
VIVIAN DANIELE DE LIMA

PLENA MENTE:

UMA PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM UNIVERSITÁRIOS DA UFJF.

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço.

JUIZ DE FORA

2025

VIVIAN DANIELE DE LIMA

PLENA MENTE:

UMA PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM UNIVERSITÁRIOS DA UFJF.

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço.

JUIZ DE FORA

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lima, Vivian Daniele de.

Plena Mente: uma proposta de promoção de saúde mental em universitários da UFJF / Vivian Daniele de Lima. -- 2025.
178 f.

Orientador: Lelio Moura Lourenço

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2025.

1. Tratamento Saúde Mental. 2. Terapia Cognitivo Comportamental Online. 3. Ansiedade. 4. Estresse. 5. Depressão. I. Lourenço, Lelio Moura , orient. II. Título.

VIVIAN DANIELE DE LIMA

**PLENA MENTE: UMA PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL
EM UNIVERSITÁRIOS DA UFJF.**

Autora: Vivian Daniele de Lima

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Prof. Dr. (a) Carla Ferreira de Paula Gebara

Prof. Dr. (a) Francesca Stephan

Prof. Dr. Leonardo Fernandes Martins

Prof. Dr. (a) Fabiane Rossi dos Santos

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani (Suplente)

Prof. Dra. Pollyanna Santos Silveira (Suplente)

JUIZ DE FORA

2025

Vivian Daniele de Lima

**PLENA MENTE: UMA PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL
EM UNIVERSITÁRIOS DA UFJF**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Aprovada em 24 de Setembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Lelio Moura Lourenço - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Professora Doutora Carla Ferreira de Paula Gebara
UNIACADEMIA - Centro Universitário

Professora Doutora Fabiane Rossi dos Santos
Universidade Federal de Juiz de Fora

Professora Doutora Francesca Stephan
UNIACADEMIA - Centro Universitário

Professor Doutor Leonardo Fernandes Martins
PUC-RIO

Dedico este trabalho a todos que, mesmo diante das dores silenciadas e das adversidades ocultas, escolheram seguir em frente, passo a passo, transformando a resistência em força e a esperança em recomeço.

Tudo que a mente humana pode conceber, ela pode conquistar.
Napoleon Hill

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes cinco anos pude me deparar com alguns desafios e adversidades, mas também com pessoas que fizeram total diferença para eu me tornar quem sou hoje. Poder chegar ao final deste trabalho me fez perceber que sempre é possível ir mais longe e alcançar mais do que se acredita ser possível. Toda grande conquista exige uma renúncia. Exige tempo, esforço, e talvez o mais importante, ter clareza da intenção que se encontra por traz do que se pretende realizar.

Mas nunca seria possível ter chegado sozinha ao final dessa jornada. Por isso, eu não poderia estar aqui e finalizar esta tese sem expressar os meus sinceros agradecimentos:

A Deus, por me permitir realizar este sonho.

A minha família, em especial a minha mãe pelo amor incondicional, meu pai pelo apoio aos meus estudos e a meu namorado Wander, por estar sempre presente e me encorajando a sonhar mais alto.

Ao meu orientador professor Dr. Lelio, agradeço pelo apoio, pelo conhecimento compartilhado, pela disponibilidade, pela autonomia concedida.

Aos membros da banca examinadora, professores Dr. Leonardo, Dra. Francesca, Dra. Fabiane e Dra. Carla, pelas orientações que enriqueceram este trabalho.

Ao professor Dr. Ricardo, pelo incentivo no meu estágio em docência.

Aos alunos e alunas de graduação Ailana, Sara, Ana Vitória, Letícia, Gabriela, Lucca e Adely pelo apoio, carinho, dedicação e colaboração, essa pesquisa também foi feita por vocês!

As minhas amigas Ana Gabriela e Adyélhe pelos momentos de alegria e leveza que me proporcionaram.

A todos que aceitaram participar deste estudo, o meu muito obrigada, foi uma honra conhecê-los (as) e ter contribuído para a promoção de saúde mental dos discentes desta instituição.

A Capes e a Fapemig, pela bolsa de doutorado concedida.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que esta pesquisa fosse possível.

Hoje um capítulo se encerra. E voos maiores se iniciam!

PLENA MENTE: UMA PROPOSTA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM UNIVERSITÁRIOS DA UFJF

Resumo

Este estudo apresenta como objetivo avaliar a efetividade de um programa de intervenção autoguiado para promoção e prevenção de saúde mental em universitários da UFJF. Este é um programa via internet, autoguiado e baseado no referencial teórico da Terapia Cognitivo Comportamental para universitários da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) com sintomas de ansiedade, estresse e depressão. A saúde mental de 321 alunos da instituição foi avaliada pela Escala Dass-21. Posteriormente, uma intervenção foi realizada no meio online, com 91 estudantes universitários, randomizados em grupo controle (n=46) e grupo de intervenção (n=45). A intervenção foi composta por 6 módulos psicoeducativos que abordaram temáticas como: adaptação ao contexto acadêmico, técnicas para manejo de ansiedade, enfrentamento do estresse e redução de sintomas de depressão, além de auxiliar os participantes a desenvolverem habilidades sociais e de gestão das emoções. Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: DASS-21, questionário sociodemográfico e questionário de satisfação. Os dados foram analisados pelo SPSS e pela análise de conteúdo de Bardin. Os dados quantitativos demonstraram que a intervenção foi estatisticamente significativa, com grande tamanho de efeito para os 3 constructos analisados pela Dass-21. A intervenção foi considerada satisfatória por 90% dos participantes.

Palavras-chave: ansiedade; depressão; terapia cognitivo comportamental; intervenção online; universitários.

FULLY MINDFUL: A PROPOSAL FOR PROMOTING MENTAL HEALTH AMONG UFJF UNIVERSITY STUDENTS

Abstract

This study aims to evaluate the effectiveness of a self-guided intervention program for mental health promotion and prevention among UFJF university students. This is an online, self-guided program based on the theoretical framework of Cognitive Behavioral Therapy for university students at the Federal University of Juiz de Fora (UFJF) with symptoms of anxiety, stress, and depression. The intervention was conducted online with 91 university students, randomized into a control group (n=46) and an intervention group (n=45). The intervention consisted of six psychoeducational modules that addressed topics such as adaptation to the academic context, techniques for managing anxiety, coping with stress, and reducing symptoms of depression, in addition to helping participants develop social and emotion management skills. Participants completed the following instruments: DASS-21, a sociodemographic questionnaire, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using SPSS and Bardin's content analysis. Quantitative data demonstrated that the intervention was statistically significant, with a large effect size for the three constructs analyzed by DASS-21. The intervention was considered satisfactory by 90% of participants.

Keywords: anxiety; depression; cognitive behavioral therapy; online intervention; university students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Graduandos segundo a existência ou não de dificuldades emocionais que podem ter interferido na sua vida acadêmica	16
Figura 2 - Fluxograma com as etapas da revisão sistemática.....	20
Figura 3 - A Relação entre Pensamentos, Emoções e Comportamentos.....	55
Figura 4 - O modelo de esquema emocional.....	92
Figura 5 - Estratégias de regulação emocional.....	93
Figura 6 - Gráfico de barras-e-erros Estresse.....	127
Figura 7 - Gráfico de barras-e-erros Ansiedade	127
Figura 8 - Gráfico de barras-e-erros Depressão	128
Quadro 1 - Dimensões relacionadas à adaptação	42
Quadro 2 - Estigmas e mitos sobre saúde mental.....	50
Quadro 3 - Texto psicoeducativo acerca da motivação.....	51
Quadro 4 - Apresentação dos objetivos dos módulos do programa	52
Quadro 5 - Psicoeducação acerca da Terapia Cognitivo Comportamental	55
Quadro 6 - Apresentação da Técnica de Descatastrofização.....	60
Quadro 7 - Apresentação da técnica de exame de evidências	61
Quadro 8 - Apresentação da técnica de registro de exposição	63
Quadro 9 - Apresentação da técnica ACALME-SE.....	65
Quadro 10 - Estratégias Cognitivas e Comportamentais para o manejo do estresse acadêmico. 71	
Quadro 11 - Técnica para a procrastinação	74
Quadro 12 - Relaxamento Muscular	75
Quadro 13 - Distorções Cognitivas	78
Quadro 14 - Psicoeducação acerca dos sintomas depressivos.....	80
Quadro 15 - Questionamento de pensamentos depressivos	82
Quadro 16 - Planejamento de atividades.....	83
Quadro 17 - Psicoeducação sobre a importância de manter relacionamentos interpessoais	85
Quadro 18 - Rede de Apoio.....	87
Quadro 19 - Mitos sobre o suicídio.....	88
Quadro 20 - Como identificar sinais de ideação e oferecer ajuda.....	89
Quadro 21 - Gestão emocional.....	95
Quadro 22 - Empatia nos Relacionamentos Interpessoais	98
Quadro 23 - Gestão da raiva.....	100
Quadro 24 - Estilos de comunicação.....	103
Quadro 25 - Técnica da resolução de problemas por meio da assertividade.....	104
Quadro 26 - Assertividade.....	106
Quadro 27 - Enfrentar críticas.....	107
Quadro 28 - Tarefa de casa	109
Quadro 29 - Níveis da Escala Dass-21	113
Quadro 30 - Produção dos materiais da intervenção	116
Quadro 31 - Frequência de respostas do questionário de satisfação	129

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Metodologia dos artigos analisados	28
Tabela 2 - País de origem dos artigos analisados	29
Tabela 3 - Ano de publicação dos artigos analisados.....	30
Tabela 4 - Características sociodemográficas da amostra (n = 321).	120
Tabela 5 - Média $\pm$ desvio-padrão (mínimo e máximo) e classificação (%) dos escores de estresse, ansiedade e depressão, de acordo com o questionário DASS-21	122
Tabela 6 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra.....	125
Tabela 7 - Média $\pm$ desvio-padrão e classificação (%) dos escores de estresse, ansiedade e depressão, de acordo com o questionário DASS-21, após a realização de intervenção psicológica	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CPA	Centro de Psicologia Aplicada
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FONAPRACE	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis.
IES	Intituições de Ensino Superior
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PROAE	Pró Reitoria de Assuntos Estudantis
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UNICAMP	Universidade de Campinas
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário

1 INTRODUÇÃO	15
2 INTERVENÇÕES <i>ONLINE</i> BASEADAS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRATAMENTO DE ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO EM JOVENS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.	18
2.1 ETAPAS DA REVISÃO DE LITERATURA	19
2.2 RESULTADOS	20
2.2.1 <i>Impactos Da Pandemia Na Saúde Mental De Universitários</i>	21
2.2.2 <i>O Papel Da Tecnologia Digital Na Saúde Mental</i>	22
2.2.3 <i>Benefícios Das Intervenções Online</i>	23
2.2.4 <i>Particularidades Das Intervenções Online Para O Público Jovem</i>	24
2.2.5 <i>Panorama Das Intervenções Internacionais</i>	28
2.2.6 <i>Síntese de Intervenções Baseadas na TCC para Promoção e Prevenção de Saúde no Ambiente Online</i>	33
2.2.7 <i>Limitações e Sugestões para Estudos Futuros</i>	37
3 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS <i>ONLINE</i> PARA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: O PROGRAMA PLENAMENTE PARA ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO	39
3.1 COMPREENSÃO OS ASPECTOS RELACIONADOS ÀS VIVÊNCIAS ACADÊMICAS E AOS FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE MENTAL DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS	40
4 MÓDULO 01: BOAS-VINDAS	Error! Bookmark not defined.
5 MÓDULO 02: A MENTE ANSIOSA	56
6 MÓDULO 03: GESTÃO DO ESTRESSE ACADÊMICO	67
7 MÓDULO 04: PREVENINDO A DEPRESSÃO	77
8 MÓDULO 05: REGULAÇÃO EMOCIONAL	90
9 MÓDULO 06: TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS	100
10 METODOLOGIA	Error! Bookmark not defined.
10.1 TIPO DE ESTUDO	111
10.2 HIPÓTESE	111
10.3 OBJETIVO PRIMÁRIO	111
10.4 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	111
10.5 AMOSTRA	112
10.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	112
10.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	112
10.8 INSTRUMENTOS	112
10.9 ASPECTOS ÉTICOS	114
10.10 ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS	115

11 PRODUÇÃO DO MATERIAL DA INTERVENÇÃO.....	115
12 PILOTO.....	118
13 ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO.....	119
14 APLICAÇÃO DA DASS-21.....	120
15 RESULTADOS	120
15.1 ETAPA 1: AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE DISCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA	120
15.2 ETAPA 2: ANÁLISE DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.....	123
16 ANÁLISE QUALITATIVA.....	129
17 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO.....	130
18 DISCUSSÃO.....	132
19 ANÁLISE QUALITATIVA DA SATISFAÇÃO COM A INTERVENÇÃO.....	138
20 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS.....	142
21 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
22 REFERÊNCIAS.....	148
23 APÊNDICES	167
24 ANEXOS.....	173

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004), a saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe suas próprias habilidades, consegue lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e proveitosamente e é capaz de fazer uma contribuição para a sua comunidade. Dessa forma, este conceito de saúde mental envolve a capacidade de aceitar as exigências da vida, saber lidar com as emoções, lidar com diferentes estressores e adversidades, reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário (ROZEIRA et al., 2018).

Nos últimos anos, diversas pesquisas apontam para o aumento dos transtornos mentais nos estudantes de ensino superior (BONI et al., 2018; LAMEU et al., 2016; LARCOMBE et al., 2016; VIEIRA; SCHERMANN, 2015). Além disso, aproximadamente de 30% a 50% dos universitários podem atender aos critérios para um transtorno mental (AUERBACH et al., 2018). No ano de 2020, uma pesquisa feita pela CHEGG.ORG em um estudo mundial verificou que o Brasil foi o país onde os estudantes universitários sofreram mais quanto à saúde mental. Outros estudos apontam que alunos com dificuldades de saúde mental possuem dificuldades em buscar ajuda (FERRARI et al., 2022). Ademais, menos de 20% recebem tratamento adequado (AUERBACH et al., 2016).

Dentre os principais impactos do sofrimento mental sobre o bem-estar e a qualidade de vida dos discentes, é possível identificar: diminuição da autoestima, insônia, fadiga, irritabilidade, queixas somáticas, isolamento, perturbação do sono, dificuldades de concentração e memorização, faltas e repetência, aumento de comportamentos auto lesivos, automedicação, uso de álcool e outras drogas e até mesmo tentativas de suicídio (ANDRADE et al., 2016; ROZEIRA et al., 201; SANTA; CANTILINO, 2016; VENTURINI; GOULART, 2016). Outras consequências incluem: a menor qualidade dos relacionamentos interpessoais, a redução do desempenho acadêmico, o menor envolvimento nas atividades do campus e maior risco de abandono da universidade (BRUFFAERTS et al., 2018).

