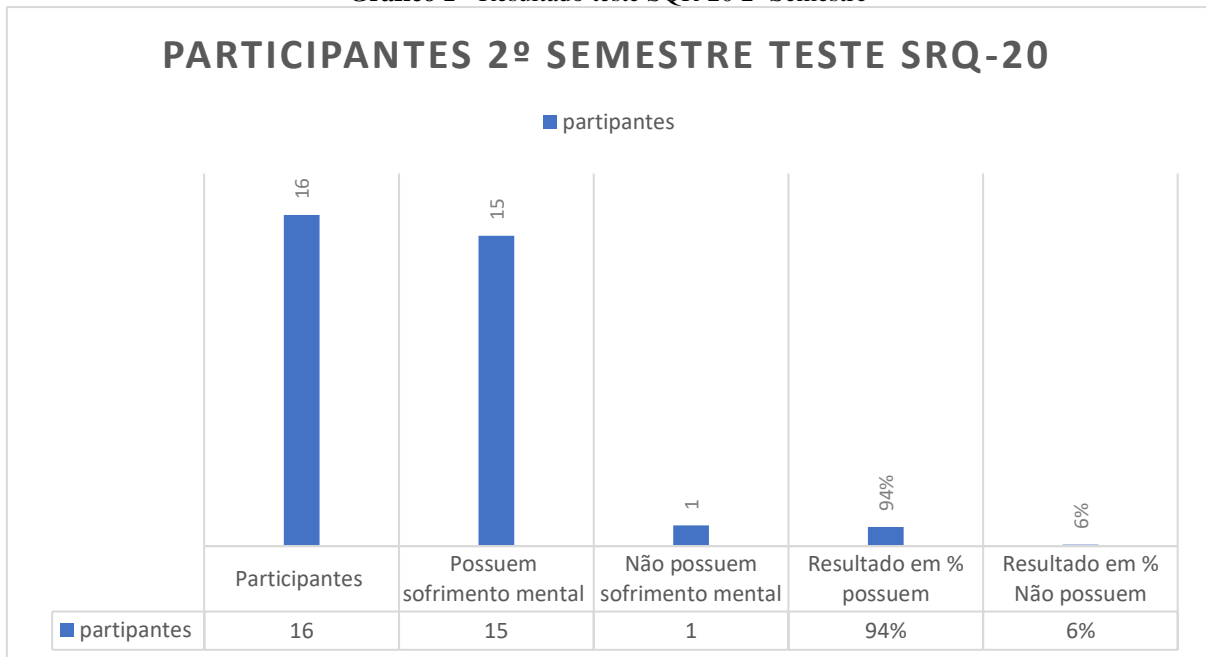
A primeira etapa do objetivo do teste SRQ-20 era identificar por meio do questionário se havia indicação da possibilidade de os participantes terem um quadro de sofrimento mental, sendo eles, possíveis patologias psicológicas durante o decorrer da vida acadêmica dentro de uma universidade. Cada turma que participou do primeiro teste se enquadrou nos quesitos de sofrimento mental em sua maioria. Não houve nenhuma turma que se enquadrou dentro da normalidade onde nenhum sintoma está presente., com exceção a turma do 10º semestre que se mostrou em números de pessoas que não se enquadram em nenhum aspecto típico de sofrimento mental.

Entre 15 participantes, apenas 6 se mostraram positivos em uma saúde mental na normalidade psicológica. Em sua maioria, as turmas demonstraram uma taxa elevada conforme o método de cálculo do teste onde a maioria respondeu SIM aos sintomas de sofrimento mental. Essa característica “sofrimento mental”, segundo a OMS (1993), substitui outros termos como doença ou enfermidade, no intuito de promover uma abordagem diagnóstica descritiva, isto é, reconhecível pelos sintomas ou comportamentos.

Essas características proporcionam patologias que prejudicam o psicológico do indivíduo que, em geral, resultam de muitos fatores, como: genéticos, estresse, alterações do funcionamento do cérebro, agressões de ordem física e psicológica, fatores da própria personalidade da pessoa.