Assim, a alta prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse nos estudantes além de ser um fenômeno crescente, também pode gerar consequências nos âmbitos social e institucional (PADOVANI et al., 2014). Ademais, observa-se que o sofrimento mental está articulado com uma série de fatores sociais, ambientais e institucionais que também demandam atenção. Questões sociais envolvem o relacionamento entre os pares, a relação professor-aluno e a competitividade acadêmica, pois pode gerar um aumento de carga emocional e mental para

lidar com essas circunstâncias - o que pode gerar um esgotamento (ROZEIRA et al., 2018). No nível institucional, por exemplo, podem ser observadas: a lacuna de serviços de apoio psicopedagógicos e as longas listas de espera, além de políticas e práticas institucionais que podem influenciar o adoecimento mental (BLEICHER, 2013; BROGLIA et al., 2017; MORETT; HÜBNER, 2017; MOURA; FACCI, 2016; OLIVEIRA et al., 2013).

Cabe salientar que a pandemia de Covid-19 também gerou impactos psicossociais na saúde dos jovens. Estes efeitos estão relacionados ao aumento do estresse durante e após a quarentena devido ao distanciamento físico e social, a desorganização da rotina diária devido à perda dos espaços tradicionais de trabalho e estudo, as notícias falsas e à ambiguidade nas medidas tomadas pelos governos, à falta de clareza sobre a situação epidemiológica, aspectos econômicos como o desemprego e a diminuição da renda econômica, além de ansiedade, insônia, incerteza e desesperança quanto ao futuro (MAIA; DIAS, 2020; ROCHA et al., 2021).

No que se refere especificamente à saúde emocional dos universitários brasileiros, é possível notar que a porcentagem de universitários que apresentam algum sofrimento emocional cresceu ao longo dos últimos anos. O relatório nacional realizado em 2003 pelas universidades e institutos federais identificou que 36,9% dos estudantes afirmaram sofrer alguma dificuldade emocional (FONAPRACE, 2004). Já no relatório de 2010, o percentual de estudantes que se queixaram de sofrimento psíquico foi de 47,7% (FONAPRACE, 2011). O relatório publicado em 2016, identificou que as frequências relacionadas às dificuldades emocionais eram superiores a 70% da amostra pesquisada, em todas as regiões do país.

Figura 1 - Graduandos segundo a existência ou não de dificuldades emocionais que podem ter interferido na sua vida acadêmica

Região de localização das IFES	Existência ou não de dificuldades emocionais nos últimos 12 meses					
	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Centro-Oeste	80.088	80,5	19.406	19,5	99.494	100
Nordeste	210.432	79,38	54.653	20,62	265.084	100
Norte	87.652	72,33	33.535	27,67	121.187	100
Sudeste	235.547	82,05	51.540	17,95	287.087	100
Sul	136.086	81,61	30.666	18,39	166.752	100
Nacional	749.804	79,8	189.800	20,2	939.604	100

Fonte: Fonaprace (2019).

Já o relatório mais recente, divulgado em 2019, apontou que a porcentagem de estudantes que possuem alguma dificuldade emocional era de 83,5%. Além disso, a ansiedade

afetava 6 a cada 10 estudantes, enquanto a ideia de morte afetava 10,8% da população-alvo e o pensamento suicida estava presente em 8,5% da amostra (FONAPRACE, 2019, p. 82-83). Os altos índices não se restringem apenas a dificuldades emocionais, já que 86,1% dos (as) discentes apresentaram alguma dificuldade estudantil. As dificuldades mais sinalizadas diziam respeito a questões econômicas, dificuldades de adaptação ao contexto universitário e problemas socioemocionais.

O último relatório realizado pelas universidades federais também demonstrou que a maior procura por cuidados profissionais depende do nível de renda do (a) estudante. Além disso, as instituições passaram a aumentar suas ações em torno da temática da saúde mental, com campanhas que visam a conscientizar a comunidade acadêmica sobre o adoecimento mental como o “Janeiro Branco” e o “Setembro Amarelo”. O relatório mais recente revelou ainda que 32,4% da população-alvo esteve ou está em atendimento psicológico, 13,7% procuraram atendimento psicológico há mais de um ano, 9,0% disseram procurar atendimento no último ano, e 9,7% declararam estar fazendo acompanhamento psicológico (FONAPRACE, 2019, p. 82).

Diante do que foi exposto, é fundamental desenvolver programas para prevenir o adoecimento mental no contexto das universidades públicas brasileiras. Dessa forma, a proposta deste trabalho trata da criação de um material psicoeducativo para os jovens, em termos de recomendações e estratégias para o cuidado da saúde mental diante dos efeitos da pandemia, especificamente sobre a ansiedade, estresse e depressão.

Esta tese partirá da abordagem de prevenção e promoção da saúde. A prevenção primária da saúde compreende ações de promoção da saúde para a proteção de fatores de risco e manutenção de um estado de bem-estar. Os constructos que serão investigados nesta pesquisa serão o estresse, a ansiedade e a depressão sob a ótica da terapia cognitivo-comportamental. A opção pela abordagem da terapia cognitivo-comportamental (TCC) se dá em virtude de a maioria das intervenções avaliadas neste campo basearem-se na TCC, além disso, ela é a abordagem recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, inclusive, mostrou-se efetiva no cenário da pandemia da COVID-19 (AL-ALAWI et al., 2021; ARAÚJO; COSTA, 2021; LIU et al., 2021).

A terapia cognitivo comportamental, proposta por Aaron Beck, é uma abordagem psicológica que permite identificar a relação entre emoções, cognições e comportamentos. Especificamente na população universitária, a TCC pode contribuir com a

identificação de pensamentos disfuncionais e o exame de distorções cognitivas, além de auxiliar na gestão de tempo, na resolução de problemas, no manejo de sintomas ansiosos, além de fornecer aos jovens o desenvolvimento de habilidades e estratégias de enfrentamento para redução do estresse (OLIVEIRA et al., 2013).

Com relação ao tratamento na modalidade *online*, destaca-se que a utilização da *internet* como meio de administrar protocolos de tratamento já foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) pela resolução 011/2012 (PSICOLOGIA, 2012). De forma resumida, os serviços psicológicos podem ser administrados de forma pontual e educativa mantendo as exigências estabelecidas no Código de Ética do psicólogo. Ademais, este estudo também contribuirá para o avanço e enriquecimento das discussões nessa modalidade de atendimento para a psicologia clínica.

2 INTERVENÇÕES *ONLINE* BASEADAS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRATAMENTO DE ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO EM JOVENS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.

Os problemas de saúde mental são altamente prevalentes entre os estudantes universitários. As taxas de transtornos mentais em estudantes universitários podem ser, inclusive, maiores do que as observadas na população em geral (MOREIRA et al., 2015). Ademais, até metade dos estudantes pode sofrer pelo menos um problema de saúde mental ao longo de sua permanência na graduação (AUERBACH et al., 2016; FARRER et al., 2019; SALEH et al., 2018). Contudo, a maioria dos alunos com problemas de saúde mental não recebe ajuda profissional (FARRER et al., 2019; HARRER et al., 2018; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2020). Destaca-se que a literatura demonstra que o atendimento às necessidades psicológicas de universitários por meio de propostas de intervenção ainda é escasso (BARDAGI; ALBANAES, 2015).

Há uma série de fatores de risco que têm sido associadas com a vulnerabilidade para desenvolvimento de transtornos mentais, a saber: mudanças no estilo de vida, má qualidade de sono, maus hábitos alimentares, estressores econômicos e problemas familiares. Portanto, faz-se necessário refletir sobre esse período de transição e principalmente sobre a adaptação do jovem universitário. O volume de temas de estudo, a complexidade das matérias, a frequência de avaliações, a mudança de rotina, a ausência de suporte social, a alta expectativa parental, a

necessidade de organização do tempo, o estabelecimento de novas relações interpessoais, além de residir em localidade distante da família e adaptações à cidade, à moradia e à separação dos familiares são fatores potencialmente estressantes. Destarte, dificuldades psicológicas leves a moderadas podem ter um grande impacto negativo sobre a vida dos alunos e muitas vezes passam despercebidos e sem suporte (BARRABLE et al., 2018).

É fundamental compreender as principais dificuldades vivenciadas pelos estudantes durante esse período, sobretudo para prevenir aquelas situações que podem contribuir para o adoecimento. Assim, são necessários programas de intervenção que possam oferecer suporte a essa população, mediante oferta de serviços psicológicos voltados para o desenvolvimento de habilidades específicas requeridas na vida profissional e pessoal do acadêmico, diminuindo fatores de risco para o adoecimento e contribuindo para sua saúde mental.

2.1 ETAPAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

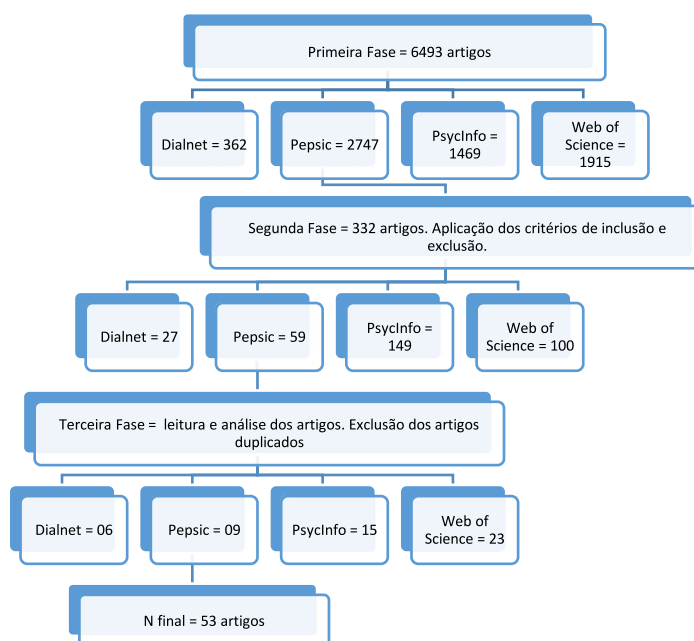
Para se ter uma compreensão ampliada sobre a temática das intervenções voltadas para a saúde mental (considerando os constructos de ansiedade, estresse e depressão) tanto no panorama nacional, quanto no internacional, foi realizada uma revisão sistemática de literatura. Elegeram-se artigos publicados em inglês, espanhol e português dos últimos 10 anos. As seguintes bases de dados foram utilizadas: *PsycInfo* por ser considerada referência nas publicações em Psicologia e na área de saúde. *Dialnet*, que é uma base de dados internacional de produção em língua espanhola especializada em ciências humanas e sociais. O portal de *Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC)* que é uma fonte da Biblioteca Virtual em Saúde especializada em publicações de psicologia e saúde da América Latina e a *Web of Science* por ser uma base de dados multidisciplinar. Os seguintes marcadores foram utilizados: “ansiedade”, “depressão”, “estresse”, “universitários”, “saúde mental”, “*ansiedad*”, “*estress*”, “*depresión*”, “*salud mental*”, “*anxiety*”, “*depresion*”, “*stress*”, “*college students*” e “*mental health*”, “tratamento”, “*treatment*”, “intervenção”, “*intervencion*”, “protocolo” e “*protocol*”. A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas supracitadas, nos idiomas português, espanhol e inglês, que estavam relacionados à temática e que continham as palavras-chaves no título ou resumo. A revisão de literatura seguiu as diretrizes do protocolo PRISMA.

A primeira fase de buscas retornou 1915 artigos na *Web of Science*, 1469 artigos na base *PsycInfo*, 2747 artigos na *PePSIC* e 362 artigos na *Dialnet*. Na segunda fase, esses artigos foram

analisados pelo título e resumo, segundo critérios de exclusão. Como critérios de exclusão, foram descartados dissertações, teses e capítulos de livro, além de artigos que não tinham acesso completo disponível ou artigos publicados em outras línguas e há mais de dez anos. Em seguida, foi feita a leitura detalhada dos resumos dos 332 artigos.

Assim, a segunda fase de buscas retornou 100 artigos na *Web of Science*, 149 artigos na base *PsycInfo*, 59 artigos na *PePSIC* e 27 artigos na *Dialnet*. Estudos teóricos e revisões, além de artigos que não tratavam do sofrimento mental em graduandos (como docentes ou alunos de pós-graduação) e trabalhos duplicados foram posteriormente excluídos, totalizando na contagem final, 53 artigos (23 artigos na *Web of Science*, 15 artigos na base *PsycInfo*, 09 artigos na *PePSIC* e 06 artigos na *Dialnet*). Posteriormente, foi realizada a leitura completa e análise dos 53 artigos.

Figura 2 - Fluxograma com as etapas da revisão sistemática



2.2 RESULTADOS

Os resultados da revisão sistemática foram agrupados qualitativamente em três principais eixos de análise: (1) identificar os impactos da pandemia na saúde mental de

universitários; (2) identificar os benefícios do uso de tecnologias na promoção de saúde mental; e (3) identificar as principais características das intervenções para a saúde mental na modalidade *online*.

2.2.1 Impactos da Pandemia na Saúde Mental de Universitários

A pandemia trouxe várias consequências no contexto acadêmico, principalmente no que diz respeito ao estresse. Se, por um lado, a população brasileira tornou-se 80% mais ansiosa, no público universitário, isso foi ainda mais grave: aumentou-se o abuso de substâncias, as dificuldades de dormir e o estresse; 87,9% dos estudantes tiveram mudanças de humor, 84,6% mostrou desgaste físico e psicológico, sendo 81,2% ansiedade e 75,8% estresse (SUNDE, 2021).

SUNDE (2021) menciona como a pandemia provocou eventos psicológicos negativos, de modo que ansiedade, estresse, depressão e propensão suicida, somados às demandas naturais do meio acadêmico, potencializaram as dificuldades de interação social, abalaram as expectativas em relação ao curso e reduziam o bem-estar e a qualidade de vida. Ressalte-se que este cenário pode deixar ainda mais vulneráveis estudantes que cumprem os marcadores potenciais de desigualdades sociais, como estrangeiros ou que moram longe da família, diferentes etnias, modalidades de ensino (se privada ou particular), baixa renda, jornada dupla/tripla de trabalho e outros.