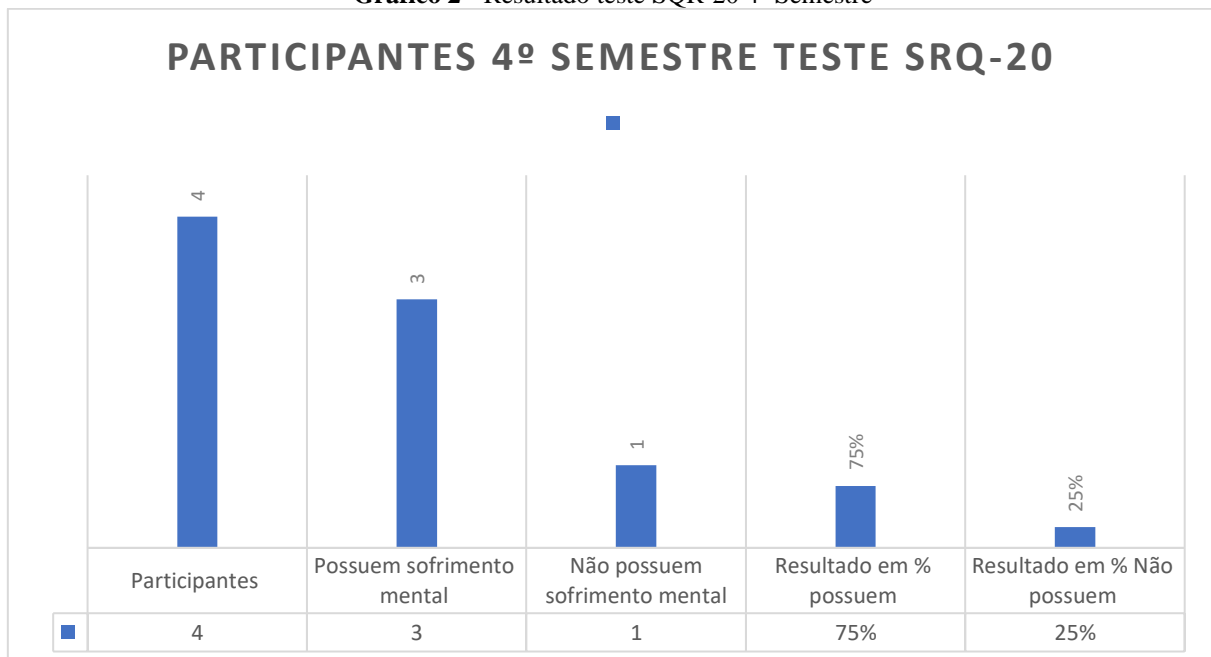
Conforme os resultados apresentados de todas as turmas, seguem os gráficos da tabulação de cada uma separadamente, mostrando a quantidade de participantes por turma, e a porcentagem de participantes que possuem sofrimento mental ou não.

Gráfico 1 - Resultado teste SQR-20 2º Semestre



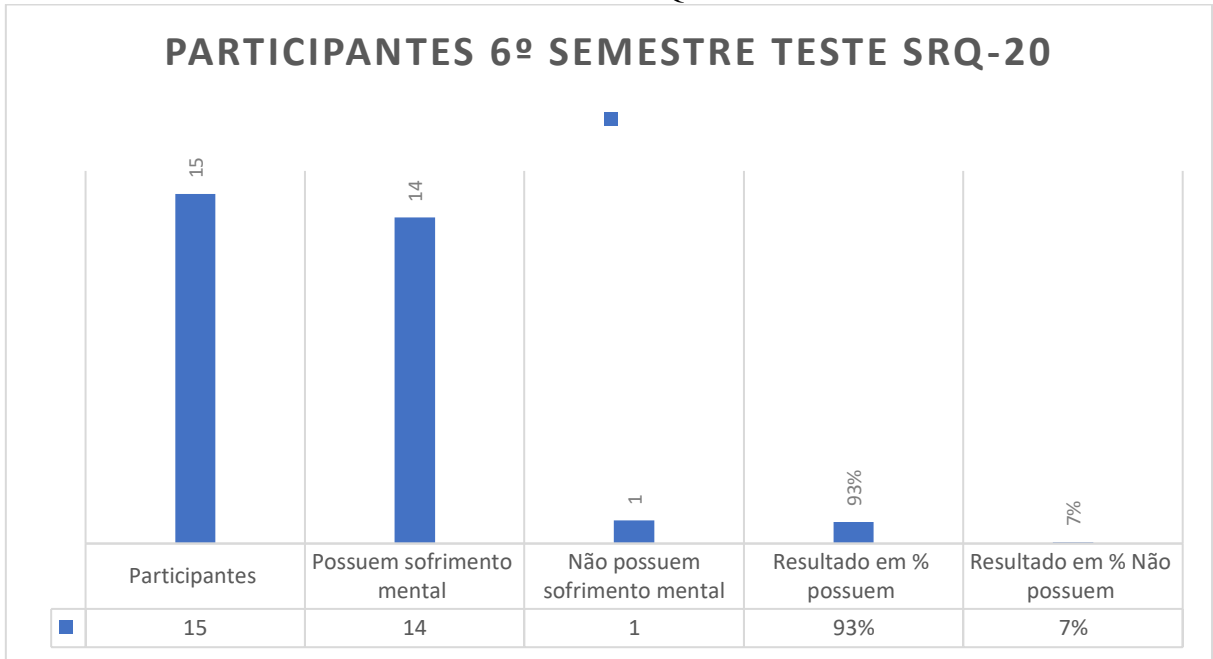
Fonte: Própria (2021).

Gráfico 2 - Resultado teste SQR-20 4º Semestre



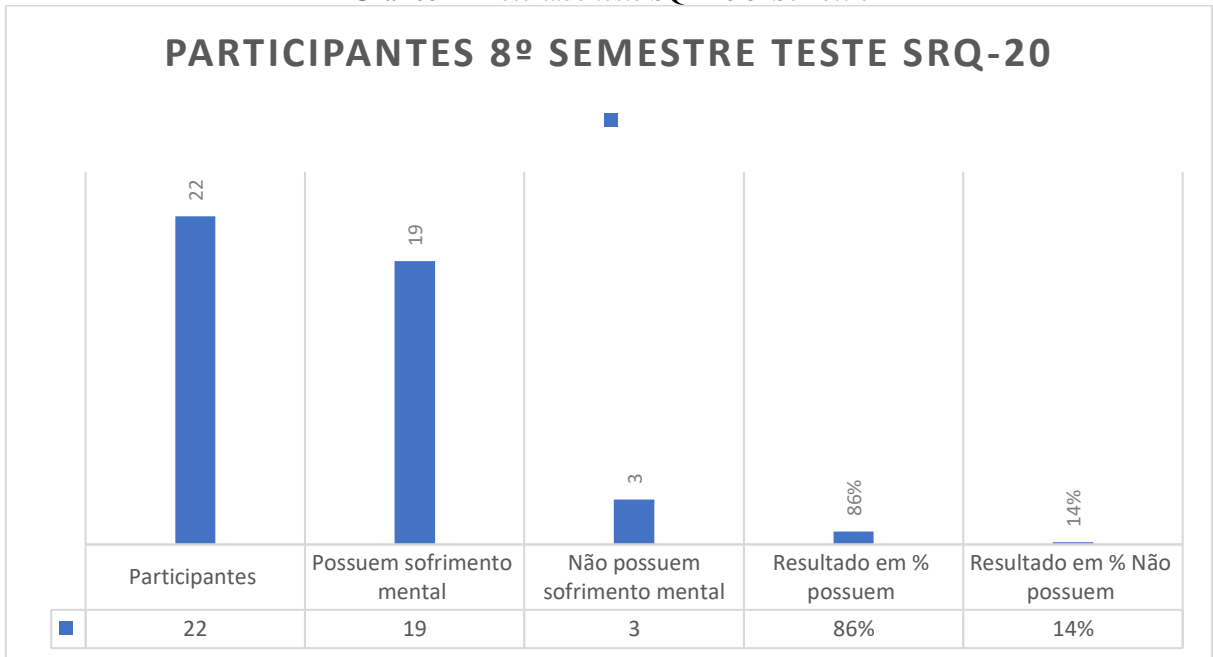
Fonte: Própria (2021).

Gráfico 3 - Resultado teste SQR-20 6º Semestre

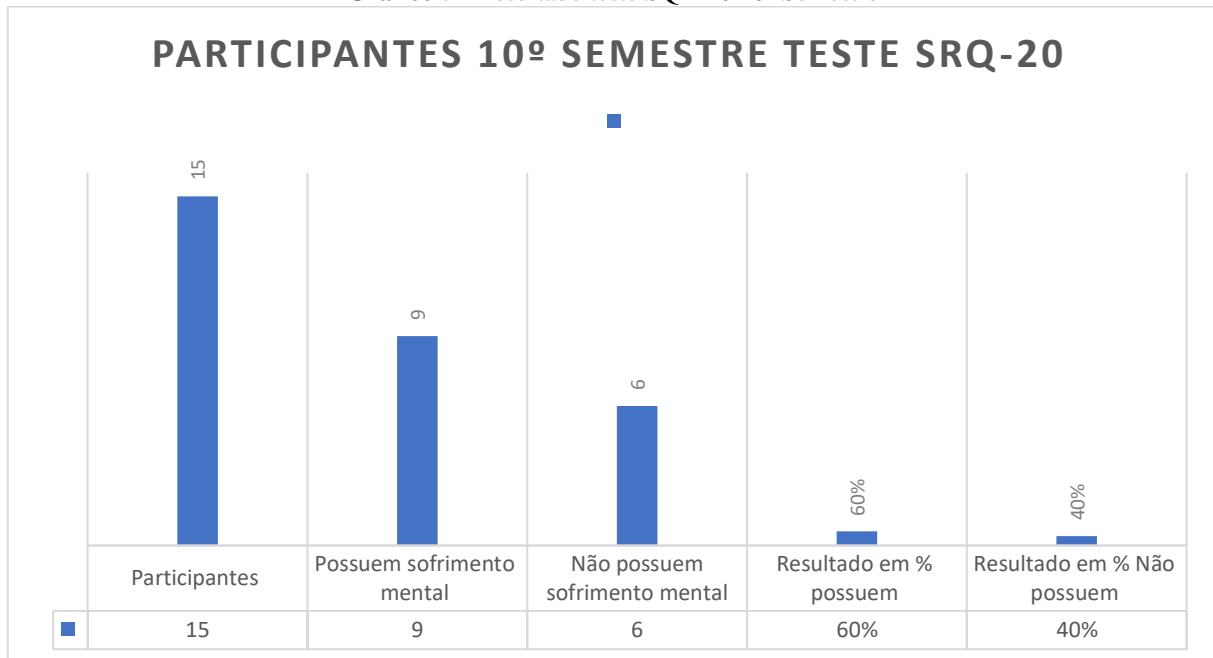


Fonte: Própria (2021).

Gráfico 4 - Resultado teste SQR-20 8º Semestre



Fonte: Própria (2021).

Gráfico 5 - Resultado teste SQR-20 10º Semestre

Fonte: Própria (2021).