O aumento de uma série de consequências foram observadas, como: ansiedade e pânico em perder semestre letivo, angústia com o atraso de cronograma, ruptura da rotina de estudos, a falta de recursos para continuar na faculdade, a preocupação com estágios paralisados, a falta de segurança para a conclusão do curso, a instabilidade, a imprecisão dos projetos de vida e a ameaça do contágio frente a um possível retorno de aulas presenciais, a sensação de perda e frustração, mudanças abruptas no estilo de vida, desconforto, impotência, constante vigília, aumento do uso de álcool, entre outros (FREIRES et al., 2020)

Um estudo feito nos Estados Unidos (ETTMAN et al., 2020) constatou que a incidência de depressão na população estadunidense triplicou (de 8,5% para 27,8%) no período da pandemia. Na China, um aumento também foi observado em 53% dos participantes de um estudo que identificou os impactos psicológicos como moderados ou graves (ZHANG et al., 2020). O impacto da pandemia também foi observado na regulação emocional dos

universitários, em que se observou irritabilidade, humor rebaixado e consistente, medo, raiva, insônia, entre outros (BROOKS et al., 2020).

2.2.2 O Papel Da Tecnologia Digital Na Saúde Mental

Nos últimos anos, o ritmo acelerado do desenvolvimento tecnológico evidenciou o potencial da *internet* para facilitar a tanto na busca por ajuda como também a divulgar informações referente à saúde mental (HARRER et al., 2018). Uma intervenção psicológica que visa melhorar a saúde mental é considerada digital quando a tecnologia é usada em sua entrega, incluindo a *internet*, telefones celulares, computadores ou outros dispositivos eletrônicos. Além disso, altas taxas de acesso a *smartphones* e a familiaridade com a tecnologia significam que a maioria estudantes universitários são altamente receptivos aos modos digitais de apoio à saúde (FERRARI et al., 2022; MONTAGNI et al., 2018). Outros fatores globais, como a pandemia do COVID-19, demonstraram que a integração digital é um fator positivo, pois contribui para lidar com limitações associadas às configurações tradicionais de cuidados de saúde para jovens, principalmente referentes ao estigma e as longas filas de espera. Nesse contexto, a *internet* tornou-se um meio cada vez mais influente para ajudar a abordar a saúde mental e intervenções psicológicas *online* através da *internet* têm ganhado cada vez mais atenção (ZHIYU et al., 2022).

Contudo, as instituições de ensino superior ainda dependem principalmente de ofertas tradicionais para fornecer serviços de apoio ao estudante – o que pode representar uma falha ou dificuldade em capitalizar as vantagens oferecidas por sistemas baseados na *web* (PAPADATOUPASTOU et al., 2017). No entanto, devido à alta demanda, muitos desses serviços se encontram além da capacidade. Na maioria dos casos, há um número pequeno de funcionários, vagas limitadas e longas filas espera (LATTIE et al., 2020). Recursos tecnológicos, podem, assim, diminuir as filas de espera dos serviços presenciais, além de reduzir os custos da universidade e ter potencial escalonável. Portanto, tem havido uma demanda crescente por intervenções *online* para prevenir problemas de saúde mental, que podem substituir ou mesmo incluir novas modalidades que não sejam necessariamente uma abordagem face a face. Verificou-se que jovens estudantes não somente são mais dispostos a usar terapias *online* para problemas de saúde mental, mas também têm percepções geralmente positivas em relação a eles (NOH; KIM, 2023).

Além disso, o suporte *online* pode oferecer benefícios para universidades e outras instituições de ensino superior, otimizando seus recursos, melhorando as taxas de retenção e minimizando o custo do abandono dos cursos de graduação. Por exemplo, tais intervenções baseadas na *web* podem ser oferecidas a alunos com níveis leves a moderados de sintomas psicológicos, enquanto os atendimentos presenciais podem focar naqueles com problemas mais graves que requerem intervenções intensivas (PAPADATOUPASTOU et al., 2017).

2.2.3 Benefícios das Intervenções *Online*

A intervenção *online* é um formato alternativo ao tradicional atendimento psicológico presencial. Pesquisas que indicam que a preferência pela busca de ajuda por meio da *internet* é maior entre os indivíduos mais jovens. Assim, embora estudos indiquem que muitos dos alunos raramente procuram ajuda de profissionais para problemas mentais (MCCALL et al., 2018), o público jovem tende a se sentir mais confortável com tecnologias digitais modernas e com terapias administradas por computador. Por exemplo, em uma investigação australiana entre estudantes universitários, mais da metade dos participantes relataram que eram bastante ou muito propensos a buscarem ajuda por meio de intervenções fornecidas pela *internet* (RYAN et al., 2010). Assim, a modalidade de intervenção *online* pode atrair estudantes com sofrimento clinicamente relevante que, de outra forma, não procurariam ajuda (HARRER et al., 2018).

De uma forma geral, intervenções baseadas na *internet* e em dispositivos móveis podem ajudar a aumentar a utilização de intervenções psicológicas, pois permitem alta escalabilidade e podem ser fornecidas a baixo custo (BUNTROCK et al., 201). As vantagens dessa modalidade são: a acessibilidade, a disponibilidade contínua, a confidencialidade e a discrição (SALEH et al., 2018). Ademais, tratamentos oferecidos pela *internet* podem contribuir para a globalização dos serviços de saúde mental, além de auxiliar a superar barreiras geográficas e possibilitar a flexibilidade de horários para sua participação (PALMA-GÓMEZ et al., 2020; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2020).

Intervenções *online* são facilmente acessíveis e normalmente requerem menos tempo do que as consultas presenciais (ANDERSSON, 2018). Além disso, várias revisões sistemáticas e meta-análises têm indicado que as intervenções *online* voltadas para problemas de saúde mental são eficazes para estudantes universitários (CONLEY et al., 2015; DAVIES et al., 2014; FARRER et al., 201; HARRER et al., 2018). Ademais, as Instituições de Ensino Superior (IES)

também podem se beneficiar com a adoção deste recurso, pois intervenções *online* podem auxiliar a melhorar o gerenciamento da demanda e otimizar os recursos humanos e financeiros, e além de diminuir as listas de espera, elas podem demonstrar um bom custo-benefício (BARRABLE et al., 2018; BROGLIA et al., 2017).

Essa modalidade de atendimento pode ser especialmente eficaz entre a população estudantil. Há estudos que apontam que intervenções baseadas na *internet* podem ser potencialmente vantajosas na redução do estresse psicológico, (HINTZ et al., 2015) e ansiedade (BENTON et al., 2016; DEAR et al., 2019). Assim, é um método viável para a prevenção de transtornos mentais (BURKE et al., 2020; HEBER et al., 2017; MUSIAT et al., 2019), além de reduzir potencialmente barreiras como o estigma pessoal (BARRABLE et al., 2018). Ademais, os estudos demonstram eficácia semelhante ao das intervenções face a face (BERGER et al., 2011; MONTERO-MARÍN et al., 2016).

Dentre outras vantagens, encontram-se: anonimato, acesso a partir de uma variedade de dispositivos, e acesso no conforto do espaço pessoal dos usuários e em sua localização escolhida. Intervenções baseadas na *internet* também oferecem aos alunos a autonomia de uso que combine com seu cronograma de horários (BARRABLE et al., 2018). Assim, embora não seja um substituto para psicoterapia, abordagens psicoeducativas *online* podem ajudar na prevenção do desenvolvimento de problemas de saúde mental antes que se tornem mais graves e pode ser especialmente útil quando os recursos da psicoterapia tradicional são limitados.

2.2.4 Particularidades das Intervenções *Online* para o Público Jovem

Algumas particularidades foram observadas nos tratamentos e intervenções oferecidos para universitários no ambiente *online*, dentre os quais é possível citar: amplitude das possibilidades de recrutamento e divulgação; a importância da adaptação dos conteúdos para o contexto universitário; a relevância de serem trabalhadas temáticas de motivação; manejo de expectativas e de engajamento a fim de aumentar a adesão e evitar o abandono; e elaborar conteúdos para diminuir barreiras como o estigma e o preconceito acerca dos transtornos mentais.

2.2.4.1 Recrutamento

Múltiplas estratégias de recrutamento podem ser utilizadas quando uma intervenção é realizada no formato *online*. Foram identificadas, por exemplo, que os participantes podem ser recrutados por meio de reportagens da imprensa e *sites* da instituição universitária, serviços de aconselhamento e plataformas de mídia social (HARRER et al., 2018). A divulgação também pode ocorrer por meio de canais de mídia, como rádio e jornais dirigidos por estudantes, além da distribuição de cartazes e panfletos pelo campus. Serviços e organizações estudantis, como as associações de estudantes universitários e a associação de estudantes de pós-graduação e pesquisa também podem contribuir para a divulgação das propostas de saúde (FARRER et al., 2019). Por fim, a divulgação também pode ser realizada por convites de *e-mail* institucional (FLEISCHMANN et al., 2018; TROCKEL et al., 2011).

2.2.4.2 Adaptação ao Contexto

A preocupação com a escrita e apresentação do conteúdo também foi observada por estudos que entregam intervenções *online*. A apresentação do conteúdo pode inclusive contribuir para diminuir barreiras que impedem a busca de ajuda. Por exemplo, no Reino Unido, BARRABLE et al. (2018) preocuparam-se com o *layout* geral dos *sites*, com a linguagem e o *design* do programa “MePlusMe” os quais foram desenvolvidos de uma forma a normalizar experiências dos alunos, evitar usar linguagem patologizante e termos diagnósticos e se concentrar em descrever os sintomas e experiências direcionadas às vivências universitárias, buscando remover barreiras à procura de ajuda para jovens adultos e, assim, melhorar o acesso e a busca por apoio. O conteúdo também foi estruturado para ser convidativo a alunos que desejavam usar o sistema como fonte de informações e desenvolvimento de habilidades e recursos pessoais. Essa inclusão buscou remover o estigma que muitas vezes interfere na busca de ajuda.

Semelhantemente, RODRÍGUEZ et al. (2014) também procuraram utilizar de psicoeducação como forma de normalizar questões relativas à saúde mental, além de auxiliar os participantes a identificarem os principais sinais e sintomas relacionados à ansiedade e à depressão. Ademais, os autores discorreram sobre a importância de o conteúdo da intervenção apresentar histórias pessoais próximas da realidade e do contexto dos universitários, além de

apresentar de forma mais clara e simples os aspectos básicos da TCC (SALAMANCA-SANABRIA et al., 2019).

Além da adaptação considerando a linguagem e o conteúdo das intervenções, verificou-se que é fundamental o *feedback* tanto de usuários como de especialistas (psicólogos) na avaliação dos procedimentos e da validade do conteúdo da intervenção. Essa avaliação permite assegurar que as informações são apresentadas de forma didática e compreensível para os usuários (SALAMANCA-SANABRIA et al., 2019). FARRER et al. (2019) também submeteram a intervenção a várias rodadas de teste e *feedback* do usuário a fim de aumentar a validade do conteúdo.

2.2.4.3 Motivação e Manejo de Expectativas

Outra particularidade observada nas intervenções *online* diz respeito a necessidade de administrar a motivação e expectativas dos participantes, uma vez que essa estratégia pode contribuir para diminuir as faltas, o abandono, além de aumentar a adesão e aumentar a eficácia do tratamento (ALFONSSON et al., 2016). Por exemplo, o programa de ansiedade desenvolvido por FURLAN (2013) adaptou um texto psicoeducativo para ajudar os participantes a identificar expectativas e objetivos, bem como estimular nos participantes mudanças pequenas, graduais e progressivas, associadas ao cumprimento de tarefas programadas e prática semanal dos exercícios propostos (FURLAN, 2013). Técnicas semelhantes também foram identificadas na intervenção de Nguyen-FENG et al. (2017). Da mesma maneira, orientar os participantes na construção de metas de curto, médio e longo prazo, além de objetivos pessoais a serem atingidos pode contribuir para o manejo de expectativas (AKEMAN et al., 2020).

Com relação ao engajamento e manutenção da motivação dos participantes, uma intervenção desenvolvida na Espanha por Salamanca-SANABRIA et al. (2020) identificou que ter um psicólogo disponível para esclarecer dúvidas era um recurso valioso para encorajar o usuário a continuar com o programa, uma vez que este profissional estava disponível para fornecer orientação e *feedback* ao longo do processo. Destarte, oferecer aos alunos *feedback* personalizado usando princípios de entrevista motivacional tem um impacto positivo na prontidão dos participantes para considerar se envolverem em um tratamento de saúde mental (KING et al., 2015).

A fim de evitar faltas e um possível abandono, uma estratégia utilizada por meio de lembretes padronizados foram enviados via SMS (serviço de mensagens curtas) no caso de um aluno não iniciar a próxima sessão (FLEISCHMANN et al., 2018). Semelhantemente, lembretes motivacionais opcionais, na forma de *e-mails* visam incentivar os usuários a retornarem regularmente sua participação (BARRABLE et al., 2018). Assim, o recurso de lembretes pessoais por diferentes meios é considerado importante para a retenção de participantes em intervenções *online* (HINTZ et al., 2015). Com o intuito de mensurar o nível de engajamento, algumas pesquisas também realizam no pós-intervenção uma avaliação dos participantes acerca de sua percepção sobre a aceitabilidade e sua satisfação com a intervenção. Avaliaram, por exemplo, se o programa foi benéfico, como foi abordado o conteúdo, e se os participantes recomendariam o programa para outros universitários (BURKE et al., 2020; FARRER et al., 2019).

2.2.4.4 Barreiras ao Tratamento

Muitos estudos afirmam que menos da metade dos alunos com um problema de saúde mental procura ajuda profissional. As barreiras mais frequentemente relatadas para a procura de ajuda por estudantes universitários incluem: preocupações com confidencialidade, falta de tempo e altos custos de tratamento (FARRER et al., 2019). As barreiras relacionadas à procura de ajuda também incluem o medo de estigmatização, preconceito pelos cuidados de saúde tradicionais, falta de conhecimento de que há ajuda disponível (MUSIAT et al., 2019), além da baixa necessidade percebida (NGUYEN-FENG et al., 2017). A associação entre a procura de ajuda em saúde mental e a baixa conscientização em saúde mental foi identificada em estudo anterior (O'BRIEN et al., 2020). Ensinar os alunos sobre os benefícios do tratamento de saúde mental pode ser uma estratégia eficaz para aumentar a prevalência de comportamentos de busca de ajuda (VIDOUREK et al., 2019).

Estudos nacionais apontaram que o preconceito e o estigma foram barreiras relacionadas principalmente ao tratamento da depressão em universitários. Muitos alunos, inclusive, desconheciam a existência de problemas psicoafetivos, o que poderia levar à desvalorização de determinados sintomas ou mesmo à identificação tardia. Normalmente por temerem o estigma associado à procura de ajuda e tratamento, os universitários poderiam relutar em demonstrar tal vulnerabilidade, mesmo quando havia de suporte disponível (BASSOLS et al., 2011). Mais

especificamente no ambiente de intervenções *online*, questões éticas também foram observadas em alguns estudos e incluem cuidados para preservar a privacidade e não expor os participantes, além do sigilo e da proteção dos dados, principalmente no que concerne à segurança das informações (WHITEHILL et al., 2013).

2.2.5 Panorama das Intervenções Internacionais

Das cinquenta e três intervenções analisadas, observou-se que vinte e oito são intervenções realizadas *online*, via *internet*, o que representa 52,8% dos artigos analisados e vinte e cinco foram intervenções presenciais, o que representa 47,2% dos estudos analisados. Com relação a metodologia utilizada nas intervenções, a mais utilizada é o ensaio clínico randomizado com grupo controle, que corresponde a 52,8% dos artigos analisados. Estudos quase-experimentais, com pré e pós teste sem grupo controle foram utilizados por quatorze estudos e representam 26,4% do total. Estudos quanti-quali foram 5,7% do total analisado. Por fim, metodologias qualitativas, relatos de experiência, estudo de caso, pesquisa ação e estudos descritivos-exploratórios foram menos frequentes, variando de 3,7% a 1,9% do total, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 1 - Metodologia dos artigos analisados

Metodologia	N (nº de artigos)	Porcentagem (%)
Ensaio clínico randomizado, com grupo controle	28	52,8
Quase-experimental, pré e pós teste com um único grupo	14	26,4
Metodologia quanti-quali	3	5,7
Não detalha	3	5,7
Relato de experiência	2	3,7
Pesquisa ação participativa	1	1,9
Estudo de caso	1	1,9
Estudo descritivo exploratório	1	1,9
Total	53	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Com relação ao idioma dos estudos, a maioria dos artigos (quarenta e dois) são publicados em inglês. Estes representam 79,3% do total de artigos analisados. Sete artigos foram publicados em espanhol e representam 13,2% do total analisado. Apenas quatro artigos foram publicados em português, o que corresponde a 7,5% dos textos analisados.

Quanto ao país, observou-se que a maioria das intervenções se concentraram na Europa (vinte artigos, o que representa 38% do total) e nos Estados Unidos (dez artigos, o que representa 19% do total). Os países com maior número de publicação são EUA, Alemanha, Brasil, Canadá, Espanha e Reino Unido, respectivamente com dez, cinco, quatro, quatro e três publicações cada.

Tabela 2 - País de origem dos artigos analisados

País	N (nº de artigos)	Porcentagem
Alemanha	6	11,3
Argentina	1	1,9
Austrália	3	6
Brasil	5	9,4
Bélgica	1	1,9
Canadá	4	7,6
Colômbia	2	4
Espanha	4	7,6
Costa Rica	1	1,9
Equador	1	1,9
EUA	10	19
Multinacional	2	4
França	2	4
Holanda	1	1,9
Irlanda	1	1,9
Itália	1	1,9
Lituânia	1	1,9
México	2	4

Reino Unido	3	6
Suécia	1	1,9
Total	53	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

No que tange ao ano de publicação, observou-se que houve um aumento a partir do ano de 2018, uma vez que o período deste ano até 2020 representou cerca de 64,2% dos artigos publicados. No período de 2013 a 2017, o número de publicações foi menor, o que representou 35,8% do total analisado.

Tabela 3 - Ano de publicação dos artigos analisados

Ano	N (nº de artigos)	Porcentagem (%)
2013	2	3,7
2014	2	3,7
2015	4	7,6
2016	7	13,2
2017	4	7,6
2018	10	18,9
2019	14	26,4
2020	10	18,9
Total	53	100

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em síntese, os tratamentos oferecidos pela *internet* podem contribuir para aumentar o acesso da população a serviços de saúde mental e intervenções psicológicas. A modalidade *online* foi uma opção viável no contexto de pandemia, em que muitas instituições cancelaram ou restringiram atendimentos presenciais, mas também no pós-pandemia ainda se apresentam como uma alternativa principalmente para universitários que possuem vulnerabilidade econômica ou não poderiam arcar com os custos de planos de saúde e tratamentos particulares (SUNDE, 2021).

De maneira geral, estudos indicam que estudantes universitários, e em particular estudantes da área da saúde, apresentam altos níveis de estresse e ansiedade (SILVA LANTYER et al., 2016). Foi documentado por vários estudos que pessoas com níveis mais baixos de bem-estar (quando comparadas a populações com características semelhantes) e com gravidade maior de sintomas tendem a se beneficiar mais de intervenções, a se engajarem mais nas atividades e consequentemente, o abandono é menor (BARRANTES-BRAIS; BALAGUER-SOLÁ, 2019; COUDRAY et al., 2019). BOWER et al. (2013) descobriram que a gravidade dos sintomas pré-tratamento estava associada a maior eficácia do tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos com sintomatologia de ansiedade (HEDMAN et al., 2015) e com sintomatologia de estresse (ALFONSSON et al., 2016).

As intervenções ocorreram por meio de páginas *online* (COOK et al., 2019; HINTZ et al., 2015; KING et al., 2010) ou plataformas digitais (BENTON et al., 2016; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2019), mas também houve intervenções desenvolvidas por *e-mail* (FARRER et al., 2019; RECABARREN et al., 2019; TROCKEL; AL., 2011) e por aplicativos (PALMA-GÓMEZ et al., 2020). No geral, as intervenções variavam de quatro a oito módulos (MUSIAT et al., 2019; PALACIOS et al., 2018; RECABARREN et al., 2019). A modalidade autoguiada foi observada em estudos internacionais, como, por exemplo, no Canadá (MCCALL et al., 2018), no Reino Unido (COOK et al. 2019) e na Holanda (KARYOTAKI et al., 2019).

Intervenções *online* baseadas na web podem assumir várias formas, mas geralmente contêm psicoeducação por meio de texto, vídeo, cartilhas, tarefas de casa e *feedback* personalizado (BARRABLE et al., 2018; HINTZ et al., 2015; PALACIOS et al., 2018) e podem oferecer recursos como *download*, contendo resumos, atividades e orientações (DEAR et al., 2019). O conteúdo pode ser formulado, ainda, em diferentes formatos, o que pode contribuir para um processo ativo de aprendizagem. Isto faz a assimilação de informações ser mais fácil para o usuário, e o processo de aprendizagem mais eficaz (BARRABLE et al., 2018).

Com relação à entrega do conteúdo da intervenção há duas formas predominantes encontradas. Para alguns sistemas, a terapia baseada na *web* foi fornecida sob a orientação e supervisão de um terapeuta, e esta orientação podia ser síncrona ou assíncrona (PAPADATOUPASTOU et al., 2017). Contudo, alguns sistemas ofereciam psicoeducação sem a orientação do terapeuta, fornecendo ferramentas e técnicas para os usuários implementarem independentemente (é o caso de algumas plataformas e sites internacionais,

como: *CALM*, *MePlusMe*, *MoodGym*, *Students Against Depression* e *theDesk*). Essas plataformas são resumidamente descritas:

Tabela 4 - Intervenções por meio de sites da *internet*

<i>Calm</i> (http://www.ucc.ie/en/wellbeing/calm/)	<i>Calm</i> é um sistema multimídia <i>online</i> que utiliza ferramentas de autoajuda para educar os usuários sobre questões como ansiedade, depressão, insônia, estresse e uso de substâncias. O sistema está disponível em diversas instituições de ensino superior do Reino Unido.
<i>MePlusMe</i>	O <i>MePlusMe</i> pode ser acessado em um computador ou dispositivo móvel. Os usuários podem receber um <i>feedback</i> personalizado adequado às suas necessidades específicas. Ademais, o programa fornece suporte por <i>e-mail</i> para incentivar o uso contínuo e engajamento dos participantes. As técnicas usadas no <i>MePlusMe</i> são baseadas na TCC, <i>mindfulness</i> e práticas psicoeducacionais.
<i>Students Against Depression</i> (https://www.studentsagainstd Depression.org)	<i>Students Against Depression</i> é um <i>site</i> que oferece informações sobre a saúde mental e conselhos sobre depressão, ansiedade e pensamentos suicidas para estudantes em ensino superior. As páginas interativas incluem os seguintes módulos: “ <i>I feel depressed</i> ”, “ <i>I feel anxious</i> ”, “ <i>The impact on relationships</i> ”, “ <i>The impact on my physical health</i> ”, “ <i>I can’t concentrate</i> ”, “ <i>I am concerned about suicide</i> ”, “ <i>Making changes and self-support</i> ”.
<i>The Desk</i> (http://www.thedesk.org.au)	<i>TheDesk</i> é um sistema de suporte australiano projetado para alunos do ensino superior. Consiste em quatro módulos: “ <i>Getting Things Done</i> ”, “ <i>Staying Connect</i> ”, “ <i>Managing Stress</i> ”, “ <i>Dealing with anxiety</i> ”. Cada módulo contém vídeos e recursos para gestão do tempo, gestão das emoções, e técnicas comportamentais para evitar a procrastinação. O <i>site</i> também oferece recomendações de vários aplicativos que podem aumentar o bem-estar.

Fonte: Papadatou-Pastou et al. (2017).

Garantir o envolvimento, a adesão e a retenção entre os usuários são preocupações específicas das intervenções que utilizam tecnologias (FERRARI et al., 2022; PAPADATOUPASTOU et al., 2017). Quando comparadas a intervenções face a face, observou-se que a adesão individual tende a ser menor em intervenções baseadas na *internet*, um fator que pode ter impacto sobre a eficácia da intervenção (ZHIYU et al., 2022). Por causa disso, vários estudos investigaram fatores motivadores e barreiras ao engajamento. Muitas vezes, a flexibilidade e a capacidade de acompanhar o progresso são relatados como fatores que podem manter um usuário motivado para completar os módulos. Ademais, os sistemas podem aumentar sua aceitabilidade se forem fáceis de usar, capazes de serem acessados em qualquer lugar e oferecer informações imediatas, além de soluções relevantes, curtas e rápidas, em vez de soluções inflexíveis ou módulos longos e rigorosos para conclusão (PAPADATOUPASTOU et al., 2017).

2.2.6 Síntese de Intervenções Baseadas na TCC para Promoção e Prevenção de Saúde no Ambiente Online

No que tange à prevenção, foi observado que as intervenções preventivas são classificadas em três categorias com base no nível de risco da população-alvo: “intervenções preventivas universais”, que visam a população geral que não foi identificada como tendo um risco específico; “intervenções preventivas seletivas”, que são direcionadas a grupos ou indivíduos com fatores de risco psicológicos ou sociais associados ao desenvolvimento de doença mental; e “intervenções preventivas indicadas”, que visam identificar ou rastrear indivíduos que apresentam sintomas precursores de uma doença mental, mas ainda não foram diagnosticados com uma doença mental (NOH; KIM, 2023).

No que tange à promoção de saúde, uma estratégia utilizada em programas de depressão e suicídio é ampliar a procura por ajuda e a rede de apoio dos jovens. Nos EUA, 76 universitários participaram da intervenção *online* para estudantes em risco de suicídio denominada “*Electronic Bridge to Mental Health Services (eBridge)*”, que incluiu *feedback* personalizado e aconselhamento *online* fornecido de acordo com os princípios de entrevista motivacional. Foram oferecidas informações e páginas *online* sobre recursos de saúde mental, além de apresentar aos participantes formas de desenvolver uma rede de suporte e de apoio. As principais estratégias trabalhadas ao longo da intervenção foram: buscar informações, encorajar a falar com a família, encorajar a falar com um amigo, consultar um profissional de saúde

mental, buscar um grupo de apoio e serviços de apoio acadêmico, começar uma psicoterapia/aconselhamento ou medicação psiquiátrica (KING et al., 2015).

Os alunos participantes do “*eBridge*” relataram níveis mais baixos de estigma, além de apresentarem um vínculo maior ao tratamento de saúde mental. Ademais, os resultados sugerem que oferecer aos alunos *feedback* personalizado e oferecer a opção de aconselhamento *online*, usando princípios de entrevista motivacional têm um impacto positivo na prontidão dos alunos para se envolver com o tratamento (KING et al., 2015).

Ao trabalhar a questão da ideação suicida, é fundamental identificar alguns mitos sobre o suicídio, pois eles influenciam no comportamento e na atitude dos jovens. Enfraquecer as crenças sobre os mitos relacionados ao suicídio é fundamental para reduzir a ansiedade e o desconforto ao falar sobre o tema. Ademais, estudantes que apresentam essas crenças são menos propensos a pedir ou a oferecer qualquer tipo de ajuda. Conclui-se que uma intervenção voltada para a prevenção do suicídio deve reduzir crenças e mitos, além de oferecer uma psicoeducação sobre os sinais de alerta de comportamentos de risco.

O protocolo de 6 semanas “*Change Ahead*” foi desenvolvido nos Estados Unidos para prevenir a depressão por meio da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Entre as principais atividades, encontraram-se: auxiliar os universitários a identificar pensamentos negativos e métodos para mudança de cognições e comportamentos, focar na redução de cognições negativas e em aumentar as atividades prazerosas, discutir a relação positiva entre atividade física e humor e comprometer-se a manter as mudanças. Como resultado, os efeitos foram estatisticamente significativos para as pontuações do BDI pós-teste (ROHDE et al., 2016).

No Reino Unido, COOK et al. (2019) também desenvolveram uma intervenção para prevenção de depressão grave baseada na TCC. A intervenção guiada consistia em 6 módulos. O conteúdo incluiu educação psicossocial, diários de humor, além de exercícios de áudio e vídeos. A intervenção guiada reduziu o risco de depressão severa em 34% em comparação ao tratamento usual. Além disso, o estudo aponta que essa intervenção foi eficiente em curto a médio prazo (3 e 6 meses após o tratamento), reduzindo ruminação, preocupação, e sintomas depressivos.

O programa “*Space from Depression*” é uma proposta de tratamento *online* para a depressão. Esse programa é baseado em evidências, consistindo em 7 módulos, cujas principais

técnicas incluíam: descrever as premissas básicas da TCC e fornecer informações sobre a depressão, ensinar a técnica do monitoramento do humor e a técnica da ativação comportamental para planejar e registrar atividades, auxiliar na identificação e mudança de pensamentos, com registros de pensamentos auxiliar a desafiar padrões de pensamento distorcidos ou excessivamente negativos, bem como prevenção de recaídas ao ensinar os participantes a identificar os seus sinais de alerta pessoais e planejar como manter os ganhos. Os principais recursos utilizados na plataforma incluíram: vídeos introdutórios, além de gravações de áudio e *quizzes*. Os autores da intervenção sugerem que submeter o projeto a uma avaliação qualitativa tanto de especialistas quanto dos próprios estudantes universitários pode oferecer dados relevantes para contribuir com a validade da intervenção, além de oferecer informações para adaptação do conteúdo (SALAMANCA-SANABRIA et al., 2019).