Estes gráficos demonstram a quantidade expressiva de acadêmicos que se enquadram no sofrimento mental. Porém, os resultados não mostram quais são as causas ou as possíveis patologias envolvidas nesse processo de adoecimento. A OMS define:

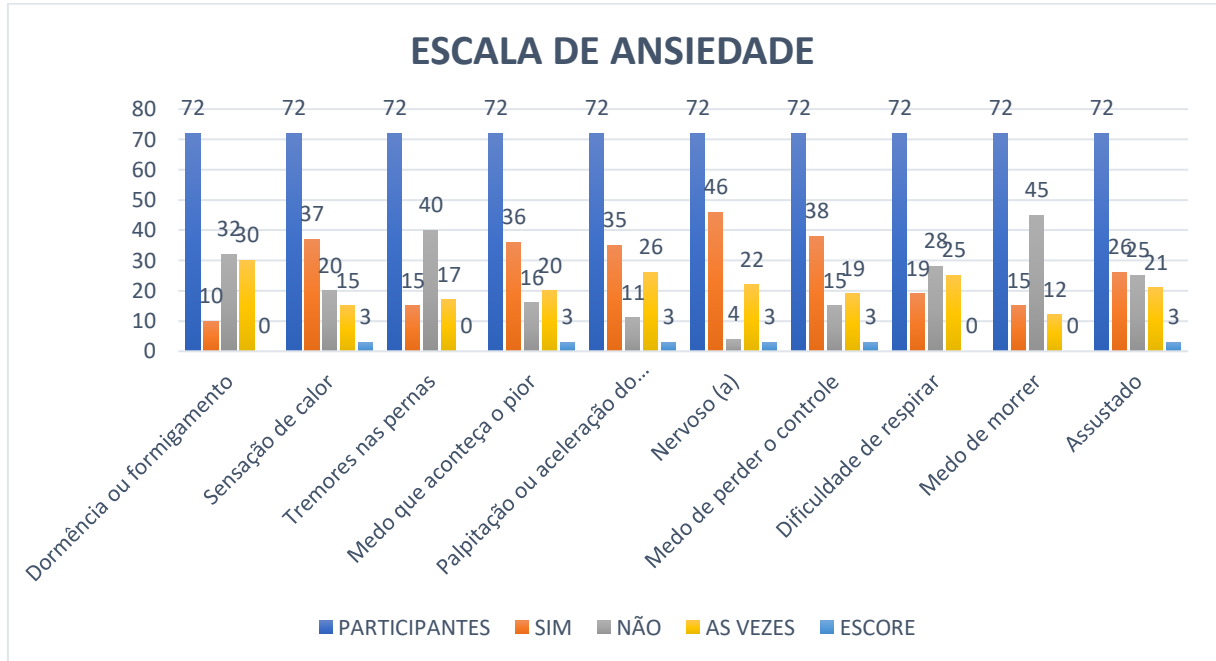
como transtorno mental a ansiedade exagerada, identificada por um nível de ansiedade elevado, crônico e incessante, os chamados medos irracionais; esse nível demasiado de ansiedade pode originar a síndrome do pânico, caracterizada principalmente pelo medo de estar sozinho em lugares públicos ou originar a fobia social, com o receio de passar por circunstâncias humilhantes ou, ainda, os transtornos obsessivo-compulsivos, caracterizados por ideias e pensamentos repetitivos. Outro transtorno apontado é a esquizofrenia, caracterizada por alucinações auditiva, visual, gustativa ou olfativa (OMS, 1993, pag.21).

Foi possível notar a necessidade de acompanhar esses acadêmicos em terapia ou testes que proporcionam uma definição mais apropriada para encontrar a patologia que esses indivíduos se enquadram no contexto dos transtornos mentais. A continuidade da pesquisa do adoecimento dos acadêmicos foi necessário trabalhar mais duas etapas no qual contribui para levantar informações a respeito das patologias mais comuns em indivíduos cujo sofrem com a pressão psicológica no desenvolvimento acadêmico o que caracterizam a escala de ansiedade e depressão.

Etapa 2 e 3- Escala de ansiedade e depressão de Beck

Para a obtenção do resultado da escala de ansiedade, cada resposta tem sua devida pontuação, e para classificar um nível de ansiedade dos 72 participantes foi transformado a quantidade de participantes em uma unidade só no qual foi levado em consideração a pontuação correspondente a resposta, e a quantidade de perguntas no qual prevaleceu a resposta SIM como demonstrado a seguir:

Gráfico 6 – Escala de ansiedade



Fonte: Própria (2021).

Para maior compreensão dos resultados, o quadro a seguir demonstra as perguntas utilizadas, seguido das respostas que mais foram utilizadas pelos 72 participantes, na escala e no escore.

Quadro 6 - Resultado da escala de ansiedade.

Perguntas	Resposta	Escore
Sensação de calor.	SIM	De 5 a 7
Medo que aconteça o pior.	SIM	De 5 a 7
Palpitação ou acelerado do coração.	SIM	De 5 a 7
Nervoso (a).	SIM	De 5 a 7
Medo de perder o controle.	SIM	De 5 a 7
Assustado	SIM	De 5 a 7