Na Austrália, avaliou-se a aceitabilidade e eficácia de uma intervenção breve, de 4 semanas, fornecida pela *internet* e guiada por terapeuta para ansiedade e depressão, entregue como parte de atendimento de rotina por um serviço de aconselhamento universitário. A primeira semana houve uma introdução de um modelo de TCC e explicação da relação funcional entre sintomas físicos, mentais e comportamentais no sofrimento psíquico, além de instruções para identificar seus próprios sintomas. A segunda semana dedicou-se à importância de administrar os pensamentos para controlar a ansiedade e o humor deprimido, além de instruções para monitorar e desafiar pensamentos relacionados à ansiedade e humor deprimido. Na terceira semana, foram utilizadas técnicas como a respiração controlada, o relaxamento muscular, e a programação de atividades agradáveis. Na última semana os participantes foram psicoeducados acerca de comportamentos de evitação e sua relação com o sofrimento contínuo, além disso, houve instruções para exposição graduada. Nos resultados da intervenção, os sintomas de ansiedade reduziram-se em 41% e de depressão em 36%. Ademais, a aceitabilidade foi em larga escala. Os autores do estudo concluem que as intervenções fornecidas pela *internet* podem ser integradas com sucesso nos serviços institucionais de aconselhamento universitário (DEAR et al., 2019).

Intervenções também podem ser entregues por meio de plataformas a fim de apresentar de maneira interativa o conteúdo dos módulos. A pesquisa de BENTON et al. (2016) foi desenvolvida em 7 módulos para tratamento da ansiedade em 72 universitários. As principais técnicas incluíam: monitoramento, relaxamento, identificar e modificar pensamentos ansiosos, enfrentamento, exposição e mudança de estilo de vida, com mudanças como alimentação, exercício, qualidade de sono e redução do consumo de álcool, cafeína e drogas. Os participantes

tiveram maiores reduções na ansiedade e maior melhoria na saúde mental global, além de apresentarem melhora no funcionamento da vida e na sensação de bem-estar do que clientes do grupo controle. Os autores argumentam que para que uma intervenção *online* seja eficaz, é fundamental encorajar os participantes a realizarem as tarefas de casa e praticar novos comportamentos. (BENTON et al., 2016).

Ações de promoção e de educação em saúde também podem ampliar as condições de permanência na universidade, tendo em vista a interface entre os processos de saúde-doença e o desempenho acadêmico e profissional, contribuindo para a redução da evasão universitária (RAMOS et al., 2018). Os resultados obtidos na intervenção de Muñoz e Asencio (2018) mostraram melhoria em relação às estratégias de organização e de aprendizagem. Além disso, os participantes relataram maior gestão de tempo de estudo e redução dos níveis de ansiedade. Semelhantemente, no Canadá, 100 participantes relataram um aumento significativo nas estratégias cognitivas, habilidades de estudo e motivação, bem como uma diminuição significativa na ansiedade e procrastinação (BOWERING et al., 2017).

Além disso, intervenções também visam ao tratamento do estresse. O “*Studicare*” é um programa desenvolvido na Alemanha por meio de um aplicativo. A intervenção é baseada na TCC e se alinha com o modelo transacional de estresse de Lazarus (na diferenciação entre *coping* focado no problema e *coping* centrado na regulação emocional). Para o primeiro, estratégias de enfrentamento cognitivo-comportamentais como a resolução de problemas foram aplicadas para reduzir e eliminar estressores modificáveis. Para a regulação emocional, focou-se no desenvolvimento de habilidades de monitorar, avaliar, modificar e manejar as emoções. Além disso, módulos eletivos foram ofertados para ser escolhidos com base nas necessidades e interesses individuais, abrangendo necessidades específicas do aluno universitário, tais como: suporte social, ruminação e preocupação, gerenciamento de tempo, procrastinação e ansiedade. A intervenção compreendeu 8 módulos principais e a amostra foi composta por 150 universitários. Como resultado, foi dada grande ênfase à transferência do conhecimento adquirido pelos participantes (FLEISCHMANN et al., 2019).

HINTZ et al. (2015) também avaliaram uma intervenção de gerenciamento de estresse *online*. A intervenção consistiu em quatro módulos e foi criada usando *sites* do *Google*. Cada módulo continha um vídeo de um especialista (um professor titular da universidade onde a pesquisa foi realizada) que forneceu psicoeducação sobre tópicos específicos, como informações sobre estressores e estratégias de gestão do estresse por meio de registros e

monitoramento de estressores atuais. Uma série de perguntas de entrevista motivacional foram realizadas a fim de manter a motivação dos participantes para continuar a intervenção. Como resultados, os grupos de intervenção experimentaram reduções significativas no estresse percebido e nos sintomas de ansiedade, além de uma taxa de conclusão de 87% dos que iniciaram a intervenção.

Para concluir, as intervenções apontam uma série de resultados benéficos para a saúde mental dos universitários. Participantes podem experimentar melhorias ao desenvolverem habilidades de enfrentamento das situações estressantes e maior autoeficácia regulatória (FURLAN, 2013). Os grupos de intervenção também experimentaram significativamente maiores reduções no estresse percebido e nos sintomas de ansiedade e depressão (HINTZ et al., 2015; WEYTENS et al., 2014). Os achados desta revisão sistemática reafirmam a importância de desenvolvimento de programas de intervenção psicológica oferecidos pela universidade, para a prevenção e promoção da saúde, melhoria do desempenho acadêmico/profissional e da qualidade de vida dos estudantes universitários.

2.2.7 Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

Como limitações, foram encontrados dados que apontam a necessidade de rever os critérios de inclusão dos participantes para aumentar o aproveitamento da experiência (FURLAN, 2019). Também são apontados como possíveis limitações a falta de randomização nos grupos (AKEMAN et al., 2020; BARRANTES-BRAIS; BALAGUER-SOLÁ, 2019), as chances de um número elevado de faltas e a possibilidade de lacunas no preenchimento de testes e questionários pelos participantes (HARRER et al., 2018; PALACIOS et al., 2018; RONG et al., 2011), além de medições das variáveis baseadas em questionários de autorrelatos (BARRANTES-BRAIS ; BALAGUER-SOLÁ; 2019 ; HINTZ et al.; 2015 ; WEYTENS et al., 2014).

Outras limitações dizem respeito ao tamanho reduzido da amostra (MCCALL et al., 2018; RODRÍGUEZ et al., 2014; SALEH et al., 2018; STREPPARAVA et al., 2016; SILVA LANTYER et al., 2016), não haver um grupo controle (MORTON et al., 2020; O'BRIEN et al., 2020; RODRÍGUEZ et al., 2014), altas taxas de abandono (MCCALL et al., 2018; HARRER et al., 2018; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2020; SALEH et al., 2018; WEYTENS et al., 2014), dificuldade de adesão e engajamento (FARRER et al., 2019), a

predominância do gênero feminino na amostra (GUSTAINIENĖ et al., 2015; HARRER et al., 2018; MCCALL et al., 2018; O'BRIEN et al., 2020; SILVA LANTYER et al., 2016) e a falta de follow-up (SALEH et al., 2018).

Cabe salientar que alguns estudos apontaram a necessidade de reduzir o tamanho do conteúdo da intervenção a fim de evitar perdas da amostra por abandono (FURLAN, 2013). Isso pode indicar que alguns módulos podem ser encurtados para tentar melhorar ainda mais adesão. BOTELLA et al. (2015) relatou taxas de adesão mais altas para períodos mais curtos intervenções. Dessa forma, encurtar alguns módulos pode potencialmente otimizar a adesão, contudo, também pode comprometer a eficácia global da intervenção devido a menos informações ou técnicas benéficas serem transmitidas e treinadas (FURLAN, 2013). Tem sido argumentado que disponibilizar o conteúdo da intervenção de várias maneiras (por texto, áudio e vídeo) pode levar a resultados positivos, além de possibilitar a capacidade do aluno em progredir no próprio ritmo por diferentes recursos (MONTERO-MARÍN et al., 2016). Assim, fornecer maiores quantidades de conteúdo de forma flexível, permitindo aos participantes adequarem a intervenção às suas necessidades específicas (e oferecer módulos adicionais eletivos), pode otimizar os padrões de uso das intervenções (HARRER et al., 2018).

Alguns projetos podem ainda apontar barreiras mais amplas, como a necessidade de apoio político e econômico para garantir sua sustentabilidade. Além disso, é necessária a articulação de diferentes setores e serviços dentro da universidade. Essa articulação deve incluir também a dimensão de fomento, mas principalmente na sensibilização da comunidade acadêmica para importância dos temas tratados nestas intervenções (RIVADENEIRA-GUERRERO et al., 2020).

BELASCO et al. (2019) também cita que é relevante dar visibilidade às intervenções que vem sendo realizadas, bem como buscar parcerias para sua expansão, dentro e fora do campus. Ademais, os esforços institucionais devem abarcar o delineamento de projetos transdisciplinares, não só no âmbito do ensino, mas em diferentes aspectos da vida universitária BELASCO et al. (2019). Nessa perspectiva, resultados com um grande tamanho de efeito foram alcançados por MORTON et al. (2020). As conclusões do estudo de Morton sugerem que melhorias significativas na saúde mental, emocional e no bem-estar dos estudantes universitários podem ser alcançados, e potencialmente ampliados, utilizando uma equipe multidisciplinar, além de uma abordagem baseada em evidências.

RAMOS et al. (2018) também pontua outra limitação, comumente encontrada em instituições públicas brasileiras: o tamanho da população-alvo. Em sua intervenção, salienta que apesar do número de estudantes beneficiados, as ações ainda são quantitativamente insuficientes para abarcar o conjunto das necessidades da população dentro de universidades federais, que podem possuir mais de 20.000 discentes. Assim, novos projetos devem ser propostos de forma a atender a totalidade da comunidade acadêmica que procura por serviços de atenção psicológica. Destarte, percebe-se que há uma demanda por ampliar as intervenções para aplicação em larga escala, principalmente nas universidades federais brasileiras (DEAR et al., 2019).

Em síntese, desenvolvimentos na interseção da psicologia e da tecnologia estão se ampliando e criando soluções eficazes para entrega de intervenções por computador (MCCALL et al., 2018). Não se trata de substituir a terapia presencial ou os atendimentos psicossociais dentro das instituições de ensino superior, mas sim das tecnologias serem um recurso a mais para a promoção e prevenção do sofrimento mental nesse contexto.

3 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS *ONLINE* PARA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL: O PROGRAMA PLENAMENTE PARA ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO

O debate acerca da saúde mental nas universidades e na sociedade, de uma forma geral, ganha cada vez mais destaque, principalmente após a pandemia da Covid-19. Os impactos e consequências para a saúde e desempenho acadêmico e laboral são evidentes - o que demanda dos profissionais inseridos nas instituições de Ensino Superior e dos psicólogos clínicos e educacionais uma análise acerca das particularidades dessa temática. Muitos jovens universitários embora não apresentem todos os critérios diagnósticos para um transtorno já se encontram em algum grau de sofrimento – o que demanda dos profissionais ações não só de caráter preventivo, mas também ações que busquem reduzir, minimizar ou eliminar os sintomas psicológicos.

A vida universitária é marcada por um período de transição. Pesquisa realizada pela Universidade de Campinas (Unicamp) evidenciou que as demandas de estudantes resultam de uma combinação de fatores: dificuldades acadêmicas (aproveitamento insatisfatório, falta de

motivação ou sobrecarga de estudos), relacionamentos interpessoais (com amigos, colegas ou professores) e contextos familiares (conflitos na família de origem ou conjugais). Ademais, segundo dados deste relatório, há pelo menos doze diferentes fontes de estresse na vida acadêmica: preocupações sobre a vida após a universidade; comparação com o desempenho dos pares; gerenciamento da carga de trabalho; relacionamento entre pares; equilíbrio de exigências; falta de tempo para amigos e familiares; falta de tempo para *hobbies* ou diversão; dificuldades de saúde pessoal; dificuldades financeiras; má alimentação; e relacionamento com o corpo docente, gestores e orientadores (UNICAMP, 2020). Logo, sem qualquer tipo de apoio, os jovens podem sentir-se inseguros e desamparados frente às situações, problemas e desafios, tanto na vida acadêmica quanto na vida pessoal. É fundamental destacar que na literatura há uma escassez de estudos nacionais sobre serviços de atendimento para essa população no Ensino Superior (ANDRADE et al., 2016).

3.1 COMPREENSÃO OS ASPECTOS RELACIONADOS ÀS VIVÊNCIAS ACADÊMICAS E AOS FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE MENTAL DE JOVENS UNIVERSITÁRIOS

Fatores de risco são condições e problemas que aumentam as chances de uma pessoa desenvolver doenças. Contudo, alguns podem ser evitados, tratados e controlados. Observou-se que diversos fatores (pessoais, familiares, sociais, econômicos, políticos, institucionais) interagem e influenciam nos processos de saúde-doença dos universitários. Além disso, é necessário realizar uma reflexão sobre a interação destes fatores para compreender a saúde mental de forma integrada.

Fatores pessoais e a própria percepção de si mesmo poderiam ter associação com a saúde mental. Por exemplo, alguns estudos evidenciaram que estudantes que se consideraram aquém de suas expectativas, que estavam insatisfeitos com relação ao curso ou que apresentavam uma baixa resiliência estavam mais propensos a possuir uma percepção de baixa autoeficácia. Ademais, estudos frequentemente evidenciam relatos de insegurança, crença de incapacidade em enfrentar adversidades, sentimento de inadequação, isolamento, dificuldade em gestão de tempo, dificuldade de aprendizagem, de memorização e de concentração, baixa autoestima e dificuldades de comunicação (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO 2017; CYBULSKI; MANSANI, 201; VENTURINI; GOULART, 2016)).

Outro importante fator de risco é o consumo de substâncias psicoativas. Na pesquisa de ANDRADE et al. (2014) quase metade dos alunos pesquisados passaram a consumir álcool após ingressar na faculdade. O consumo de álcool pode estar associado ao alívio do mal-estar ou do sofrimento psíquico. Além disso, o consumo pode ocorrer como mecanismo para gerir as diversas fontes de estresse ou solidão (DEASY et al., 2014). É relevante destacar que a automedicação entre os estudantes nem sempre é feita de forma responsável e geralmente se baseia em recomendações de amigos ou familiares, sem o devido acompanhamento médico, o que pode alterar o comportamento, humor e funções cognitivas superiores, além de gerar dependência (ROZEIRA et al., 2018, p.181).

Entre os fatores de risco referentes às circunstâncias sociais, é possível destacar o isolamento, a solidão, conflitos familiares, exposição à violência e dificuldades socioeconômicas. Com relação aos fatores familiares, observou-se que a família pode ser tanto um fator de proteção quanto um fator de risco (YU et al., 2015). Semelhantemente, a relação com os pares também pode influenciar na saúde mental dos discentes. Nesse caso, ressalta-se a importância das amizades como fator protetivo pois auxiliam o universitário a ter uma rede de suporte (VENTURINI; GOULART, 2016). No contexto acadêmico, o relacionamento com outros estudantes, seus professores, e demais membros que participam da comunidade universitária também poderá ser ora um fator de risco, e ora um fator de proteção. Fatores da instituição de ensino também podem influenciar na saúde mental dos discentes. É possível destacar a estruturação da grade curricular: a alta carga horária, a complexidade das matérias, a frequência de avaliações e a estrutura curricular com ênfase no domínio cognitivo (MORETTI; HÜBNER, 2017).

Questões de risco mais amplas do ambiente podem incluir discriminação e desigualdades sociais. Destaca-se que a universidade pode representar um papel tanto de risco quanto de proteção, já que, ao mesmo tempo, ela se apresenta como um conjunto de “possibilidades” e “obstáculos” para os estudantes. A universidade, como instituição, pode ser adversa quando são evidentes e estimuladas a alta competitividade e o individualismo, quando há uma desatenção ao sofrimento e incapacidade de reconhecer situações de risco, além de elevar exigências de produção científica sem autocrítica e apresentar uma ausência de envolvimento nas políticas institucionais (VENTURINI; GOULART, 2016). Por outro lado, as instituições de ensino podem se tornar ambientes protetivos quando são capazes de estimular um fortalecimento da comunidade universitária, conferir atenção à qualidade das relações humanas, esforçar-se para a compreensão das situações adversas, além de promover a

participação ativa dos estudantes. Observa-se, dessa forma, que se há uma sobreposição dos fatores de risco e a baixa dificuldade dos jovens em lidar com as situações adversas da vida, há um aumento da possibilidade de adoecer, além do fracasso acadêmico, frustração e abandono escolar. Quando, ao contrário, os fatores de proteção e as estratégias de enfrentamento estão presentes, há maiores chances de superação das adversidades, além do desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional dos alunos (VENTURINI; GOULART, 2016).

Destarte, a entrada na vida universitária é complexa e pode exigir significativas mudanças, uma vez que estão presentes idealizações, responsabilidades, ansiedades, angústias, medos e incertezas que podem afetar positivamente ou negativamente a saúde mental e emocional dos discentes (ROZEIRA et al., 2018, p.181). Esse processo de transição do ensino médio para ensino superior pode ser mais simples para uns estudantes do que para outros. Estudantes que conseguem se adaptar, desenvolvem habilidades para resolver problemas, conseguem desfrutar de experiências novas, formar e fortalecer relacionamentos, tornando-se também mais autônomos (ROZEIRA et al., 2018, p.181). Por outro lado, esse processo de transição também pode ocasionar períodos estressantes e ansiogênicos e há estudantes mais vulneráveis ao processo de sofrimento e adoecimento mental.

Uma das maneiras de se trabalhar preventivamente o adoecimento diz respeito a fornecer apoio à adaptação, principalmente no primeiro ano, uma vez que este é um momento em que o jovem vivencia tanto expectativas como também receios e dificuldades (ANJOS; AGUIAR-DA-SILVA, 2017). Estudos apontam que a adaptação envolve diferentes dimensões e competências pessoais, interpessoais e acadêmicas, a saber: envolvimento com as atividades da universidade, envolvimento com o curso, relacionamento com os pares, habilidades de estudo e de gestão de tempo, percepção de competência e auto-eficácia, autonomia, relacionamento com pares e familiares, acesso à recursos, dentre outros.

Quadro 1 - Dimensões relacionadas à adaptação

Dimensão pessoal	Refere-se ao bem-estar físico (o sono e a alimentação) e psicológico (como o equilíbrio emocional, a estabilidade afetiva, percepção de capacidades e competências cognitivas). Além disso, estilos de vida pouco saudáveis e comportamentos de risco, como abuso de
-------------------------	--

	substâncias ou álcool, têm sido associados a dificuldades psicológicas.
Dimensão Interpessoal	Refere-se às relações com os colegas e a competências de relacionamento interpessoal, inclui o estabelecimento de amizades, a cooperação com os pares, a procura de ajuda, o diálogo com os professores. Também envolve aspectos relacionados com a família e a perspectiva de apoio recebido.
Dimensão Acadêmica	Inclui a satisfação com o curso, hábitos de estudo, à gestão de tempo, rotinas de estudo.
Dimensão Institucional	Refere-se à apreciação da instituição de ensino, a vontade de permanecer ou mudar de instituição, conhecimento e apreciação das infraestruturas. Também diz respeito ao envolvimento de atividades curriculares e extracurriculares.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Destaca-se que essas dimensões não são exclusivas de uma única instituição. Ademais, é por meio de uma compreensão ampliada, tanto de aspectos do próprio estudante como também de características ligadas às instituições de ensino superior que programas de saúde mental podem se tornar de fato efetivos e promover mudanças significativas no cotidiano destes acadêmicos. As Instituições de Ensino Superior (IES) são espaços estratégicos por possuírem um evidente papel no desenvolvimento de ações integradas de prevenção, tratamento e apoio do estudante universitário. Assim, as IES não devem somente se preocupar com a oferta de vagas e o aumento do acesso, mas também devem contribuir para ampliar a permanência dos discentes, principalmente os mais vulneráveis e que apresentam maiores fatores de risco.

Diante do exposto, este trabalho busca suprir uma lacuna na área científica ao apontar possíveis intervenções que podem ser realizadas nas IES para a prevenção e promoção de saúde mental em jovens universitários. Como principais justificativas para a realização deste projeto, destacam-se: a relevância atual da temática, principalmente após as consequências da pandemia

(GUNDIM et al., 2021), o crescimento nos índices de prevalência de transtornos mentais e sofrimento psíquico dos universitários (BONI et al., 2018; FONAPRACE, 2019; LAMEU et al., 2016; LARCOMBE et al., 2016) e a lacuna de investigações nacionais sobre a prática e o atendimento dos profissionais vinculados aos serviços psicopedagógicos (ANDRADE et al., 2016). O desenvolvimento de tais programas pode contribuir de inúmeras maneiras: favorecer a melhoria da qualidade de vida desta população, aumentar o desempenho acadêmico e a permanência do aluno na universidade, além de atuar prevenindo o agravamento de sintomas psicológicos e fortalecendo os mecanismos saudáveis e o potencial para lidar com as situações adversas (BONIFÁCIO et al., 2011).

Pesquisas apontam que universitários possuem dificuldades na busca por auxílio para lidarem com sofrimento mental, dadas as várias barreiras que se apresentam no nível individual e institucional, tais como: preconceitos, estigmas, falta de consciência da necessidade de ajuda, dificuldades econômicas, além de poucos serviços institucionais disponíveis, com poucos recursos humanos e longas listas de espera. Quando buscam por ajuda, foi observada uma preferência pela busca de ajuda por meio da *internet*. Assim, a modalidade de intervenção *online* pode atrair estudantes com sofrimento clinicamente relevante que, de outra forma, não procurariam ajuda (HARRER et al., 2018).

No meio universitário, as intervenções *online* podem ser um excelente recurso, pois podem ser fornecidas a baixo custo, além de terem uma disponibilidade contínua, são facilmente acessíveis e permitem que o acesso se dê em diferentes localidades e de diferentes modos, como pelo uso de um computador ou do próprio celular. A exposição é menor, podem garantir o anonimato da participação, além da flexibilidade de horários, também oferecem aos alunos a autonomia de uso que combine com seu estilo e cronograma acadêmicos (BARRABLE et al., 2018; BUNTROCK et al., 2017; PALMA-GÓMEZ et al., 2020; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2020; SALEH et al., 2018). Ademais, várias revisões sistemáticas e meta-análises têm indicado que as intervenções *online* voltadas para problemas de saúde mental são eficazes para estudantes universitários (CONLEY et al., 2015; FARRER et al., 2019; HARRER et al., 2018).

Este programa, denominado “PlenaMente” foi elaborado para ser uma intervenção baseada na psicoeducação e na educação para saúde, com o intuito de diminuir os fatores de risco e aumentar os recursos, as habilidades e as estratégias de enfrentamento dos jovens universitários, por meio de preceitos da Terapia Cognitivo Comportamental. É uma intervenção

autoguiada e os participantes recebem semanalmente um material (módulo) por meio de *e-mail* para acesso do conteúdo que é disponibilizado tanto no de cartilhas (*ebboks*), quanto no formato de um *site interativo*, contendo textos, áudio e vídeos, além de exercícios e pequenas tarefas de casa. Todo o conteúdo também é disponível para *download* do participante em formato de uma cartilha em pdf. Ao todo, são ofertados seis módulos para os participantes, com as temáticas de: ansiedade, estresse, depressão, habilidades sociais e regulação emocional.

Os conteúdos e exercícios foram elaborados a partir de uma revisão de literatura que incluiu artigos publicados nos últimos 10 anos e livros acadêmicos. Foram incluídos trabalhos nacionais e internacionais publicados nos idiomas em inglês e em espanhol. As principais obras de referências utilizadas foram: Beck (2013), Caballo (2016), Cazassa et al. (2020), Caminha e Gusmão (2022), Clark e Beck (2012), Cunha (2009), Dittz (2020), Fernandes (2018), Freeman (2006), Folkman e Lazarus, (1988), Goleman (1999), Greenberger e Padesky (2016), Jacobson (1987), Knapp (2009), Kotsou (2014), Lamourère (2014), Leahy (2006), Leahy (2010), Leahy et al. (2013), Leahy (2015), Leahy (2018), Leahy (2020), Lipp (1984), Lopes et al. (2018), Nascimento et al. (2018), Petitcollin (2017), Pigani (2014), Poletti E Dobbs (2013), Rangé (2001), Riso (2017), Souza et al. (2021), Souza et al. (2020a), Souza et al. (2020b), Souza et al. (2019), Souza et al. (2018), Thalmaan (2017), Wrigth et al. (2018), Wright et al. (2008).

No primeiro módulo, os principais objetivos são: apresentar os princípios da terapia cognitivo-comportamental, a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, apresentar os objetivos do programa “PlenaMente” e como a intervenção irá funcionar, auxiliar os participantes a elaborarem objetivos e metas de curto, médio e longo prazo, auxiliar no engajamento e manutenção da motivação ao longo do processo e, por fim, é apresentado o contrato de trabalho.

No segundo módulo, o principal constructo a ser trabalhado é a ansiedade. Os participantes são psicoeducados sobre o que é a ansiedade, quais são os componentes da ansiedade, são psicoeducados sobre o que são pensamentos automáticos, quais são as principais distorções cognitivas e são apresentados a técnica do registro de pensamentos disfuncionais e o exame de evidências. Um foco é dado para crenças catastróficas. São apresentados aos participantes algumas técnicas para lidar com os sintomas físicos: como a respiração diafragmática e a técnica “acalme-se”.

O terceiro módulo é dedicado ao gerenciamento do estresse acadêmico. Os participantes são psicoeducados sobre os principais sintomas, fases, efeitos e consequências do estresse. Os

participantes também aprendem a técnica do monitoramento de estresse e sobre as principais estratégias de enfrentamento (*coping* focado na regulação emocional e *coping* focado na resolução de problemas). Recursos para gestão de tempo, elaboração de metas e aumento da percepção de controle e de autoeficácia pessoal são trabalhadas no módulo a fim de aumentar fatores protetivos. Ao final, a técnica de relaxamento muscular é ensinada.

A prevenção à depressão é abordada no quarto módulo. Os participantes recebem informações sobre o que é a depressão, como identificar os principais sinais e sintomas associados, além de aprenderem a diferenciar a tristeza da depressão. Também são psicoeducados acerca dos principais pensamentos e distorções cognitivas. Técnicas como o monitoramento, o questionamento socrático e a ativação comportamental são ensinadas. Além disso, temáticas como a desmotivação, a insegurança, a indecisão e o isolamento fazem parte das discussões deste módulo. Ao final, os participantes são psicoeducados sobre a importância da rede de apoio, a identificar pensamentos e ideação suicida, além de aprenderem a como oferecer apoio e suporte a pares e familiares que estejam apresentando sinais de depressão e ideação.

No quinto módulo, estratégias de regulação emocional são apresentadas. O principal intuito deste módulo é conscientizar os participantes sobre os mitos emocionais e posturas de julgamento, o papel e função das emoções, como identificar emoções, a importância de validá-las, além de estratégias para desenvolver um manejo efetivo.

O sexto e último módulo é dedicado às habilidades sociais. As seguintes temáticas são trabalhadas: estilos de comunicação, treino de assertividade, como fazer amizades e ampliar a rede de apoio, aprender a dizer “não” e a lidar com críticas e resolução de problemas interpessoais relacionados ao contexto acadêmico.

Tabela 07 - Síntese dos módulos

Módulo 1: Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental

- Apresentação e boas-vindas
- Apresentação dos objetivos do programa PlenaMente
- Manejo de expectativas
- Combatendo o preconceito e o estigma com relação a saúde mental
- O que é a terapia cognitivo-comportamental?
- Contrato de trabalho
- Estabelecimento de objetivos de curto, médio e longo prazo

Módulo 2: Ansiedade

- O que é ansiedade
- Por que sentimos ansiedade?
- Diferenças entre medo e ansiedade
- Principais sintomas físicos, cognitivos e comportamentais
- Principais pensamentos e distorções
- Exame de evidências
- Profecias autorrealizadoras
- Respiração diafragmática
- Estratégia Acalme-se
- Parada de pensamento: interrupção de pensamento indesejável
- Como auxiliar uma pessoa a enfrentar uma crise de pânico

Módulo 4: Estresse

- O que é estresse?
- Quais os principais sintomas, efeitos e consequências?
- As fases do estresse
- Diferença entre estresse e ansiedade
- Gestão do tempo
- Desenvolvendo a eficácia pessoal
- Estabelecendo objetivos e prioridades
- Relaxamento Muscular

Módulo 4: Depressão

- Será que o que eu tenho é depressão? (O que é a depressão, ajudando a identificar os principais sintomas)
- Diferenças entre tristeza e depressão
- Principais pensamentos e distorções
- Questionando pensamentos
- Ativação comportamental
- A importância da rede de apoio
- Ajudando alguém que tem depressão
- Mitos sobre depressão e suicídio
- Ajudando alguém com ideação suicida

Módulo 5: Regulação Emocional

- Mitos emocionais e posturas de julgamento
- O papel das emoções
- Estratégias de regulação emocional

Módulo 6 Habilidades Sociais

- Estilos de comunicação
 - Treino de assertividade
 - Aprender a dizer “não”
 - Cultivando relacionamentos saudáveis: resolução de problemas
-

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A preocupação com a linguagem e a apresentação (*layout*) do conteúdo também foi observada, uma vez que a apresentação do conteúdo pode inclusive contribuir para diminuir barreiras que impedem a busca de ajuda (BARRABLE et al., 2018; RODRÍGUEZ et al., 2014; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2020). Por isso, o programa PlenaMente buscou evitar usar termos patologizantes e termos diagnósticos, preocupou-se em normalizar questões relativas à saúde mental e em focar nas vivências e experiências próximas à realidade e ao contexto universitário, além de buscar remover mitos, preconceitos, estigmas e demais barreiras à procura de ajuda por meio de textos psicoeducativos disponibilizados em formato de cartilhas, principalmente nos primeiros módulos. Ademais, adotou-se uma linguagem clara e simples os aspectos básicos da TCC.