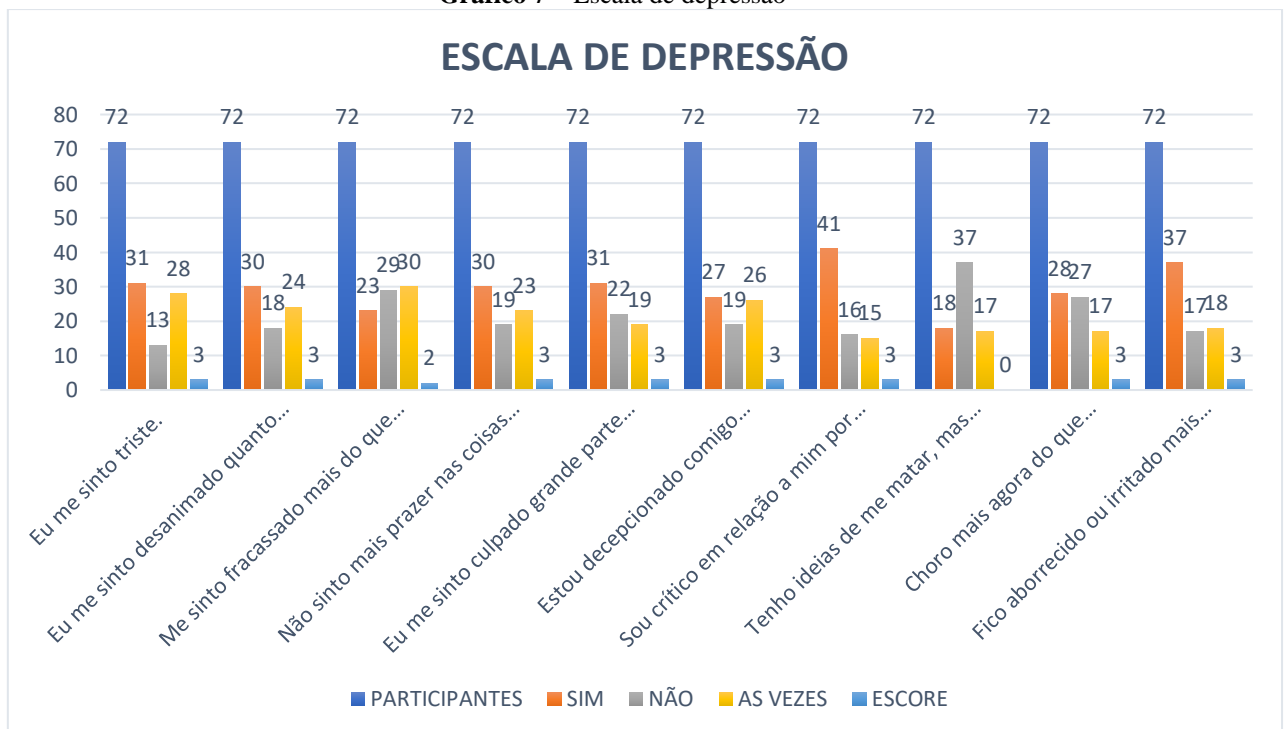
Fonte: Própria (2021).

O resultado da escala de ansiedade foi comprovado através da soma do escore, isso caracteriza que de 10 perguntas os participantes se mantiveram em uma pontuação alta o que caracteriza 6 perguntas do questionário de ansiedade nesse âmbito o resultado entrou nos critérios de classificação da Tabela 2 onde se enquadra no nível de 5 a 7 sendo assim 60% dos participantes se enquadram no nível moderado de ansiedade, ou seja, a ansiedade no meio acadêmico está presente. Tais fatores podem favorecer a presença desta patologia no qual Días e Gómez (2007) consideram que o ambiente acadêmico pode ser estressante quando não há condições e normas adequadas que permitam o desenvolvimento saudável da socialização e incentivem a comunicação de alunos com professores, pais, famílias e com a sociedade e suas relações ambientais.

Escala de depressão

Tomado os resultados a escala de depressão também expressarão os mesmos quesitos de respostas e pontuação sendo as respostas SIM, NÃO e AS VEZES, seguindo a pontuação na ordem de 3 pontos para SIM, 0 pontos para NÃO e 2 para AS VEZES. O total de participantes são os mesmos da tabulação anterior da escala de ansiedade, um total de 72 participantes, os mesmos fatores se enquadram no gráfico a seguir.

Gráfico 7 – Escala de depressão



Fonte: Própria (2021).

Referente ao gráfico anterior dos 72 participantes responderam 10 perguntas no qual se enquadraram em 8 perguntas o que caracterizou em um percentual maior de 80% dos acadêmicos. O quadro a seguir mostra com maior transparência o cálculo obtido do resultado da escala de depressão, demonstrando a resposta que mais se enquadra na pergunta, sequenciando o escore de cada uma.

Quadro 7 - Resultado da escala de depressão.

Perguntas	Resposta	Escore
Eu me sinto triste.	SIM	De 8 a 10
Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.	SIM	De 8 a 10
Não sinto mais prazer nas coisas como antes.	SIM	De 8 a 10
Eu me sinto culpado grande parte do tempo.	SIM	De 8 a 10
Estou decepcionado comigo mesmo.	SIM	De 8 a 10
Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.	SIM	De 8 a 10
Choro mais agora do que costumava.	SIM	De 8 a 10
Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.	SIM	De 8 a 10

Fonte: Própria (2021).

O resultado final da escala de depressão referente ao escore teve um aumento considerável em relação a escala de ansiedade. Seu escore deu um total de 8 pontos entre 10, caracterizando-se no quadro de nível grave de depressão. Isso representa, em sua maioria que a faculdade não consegue identificar essas e outras problemáticas referentes à depressão e a ansiedade que são recorrentes durante a vida. Segundo Beck (1976), “a depressão surge a partir de uma vulnerabilidade cognitiva decorrente das experiências iniciais da vida, que resultaria da formação de esquemas disfuncionais considerados negativistas, os quais, quando ativados, influenciarão a interpretação que o indivíduo fará acerca dos eventos”.