Os próximos capítulos irão abordar detalhadamente como é realizado cada módulo da intervenção, contendo a descrição das principais técnicas utilizadas e o respaldo teórico baseado na TCC.

4 MÓDULO 01: BOAS-VINDAS

O primeiro módulo possui como principal objetivo apresentar o programa para os jovens participantes. É fundamental trabalhar aspectos como a motivação, o engajamento, a adesão e formular o contrato de trabalho. Também são apresentados textos psicoeducativos que despertam a reflexão sobre a importância de se cuidar da saúde mental e emocional, e de como o estigma e o preconceito podem ser barreiras que impedem a busca de ajuda.

4.1 COMBATER O ESTIGMA E O PRECONCEITO

É comum que universitários desconheçam a existência de problemas psicoafetivos, o que pode levar à desvalorização de determinados sintomas ou mesmo a tratamentos equivocados, a identificação tardia ou ao uso e abuso de substâncias (AL, 2014; 2016). Sob essa mesma ótica, BASSOLS et al. (2011) argumenta que normalmente por temerem o estigma associado à procura de ajuda e tratamento nestas situações, os universitários podem relutar em demonstrar tal vulnerabilidade, mesmo quando dispõem de suporte nas instituições de ensino superior.

Os preconceitos e estigmas também estão associados a baixa adesão ao tratamento, por isso são trabalhados no primeiro módulo. Como forma de conscientizar os participantes, estratégias adotadas incluíram: conscientizar sobre a importância do cuidado com a saúde mental (principalmente depois da vivência da pandemia e do contexto de isolamento social); psicoeducar sobre os mitos sobre o cuidado com a saúde mental; além de ajudar a identificar possíveis sinais e sintomas antes de evoluírem para um transtorno. Também se adotou a estratégia de abordar possíveis dificuldades para finalizar totalmente o programa (tais como: falta de planejamento de tempo, desorganização de planejamento de atividades e falta da motivação).

Quadro 2 - Estigmas e mitos sobre saúde mental

Estigmas e mitos sobre saúde mental	Adotando uma nova perspectiva
“Eu preciso estar muito mal para procurar ajuda”.	Caso você não se ajude agora, esses pequenos sinais e sintomas podem aumentar e evoluírem para um quadro persistente.
“Somente se eu for diagnosticado com um transtorno eu devo procurar um profissional”.	Cuidar da saúde mental é um direito de todo ser humano. Você não precisa esperar estar em um sofrimento intenso para decidir fazer algo a respeito.
“Eu consigo lidar com isso sozinho (a)”.	Talvez em algumas situações isso realmente seja verdade, contudo, esse programa quer ser um referencial de saúde e um recurso de apoio para você, por que não experimentar algo diferente? Pense que poderá ser útil para você em alguma situação de sua vida ao ajudá-lo(a) a desenvolver ou ampliar novas habilidades e recursos.
“Isso não é nada, com o tempo vai passar”.	Na verdade, diversas pesquisas na área da psicologia demonstram justamente o contrário: se nada for feito (ou se é feito tardiamente) os sintomas evoluem, aumentam a sua intensidade, frequência, duração e gravidade.
“Psicólogo é somente para gente maluca”.	Psicólogo é para todas as pessoas que almejam aumentar o seu bem-estar e sua qualidade de vida.
“O que meus amigos e familiares vão pensar de mim?”	Partilhe essa experiência com pessoas de confiança e que sejam referência para você.
“É um sinal de fraqueza e frescura”.	Na verdade, a busca por auxílio é um sinal de autocuidado e de que algo pode ser feito para diminuir as sensações de desconforto frente as adversidades da vida.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4.2 MOTIVAÇÃO E MANEJO DE EXPECTATIVAS

A motivação é um aspecto importante a ser discutido também no primeiro módulo, uma vez que faltas, atrasos nas atividades, abandono ou desistência podem estar diretamente relacionados à baixa motivação ou à ambivalência (ALFONSSON et al., 2016; EL ALAOUI et al., 2015; FURLAN, 2013). Nesse sentido, esta seção também se dedica a psicoeducar os participantes sobre o papel da motivação para a participação ao longo do programa, além dos diferentes estágios da motivação. Assim, os participantes são conscientizados de que nem todos estão no mesmo estágio de motivação e que esta pode oscilar ao longo da participação do programa, também são psicoeducados sobre a relevância das tarefas de casa para o aumento dos ganhos terapêuticos.

Quadro 3 - Texto psicoeducativo acerca da motivação

A Motivação Importa
A terapia cognitivo comportamental irá propor vários exercícios ao longo dos módulos. Essas atividades vão ser fundamentais para que você possa desenvolver as estratégias, habilidades e recursos para lidar com a depressão e o estresse. Contudo, elas não funcionam se forem realizadas apenas pontualmente. A prática é a chave do sucesso. Esses exercícios precisam fazer parte do seu cotidiano, pois eles o ajudarão a desenvolver novas maneiras de perceber as suas situações de vida e a desenvolver respostas comportamentais diferentes das habitualmente usadas por você. Não espere ter as condições 100% favoráveis para começar a realizar algo. Na nossa vida, com frequência, a motivação aparece após começarmos a realizar uma atividade nova. Ademais, durante o programa, provavelmente você perceberá que a sua motivação e seu entusiasmo irão variar: aumentar inicialmente e, em alguns momentos, diminuir. É muito importante que você tenha ciência de que é normal não conseguirmos todas as mudanças ou respostas logo na primeira tentativa, mas é possível sempre melhorar um pouco mais que na tentativa anterior. Quanto mais você praticar, mais o que era percebido como difícil se torna realizável.

Fonte: DITZ (2021), com adaptações.

Para o manejo de expectativas, alguns recursos foram utilizados, tais como: ajudar os participantes a identificar expectativas e objetivos, orientar os participantes na construção de metas de curto, médio e longo prazo, bem como estimular nos participantes mudanças pequenas, graduais e progressivas, associadas ao cumprimento de tarefas programadas e prática semanal dos exercícios propostos (AKEMAN et al., 2020; FURLAN, 2013; NGUYEN-FENG et al., 2017).

O programa “PlenaMente” também utiliza duas estratégias adotadas na intervenção de Salamanca-Sanabria et al. (2020). A primeira consiste em apresentar um psicólogo disponível para encorajar o usuário a continuar com o programa, uma vez que este profissional estaria disponível para fornecer orientação, suporte e *feedback* ao longo do processo. A segunda, diz respeito a manter um contato semanal com os participantes por meio de uma mensagem programada de *e-mail*, contendo lembretes motivacionais que visam incentivar os usuários a retornar ao programa semanalmente para o próximo módulo.

A fim de contribuir para a motivação dos participantes também são apresentados alguns dos objetivos e benefícios que o participante poderá ter ao longo do programa, como, por exemplo: aprender técnicas para reduzir sintomas físicos de estresse e ansiedade, aprender a desenvolver ferramentas e recursos para lidar com situações adversas, conhecer o papel das emoções e lidar de um jeito saudável com elas, melhorar a capacidade de comunicação, melhorar a gestão de tempo, aumentar a capacidade de resolver problemas, além de reduzir sintomas de ansiedade, estresse e/ou depressão. Como forma de manejo de expectativas também é apresentado o programa e o que será discutido em cada um dos módulos.

Quadro 4 - Apresentação dos objetivos dos módulos do programa

Módulo 2	Você irá aprender a conhecer melhor como a ansiedade funciona em você, aprenderá a identificar como a mente ansiosa funciona, além de desenvolver estratégias efetivas para lidar com a ansiedade. Também trabalharemos como começar a enfrentar seus medos, além de ferramentas para você lidar com os sintomas físicos da ansiedade. Por fim, você aprenderá o que fazer se você estiver no meio de uma crise de ansiedade.
Módulo 3	Ajudaremos a identificar em qual fase do estresse você pode se encontrar. Também aprenderemos a identificar pensamentos sabotadores que são geradores de estresse. Vamos refletir como a autocrítica e o perfeccionismo contribuem para gerar e manter o estresse – e desenvolver maneiras de lidar com estes eventos mentais.

	Você aprenderá estratégias para lidar melhor com o estresse e aprender a desacelerar e relaxar.
Módulo 4	Compreenderemos como a depressão funciona, aprendendo a diferenciar depressão de tristeza. Auxiliaremos você a identificar as principais distorções cognitivas, a questionar e modificar esses pensamentos negativos. Conversaremos sobre: desmotivação, desesperança, isolamento e baixa autoestima. Apresentaremos estratégias para combater a depressão e melhorar seu humor. Também te mostraremos como ajudar uma pessoa que está sofrendo com depressão e ideação suicida, além de ampliar sua rede de apoio.
Módulo 5	Você já observou como lida com suas emoções? Vamos juntos aprender a identificar as suas próprias emoções e as dos outros, aprender a gerir bem as suas emoções internas, a melhorar a qualidade dos relacionamentos por meio do gerenciamento de conflitos e a aumentar a capacidade de lidar com a raiva sem agressividade.
Módulo 6	Neste último módulo, vamos conversar sobre formas de fazer amigos, ampliar sua rede e manter relacionamentos positivos. Vamos aprender sobre os estilos de comunicação: passivo, agressivo e assertivo. Além disso, vamos aprender a expressar sua opinião e a fazer pedidos por meio da assertividade. Vamos refletir porque é tão difícil dizer “não” e aprender formas de “dizer não” sem prejudicar seus relacionamentos. Também vamos refletir sobre a importância do “ <i>feedback</i> ” e como dizer o que sente sem ferir os sentimentos dos outros. Por fim, vamos aprender a como resolver problemas do dia a dia acadêmico de uma forma efetiva.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

O processo de desenvolvimento de metas é uma oportunidade de o participante estabelecer alvos específicos e mensuráveis já no final do primeiro módulo. O participante é orientado a focar em metas de curto e médio prazos e também a evitar metas muito generalistas ou que sejam difíceis de atingir ou de definir. Contudo, as metas não são imutáveis, elas podem ser revistas ou reformuladas quando o participante sentir necessidade (SOUZA et al., 2021; SOUZA et al., 2020a). Os participantes são, dessa forma, educados de que as metas podem mudar à medida que vão sendo resolvidas ou à medida que o programa e os módulos progridem quando novos desafios surgem. Estabelecer metas é, ademais, uma maneira de ampliar a consciência dos participantes sobre os ganhos que estes podem ter ao cumprirem o programa e, assim, manterem um nível de motivação que ajude a permanecer até o final do mesmo (WRIGHT et al., 2008, p. 60-61).

4.3 CONTRATO DE TRABALHO

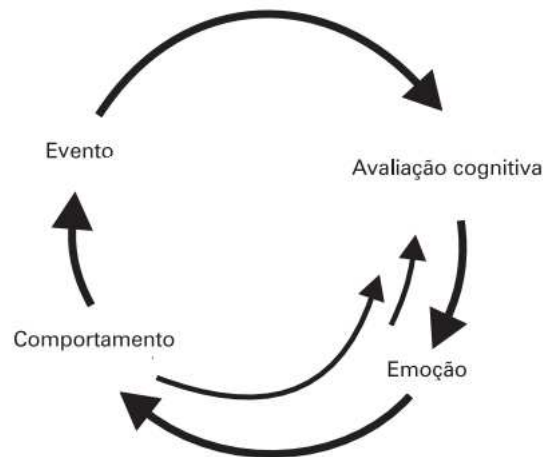
O contrato de trabalho consiste em formalizar com o participante os termos em que o programa vai se desenvolver, incluindo: papéis, obrigações, direitos e responsabilidades mútuas (CUNHA, 2009). Os participantes recebem, dessa maneira, orientações sobre a duração total e semanal do programa, a estimativa de tempo semanal para o exercício das atividades propostas e informações sobre a gratuidade do serviço prestado.

Com relação aos papéis e responsabilidades dos participantes, encontram-se: a importância de participação em um ambiente que garanta minimamente a confidencialidade e o sigilo, a importância da atualização de *softwares* de antivírus a fim de resguardar de problemas com a segurança, o comprometimento semanal na conclusão das tarefas e exercícios de cada módulo, e também são abordados direitos em relação às faltas e em relação à desistência. Com relação às responsabilidades da terapeuta, encontram-se: resguardar o sigilo dos dados oferecidos pelos participantes, informar quem terá acesso aos dados oferecidos, manter *software* de antivírus atualizado, manter *backup* de todos os formulários e questionários respondidos pelos participantes, manter contato semanal por *e-mail* para envio dos módulos, respostas às dúvidas e *feedbacks*, acompanhamento semanal do progresso dos participantes, participação de supervisão com seu orientador, entre outras.

4.4 APRESENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A apresentação dos princípios tem o objetivo de familiarizar o participante com as principais premissas da terapia cognitivo-comportamental. Os participantes são psicoeducados sobre o modelo cognitivo: o que são crenças e pensamentos. E também como pensamentos, emoções, sentimentos, reações fisiológicas e comportamentos interagem entre si e são capazes de afetar uns aos outros.

Figura 3 - A Relação entre Pensamentos, Emoções e Comportamentos



Fonte: Wright et al. (2008).

Com relação aos principais princípios, é abordado que a TCC é orientada para estabelecer objetivos e focar na resolução de problemas por meio da mudança comportamental e do desenvolvimento de habilidades. Para isso, o foco está no presente, nos problemas atuais e em situações específicas vivenciadas pelos jovens, no contexto do seu ambiente universitário, pessoal e relacional. Por fim, salienta-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental é educativa, ou seja, aprender é uma característica fundamental. Ela é também colaborativa, ou seja, cada participante será um participante ativo no processo (BECK, 1997; 2013).