Entretanto, a compreensão da origem dos sintomas depressivos deriva de muitos fatores recorrentes durante a vida do indivíduo, assim como a escala para ansiedade e depressão não apontam os fatores, pois em sua própria síntese a as respostas de acordo com o

que passaram no dia, na semana ou das situações vivenciadas, pressupõe-se que os acontecimentos da vida, conjuntamente com os pensamentos, comportamentos e estados de humor, estão interconectados e influenciam-se reciprocamente. Ademais, os eventos da vida contribuem para a formação de padrões de processamento de informações (esquemas) que podem predispor os indivíduos a vulnerabilidade e manutenção da depressão. O modelo proposto por Beck (1967) pressupõe a existência de uma tríade cognitiva (visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro) para explicar o fundamento psicológico da depressão.

Discussão

No geral, as 3 etapas de testes se mostraram positivos ao identificar as possibilidades de sofrimentos mentais. O Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE), realizou em 2004 uma pesquisa sobre o perfil socioeconômico e cultural dos estudantes das instituições federais de ensino superior brasileiras em 2003. Entre os diversos resultados encontrados, destacam-se os relacionados ao sofrimento psíquico: 36,9% dos estudantes relataram sofrer alguma dificuldade emocional, sendo que a prevalência é maior entre os primeiros (39,5%) e os últimos anos (36,9%).

Segundo o relatório atual da FONAPRACE (2011), o percentual de estudantes que se queixou de sofrimento psíquico foi de 47,7%, um aumento relevante. Entre esses, 29% procurou atendimento psicológico, 9% atendimento psiquiátrico, 11% usou ou está usando medicação psiquiátrica, e 10% procurou atendimento psicopedagógico.

Novas discussões a respeito dos estudos realizados apontam elevadas taxas de prevalência para sintomas de ansiedade e depressão em estudantes universitários, podendo ser, inclusive, superiores às encontradas na população geral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou agregar a importância da investigação referente à saúde mental e as vulnerabilidades do processo acadêmico do início ao fim da faculdade. Buscou informações que agregaram o estudo, trazendo instrumentos que facilitaram a pesquisa, sendo eles indicadores e escalas para o sofrimento mental, ansiedade e depressão.

Esta pesquisa trouxe átona dados relevantes no qual o objetivo principal é a identificação de problemas psicológicos devido à pressão psicológica relacionado ao ingresso do acadêmico dentro de uma universidade. Através do teste SQR-20 ficou evidenciado dentro da pesquisa que todos os participantes em sua maioria indicaram ter ou sofrer quaisquer problemas relacionados ao sofrimento mental isso caracterizou em uma proporção percentual

de mais de 88% dos participantes se enquadram no indicador de sofrimento mental, essa relevância tende a ser comparada a estudos no qual Segundo Aragão et al. (2018), em pesquisa realizada em UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), o atendimento a queixas de saúde mental chega a 19,48% do total da demanda, desses 43% sofrimento psíquico e 34,7% transtornos mentais graves, impactando diretamente na qualidade de vida que é avaliada pior em usuários com essas queixas, do que na população em geral.

Em relação aos níveis de ansiedade e depressão dos participantes, ressaltam que 60% dos participantes apontaram um nível moderado para ansiedade, sendo que para o nível de depressão foi bem maior que a normalidade cujo o percentual atingiu os 80% dos participantes o que é preocupante dentro da normalidade. Segundo um estudo realizado por um instituto norte Americano World Health Organization (2017) e a OMS, “Aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas no mundo. Destaca-se a depressão, considerada a principal causa de incapacitação no mundo e com possibilidade de se tornar a segunda maior carga de doença até 2030”. E segundo Baxter et al (2013) “Em segundo lugar apresenta-se a ansiedade, comumente associada aos casos de depressão e que tem um efeito importante na diminuição da qualidade de vida das pessoas”. É um crescimento alarmante dentro da saúde mental, principalmente dentro da perspectiva acadêmica.

Ficou evidente o quanto as instituições de ensino superior não buscam procedimentos preventivos na identificação de problemas mentais. É válido ressaltar que as universidades deveriam transmitir a devida preocupação pela necessidade de desenvolvimento de ações integradas de prevenção e tratamento do estudante universitário. Nessa perspectiva, ainda faltam estudos mais atuais que possam comprovar ainda mais a existência de falhas dentro do sistema de ensino.

Por intermédio de novos estudos será possível entender a fundo o que prejudica o acadêmico em sua jornada estudantil, algumas bibliografias trazem possíveis problemas que o acadêmico sofre antes de focar seu tempo ou uma parte de sua vida na busca de uma formação, cujo não está preparado para novas experiências, no qual este indivíduo ainda está acostumado com amizades e profissionais da escolaridade do ensino médio. Alguns fatos são necessariamente importantes destacar como a vivencia longe de casa ou de familiares próximos, é um fator altamente natural em universidades cujo em sua maioria dos acadêmicos vem de cidades pequenas da região. Há variáveis que apoiam e engrandecem o crescimento de pessoas doentes mentalmente, e nos dias atuais a taxa é relevantemente alarmante e

desenfreada, visto que a saúde mental é peculiarmente o mais importante no processo da formação psicologia e da própria personalidade do indivíduo.

Com base em evidências o acadêmico dentro de qualquer instituição seja ela particular, estadual ou federal está desamparado para qualquer processo onde seja necessário o enfrentamento de novos conhecimentos, estágios, ou pressões por provas, trabalhos e até mesmo a perfeição pelo acadêmico exemplar e futuramente o profissional perfeccionista. É necessário reavaliar todos os fatores que influenciam o surgimento de patologias entre outros sofrimentos mentais.

Isso leva a reflexão de quem é a culpa ou o peso nos ombros do acadêmico que busca ter como luz uma profissão digna porem acarreta indecisões, ansiedades, depressões e entre outros transtornos, é subjetivo a máxima reflexão do pressuposto do tema impactos da pressão psicologia em acadêmicos de uma universidade particular, o que acontece no adoecimento psicológico destes acadêmicos.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, K. B.; LULA, M.T.; TONANI, P. C. F. Lesões Bucais x Estresse. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos/lesoesbucalis-x-estresse.html>. Acesso em: 2 fev. 2021.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AUTHIER, J. The Psychoeducation Model: Definition, Contemporary Roots and Content. **Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy**, [S. l.], v. 12, n. 1, 2012. Disponível em: <https://cjc-rcc.ucalgary.ca/article/view/60143>. Acesso em: 9 nov. 2021.
- BAKER, R. W.; Siryk, B. (1984). Measuring adjustment to college. **Journal of Counseling Psychology**, v. 31, n. 2, p. 179-89, 1984. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1984-21813-001>. Acesso em: 08 set. 2021.
- Bayram, N.; Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 43, n. 8, p. 667-672, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18398558/>. Acesso em: 5 mar. 2021.
- BRASIL. Poder Executivo. **Portaria nº 1.565**, de 18 de Junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para a retomada segura das atividades e o convívio social seguro. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.565-de-18-de-junho-de-2020-262408151>. Acesso em: 29 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Álcool e outras drogas. Adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e prevenção nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série Manuais, nº. 69)
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Caderno de atenção básica, 8).
- BECK, A. T.; *et al.* **Terapia Cognitiva da Depressão**. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. **Beck Anxiety Checklist**. Unpublished Manuscript, University of Pennsylvania, 1985.
- BECK, A. T.; *et al.* (1961). An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, v. 4, p. 53-63, 1961. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13688369/>. Acesso em: 11 ago. 2021.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 17, 1997.

BOHLANDER, G.; SNELL, S, **Administração dos Recursos Humanos**: (tradução da 14ª. Edição norte-americana), São Paulo, Cengage Learning Edições Ltda., 2009.

BOHLANDER, G.; SNELL, S.; SHERMAN, A. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Thomson, 2003.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**: O novo papel dos recursos humanos nas organizações. 7. ed. Rio de Janeiro, 1999, p. 374-398.

CODO, W., SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. **Saúde mental e trabalho**. In: ZANELLI, J. E.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia organizações e trabalho no Brasil** (pp. 276-299). Porto Alegre: Artmed, 2004.

CIRIBELLI, M. C. **Como elaborar uma dissertação de Mestrado através da pesquisa científica**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2003.

DALGALORRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DEAN-BORENSTEIN M. T. (2007). The long-term psychosocial effects of trauma on survivors of human-caused extreme stress situations. **World Psychiatric**, v. 9, n. 1, p. 3-10, fev., 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816923/>. Acesso em: 14 set. 2021.

DÍAZ, E. S.; GÓMEZ, D. A. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. **Educación y educadores**, v. 10, n. 2, p. 11-22, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/834/83410203.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

DIENER, E. Subjective well-being: the Science of happiness and a proposal for a national index. **American psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34-43, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11392863/>. Acesso em: 12 out. 2021.

APA. American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

ERIKSON, E. H. **Infância e Sociedade**. Nova York: Norton, 1963.

FELDMAN, R. S. – **Introdução à Psicologia**- 10 ed. – Porto Alegre- 2015.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. (2011). **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior**. Brasília: FONAPRACE, 2011.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior**. Brasília: FONAPRACE, 2004.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomáticos**. São Paulo: Ed. Atlas; 1996.

FREIRE, J. C. A Psicologia a Serviço do Outro: Ética e Cidadania na Prática Psicológica. *Psicologia. Psicologia Ciência e Profissão*, v. 23, n. 4, p. 12-15, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zQtjLWYNxg4g8Xr7ZQFDxxm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

FRIEDLANDER, L. J.; *et al.* (2007). Social support, self-esteem, and stress as predictors of adjustment to university among first-year undergraduates. **Journal of College Student Development**, v. 48, n. 3, p. 259-274, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/236748851_Social_Support_Self-Esteem_and_Stress_as_Predictors_of_Adjustment_to_University_Among_First-Year_Undergraduates. Acesso em: 10 ago. 2021.

GALLIANO, A. G. **O método científico: teoria e prática**. São Paulo: Harbra, 1986.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo; Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda, 1998.

GLEITMAN, H.; REISBERG, D.; GROSS, J. **Psicologia**. 7. ed. Porto Alegre, Artmed, 2009.

HARDING, T. W. de; *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med.**, v. 10, p. 231-41, 1980. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7384326/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. *In*: KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KORCHA, R. A.; *et al.* Substance use and motivation: a longitudinal perspective. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 37, n. 1, p. 48-53, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056520/>. Acesso em: 14 set. 2021.

LAMAL, P.A. (1979). College students' common beliefs about psychology. **Teaching of psychology**, v. 6, p. 155-158, 1979. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1207/s15328023top0603_8. Acesso em: 12 out. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LINDGREN, H. C.; BYRNE, D. **Psicologia: Processos Comportamentais**. Tradução de Ary Band. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S. A, 1982.

MAYER, J. D.; CARUSO, D. R.; SALOVEY, P. Emotional Intelligence meets traditional standards for and intelligence. **Intelligence**, v. 27, n. 4, p. 267-298, 2000. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160289699000161#:~:text=The%20present%20studies%20show%20that,criteria%20of%20a%20standard%20intelligence.&text=Emotions%20are%20internal%20events%20that,%2C%20cognitions%2C%20and%20conscious%20awareness>. Acesso em: 12 set. 2021.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P. What is emotional intelligence? *In*: SALOVEY, P.; SLUYTER, D. J. (orgs.). **Emotional development and emotional intelligence: Implications for Educators**. New York: Basic Books, 1997.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. (2002). Selecionando uma medida para a inteligência emocional: Em defesa das escalas de aptidão. *In*: BAR-ON, R.; PARKER, J. D. A. (orgs.). **Manual de inteligência emocional**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. Competing models of emotional intelligence. *In*: STERNBERG, R. J. (ed.). **Handbook of Human Intelligence**. 2. ed. New York: Cambridge University Press, 2000a.

MAYER, J. D.; SALOVEY, P.; CARUSO, D. (2000b). Emotional intelligence as Zeitgeist, personality, and as a mental ability. *In*: BAR-ON, R.; PARKER, J. D. A. (orgs.). **The Handbook of Emotional Intelligence**. New York: Jossey-Bass, 2000b.

MCDOWELL; SPITZS, H. I. **Substance abuse**. New York: Brunner/Mazel, 1999.

MILLER, L. **Protegendo as mulheres da violência doméstica**. Seminário de treinamentos para juízes, procuradores, promotores e advogados no Brasil. Trad. Osmar Mendes. 2. ed. Brasília. Tahiridi Justice Center, 2002.

MILLER, G. E.; CHEN, E.; PARKER, K. J. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. **Psychological Bulletin**, v. 137, n. 6, p. 959–997, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21787044/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MINISTERIO DA SAÚDE, **Álcool e outras Drogas**. Adolescentes e Jovens para Educação entre pares. Saúde e Prevenção nas escolas. 1. Ed. Brasília-DF: Editora Premium, 2010.

MUNIZ, M.; PRIMI, R.; MIGUEL, F. K. **Investigação da inteligência emocional como fator de controle de stress em guardas municipais**. São Paulo: Psicologia: teoria e prática, 2007.

NIDA. National Institute on Drug Abuse. **Principals of drug addiction treatment: A research-based guide**. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse, 2000.

NOGUEIRA, C. A.; *et al.* A importância da psicoeducação na terapia cognitivo comportamental: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano**, v.2, n. 1, p. 108-120, 2017. Disponível em: <http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/190>. Acesso em: 17 jul. 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Resolução da Assembleia das Nações Unidas**. Local, 1987.

POLANCZYK, G. V. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, RS, v. 31, n. 1, p. 1-7, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/Wmxwn9gdS9zvL6xWcSkg7gd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2021.

RANGÉ, B. (org). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas**. Vol. 1. São Paulo: Editoria Livro Pleno, 2001.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. 11. Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

RULL, M. A. P.; *et al.* Estrés académico en estudiantes universitários. **Psicología y Salud**, v. 21, n. 1, p. 31-37, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/674/67462875008/html/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SEM, B.; WILKINSON, G.; MARI, J. J. Psychiatric morbidity in primary health care: a two-stage screening procedure in developing countries. Choice of instruments and cost-effectiveness. **Br J Psychiatry**, v. 33, n. 8, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3118997/>. Acesso em: 14 maio 2021.

SERRA, A. S. L.; *et al.* Medo e ansiedade na adolescência. **Psicologia em Curso**, v. 1, n. 1, p. 34-46, 1980.

SMITH, K.W.; AVIS, N. E.; ASSMANN, S. F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. **Quality of Life Research**, Cham, v.8, n. 5, p. 477-459, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10474286/>. Acesso em: 12 set. 2021.

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas Organizações**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.
TEIXEIRA, M. A. P.; *et al.* **Adaptação à universidade em jovens calouros**. *Psicol. Esc. Educ.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 185-202, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/vH9zX7jBvg8f8YxqBDqYyqH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2021.

TODOROV, J. C. O conceito de contingência tríplice na análise do comportamento humano. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 1, n. 1, p. 75-88, 1985. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/16801>. Acesso em: 23 ago. 2021.

TORTURA PSICOLÓGICA. Tribunal de Justiça do Distrito Federal, 2020. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/educacao-semanal/tortura-psicologica>. Acesso em: 13 jun. 2021.

VANDERSCHUREN, L. J. M. J.; EVERITT, B. J. (2005) **Mecanismo comportamentais e neurais de procura compulsiva de drogas**. Eur. J. Pharmacol., 2005.

VERSIANI, M.; REIS, R.; FIGUEIRA, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 10, n. 12, p. 367-382, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=297961&indexSearch=ID>. Acesso em: 11 fev. 2021.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Editora ARTMED; 2008.