Quadro 5 - Psicoeducação acerca da Terapia Cognitivo Comportamental

Como a terapia Cognitivo-Comportamental trabalha?

A principal parte dos módulos terá o intuito de apresentar conteúdos de uma forma educativa e que vise a promoção de sua saúde.

1. Vamos juntos identificar, avaliar e modificar pensamentos, crenças e comportamentos específicos que mantêm sintomas de ansiedade, estresse e depressão.

2. Vamos apresentar estratégias e recursos para que você possa desenvolver habilidades comportamentais para lidar com situações estressantes e adversas.

3. Atividades semanais serão propostas ao longo de cada módulo para reforçar a sua aprendizagem e você precisa estar disposto a investir tempo e esforço para realizá-los.

4. Você aprenderá a assumir uma abordagem crítica e investigativa de seus pensamentos e comportamentos.
5. Estaremos sempre dispostos a manter contato para esclarecer qualquer dúvida ou dificuldade.

Fonte: elaborado pela autora (2025).

Ao final deste primeiro módulo espera-se que os participantes estejam psicoeducados sobre como funcionará o programa e sobre os principais princípios da TCC, bem como sobre a relação entre pensamentos, emoções e sentimentos. Espera-se ainda que barreiras como o estigma e preconceitos quanto à temática da saúde mental possam ter sido enfraquecidos. Os participantes também foram psicoeducados sobre a importância do manejo de expectativas e da motivação, realizaram como tarefa de casa uma lista de metas e podem compreender as regras do contrato de trabalho para a participação até o final da intervenção.

5 MÓDULO 02: A MENTE ANSIOSA

5.1 O MODELO COGNITIVO DA ANSIEDADE

A ansiedade é um transtorno mental que causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo. O medo ou a ansiedade frente a determinadas situações é desproporcional em relação ao perigo real imposto pela situação específica e ao contexto sociocultural, além de ser persistente, geralmente com duração mínima de seis meses. A situação quase invariavelmente provoca uma reação imediata de medo ou ansiedade, a qual é ativamente evitada ou suportada com intenso sofrimento (APA, 2014).

O modelo cognitivo reconhece que há diferenças individuais na suscetibilidade ou risco para transtornos de ansiedade. Os indivíduos têm um risco aumentado para ansiedade devido a questões genéticas, neurofisiológicas e de regras e suposições de perigo e impotência. O modelo cognitivo considera que a ansiedade é uma reação de avaliação inadequada e exagerada de vulnerabilidade pessoal. O indivíduo interpreta situações ou sinais (internos ou externos) neutros como possível ameaça, perigo ou dano. Salienta-se que um estímulo apenas ativará a ansiedade se ele for percebido como uma ameaça ao bem-estar e aos interesses vitais do

indivíduo. Ademais, a ansiedade envolve uma avaliação incorreta de recursos pessoais de enfrentamento, resultando em uma subestimativa da própria capacidade de enfrentar uma ameaça percebida, resultando assim em uma baixa percepção de autoeficácia (CLARK; BECK, 2012a, p. 47). A avaliação de ameaça envolve diferentes processos psicológicos, tais como: atenção, memória, julgamento, raciocínio e pensamento consciente.

Quando o indivíduo percebe uma ameaça, ele ativa automaticamente esquemas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que são denominados “modo primitivo de ameaça”. Esse modo é rígido, inflexível e consiste em uma série de respostas rápidas do organismo com o intuito de maximizar a segurança e minimizar o perigo (Clark; Beck, 2012a, p. 54). Esquemas cognitivos incluem crenças, regras, e suposições que são relevantes para fazer inferências e interpretações de ameaça. Esquemas comportamentais consistem em códigos de disposição de resposta e programas de prontidão para a ação que permitem uma reação defensiva. Já esquemas fisiológicos incluem a excitação fisiológica e as sensações físicas. Como consequências da ativação do “modo de ameaça” há: (1) excitação autonômica aumentada, (2) respostas inibitórias defensivas e (3) erros de processamento cognitivo. A excitação autonômica é proporcional à estimativa de perigo, assim, quanto maior o perigo percebido, maior a probabilidade de excitação autonômica. As respostas inibitórias possuem uma função protetora, e envolvem: escape, evitação, luta ou fuga, por exemplo. Os erros de processamento cognitivo, por fim, envolvem: abstração seletiva, catastrofização, generalização, maximização do negativo, entre outros.

Clark e Beck (2012a) preconizam que a ansiedade é dividida por dois sistemas, um denominado “sistema inibitório primitivo” que é automático e é uma resposta a ativação do medo. Este sistema é reflexivo, imediato, visa à proteção e à defesa. O segundo sistema, é mais lento, mais elaborado e processa a informação mais completa sobre a situação e visa à redução da ansiedade. Contudo, o primeiro sistema tende a dominar o processamento de informação, justamente por ser automático e reflexivo, bloqueando o acesso às estratégias de redução da ansiedade representadas nos esquemas construtivos (p. 59-60).

Destarte, um dos pilares da TCC é desenvolver o modo de pensamento construtivo a fim de alcançar uma redução da ansiedade maior a longo prazo, além de ajudar a diminuir a avaliação de ameaça e aumentar a tolerância à incerteza. Os pacientes aprendem habilidades de reestruturação cognitiva como um meio de desenvolver uma perspectiva mais construtiva sobre a ameaça percebida (CLARK; BECK, 2012a, p. 50). Esse modo de pensamento construtivo, ao

contrário do “modo primário de ameaça”, fornece uma oportunidade para reavaliação da ameaça percebida, de modo mais construtivo, baseado na realidade. Ressalte-se que a exposição também é importante porque permite uma ativação mais profunda e forte de esquemas de ameaça e fornecem oportunidades para obter evidência direta contra o alvo de ameaça inicialmente atribuído. Também se tornam instrumentos para construir a confiança na própria capacidade de lidar com a ameaça antecipada (CLARK ; BECK, 2012a, p. 50-51).

5.2 TÉCNICAS UTILIZADAS

5.2.1 Psicoeducação

A técnica da psicoeducação inclui explicar para os participantes o que é o transtorno de ansiedade e apresentar os componentes cognitivos, fisiológicos e comportamentais da ansiedade. Além disso, o objetivo desta primeira seção é pontuar que esses componentes interagem entre si, influenciando uns aos outros (HOPE et al., 2012). A cartilha também auxiliará os jovens a diferenciar o medo e a ansiedade, focando no medo como uma reação natural, relacionada à proteção e preservação, enquanto a ansiedade está geralmente mais relacionada ao futuro e à preocupação, sendo mais intensa e desproporcional. Ademais, a ansiedade é invasiva, o que gera prejuízos sociais, profissionais e de relacionamentos. Além disso, a pessoa suporta com muito sofrimento ou evita as situações e pode inclusive afetar as suas escolhas de vida (CLARK; BECK, 2012a).

A psicoeducação também abordará os três componentes centrais da ansiedade: o componente fisiológico, o componente cognitivo e o componente comportamental, descritos por HOPE et al. (2012). O componente fisiológico descreve as sensações que uma pessoa sente quando está ansiosa. Este componente costuma ser o primeiro a ser notado pelo indivíduo. Os sintomas incluem: palpitações (coração bate forte), taquicardia (coração dispara), tontura, náusea, sensação de sufocação, sensação de algo na garganta, tremor (mãos, cabeça, joelhos), visão turva, dores de cabeça, dores musculares, aperto no peito, zumbido no ouvido, falta de ar, diarreia, calores, rubor, calafrios, formigamento nos dedos das mãos.

O componente cognitivo é composto por pensamentos ansiosos e que muitas vezes envolvem a previsão de que algo ruim acontecerá. Esses pensamentos podem estar relacionados

a si mesmo, aos outros ou ao futuro (tríade cognitiva). Por fim, o componente comportamental é descrito por ser o que uma pessoa faz diante de uma situação que provoca ansiedade. Alguns exemplos de comportamentos são a evitação, a procrastinação ou paralisar-se diante da situação. É ressaltado que os componentes cognitivo, fisiológico e comportamental da ansiedade interagem entre si, e um aumento ou uma diminuição em um deles pode causar aumentos ou diminuições nos outros (HOPE et al., 2012).

5.2.2 Identificando Pensamentos Automáticos

Nesta seção, os universitários serão instigados a identificar exemplos de pensamentos que possuem e que estão relacionados com a ansiedade. Após esse momento de discussão sobre as distorções que mais cometem no cotidiano, a cartilha ressalta a importância de questionar esses pensamentos, auxiliando os participantes a olharem para as situações a partir de diferentes pontos de vista e desenvolver, assim, um julgamento mais realista. Segundo Leahy (2006) distorcer constantemente os pensamentos da mesma maneira é um padrão comum nas pessoas que estão ansiosas ou que utilizam substâncias. Logo, ao auxiliar os participantes a identificar as distorções cognitivas, essa intervenção pode ajudá-los a desenvolver uma postura mais crítica em relação a seus pensamentos automáticos (CLARCK; BECK, 2012a), pois os distancia de seus pensamentos e leva os leitores a considerá-los de maneira mais objetiva.

5.2.3 Descatastrofização

A catastrofização, segundo Clark e Beck (2012a), consiste em aumentar as coisas desproporcionalmente, ou seja, pensar sobre desfechos que são absolutamente improváveis de acontecer. Portanto, a descatastrofização “confronta a evitação cognitiva encorajando o paciente a enfrentar a catástrofe imaginada e sua ansiedade associada” (p. 234), além de “realinhar as estimativas de probabilidade e gravidade da ameaça em um nível mais realista” (p. 234).

Quadro 6 - Apresentação da Técnica de Descatastrofização

Descatastrofização							
<i>Escreva</i>	<i>um</i>	<i>pensamento</i>	<i>ansioso</i>	<i>que</i>	<i>você</i>	<i>quer</i>	<i>enfraquecer:</i>
<i>Quando você se sente muito ansioso (a), há alguma evidência contrária, ou seja, de que essa ameaça pode não ocorrer ou não ser tão grave assim?</i>							
<i>Quando você se sente muito ansioso (a) que evidências havia de que o desfecho será tão sério?</i>							
<i>Há alguma informação sendo ignorada ou subvalorizada por você?</i>							
<i>Seria possível haver uma avaliação tendenciosa da gravidade do desfecho ou da consequência percebida?</i>							
<i>Você poderia estar exagerando na probabilidade de que essa ameaça ou pensamento ocorra?</i>							
<i>Há algo que você possa aprender com essa situação?</i>							
<i>Você poderia estar tirando conclusões precipitadas?</i>							
<i>Você poderia estar dando como certo um evento que na realidade é pouco provável?</i>							
<i>Você poderia estar se subestimando e subestimando a sua capacidade?</i>							
<i>Baseada em suas experiências passadas, qual é a estimativa mais realista ou plausível?</i>							
<i>Haveria alguma coisa que possa ser feito para minimizar um impacto negativo caso ocorra?</i>							

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.2.4 Exame de Evidências

A avaliação das evidências confirmatórias e não-confirmatórias é uma importante técnica para a reestruturação cognitiva. Cada participante terá a oportunidade de examinar suas evidências (a cartilha buscará auxiliá-los a se colocarem numa perspectiva diferente, ou mesmo ampliando essa perspectiva). Há vários questionamentos que podem ser utilizados, como aponta Leahy (2006).

Quadro 7 - Apresentação da técnica de exame de evidências

EXERCÍCIO EXAME DE EVIDÊNCIAS	
Identifique uma situação que te causa ansiedade e um pensamento ansioso associado:	_____
Qual é o desfecho mais temido (pior cenário) associado com a sua ansiedade?	_____
“Que evidências você tem que provam que esse pensamento é verdadeiro?”	_____
“Outras pessoas também chegariam a mesma conclusão?”	_____
“Essa forma de pensar é a única possível?”	_____
“Há outros ângulos/ outras perspectivas que você pode não estar considerando?”	_____
“Se fosse outra pessoa na mesma situação (um amigo, um familiar), ele (a) teria o mesmo pensamento?”;	_____
“Esse pensamento está te ajudando ou te atrapalhando a lidar com a situação?”	_____
“Como esse pensamento te faz sentir?”	_____
“Vale a pena continuar a pensar assim?”;	_____
“Qual seria o desfecho mais desejável (o melhor cenário possível) associado com a sua ansiedade? _____ e qual seria o desfecho mais realístico (o mais provável) associado com a sua ansiedade?”	_____
“Como você lidaria com o desfecho mais provável?”	_____

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

5.2.5 Exame de Custos e Benefícios

Segundo Clarck e Beck (2012a), nos transtornos de ansiedade, a análise de custo-benefício é uma intervenção particularmente versátil e efetiva, pois os indivíduos já estão focados nas consequências de seus pensamentos. Questionamentos podem incluir: “Quais os efeitos imediatos e de longo prazo de manter esse pensamento ou essa perspectiva particular?”; “Quais os benefícios e os custos de acreditar nesse pensamento?”; “Esse pensamento é útil ou prejudicial?”; “Se você tivesse um ponto de vista diferente sobre sua ansiedade, quais seriam os custos e benefícios?”.

A cartilha enfatiza ao participante que lembrar repetidamente dos custos do pensamento ansioso é uma forma efetiva de tentar enfraquecê-los. Essa intervenção é particularmente efetiva se os participantes perceberem que o pensamento ansioso na verdade aumenta o seu desconforto, muito mais do que o ajuda a lidar com a ameaça percebida (CLARCK; BECK, 2012a).

5.2.6 Parada de Pensamento

A parada de pensamento é uma técnica que auxilia os participantes a reduzirem a frequência de pensamentos automáticos e ruminantes. Pensamentos ruminantes são pensamentos indesejados que são continuamente repetidos e que levam a sensações desagradáveis. Eles afetam o humor e contribuem para que a ansiedade cresça. O participante é psicoeducado a não ficar repassando ideias negativas sobre situações ou preocupações com coisas que ainda não aconteceram. Quando esses pensamentos surgirem, o participante é orientado a responder com afirmações como: “chega,” “basta”, “pare”, ou ainda a associar a uma imagem mental: como uma placa de “pare”, um sinal vermelho, ou qualquer outra imagem. Esses comandos auxiliam a romper a cadeia de pensamento.

5.2.7 Exposição

Conforme aponta Clark e Beck (2012a), aprender com a experiência tem um efeito sobre a mudança dos pensamentos automáticos disfuncionais. Dessarte, o módulo auxilia os

participantes a construírem uma escala com as principais situações que geram ansiedade no formato de uma hierarquia: o participante classifica as situações da menos para a mais ansiogênica e é incentivado a anotar o pensamento ansioso central associado com cada situação. Após isso, é psicoeducado sobre estratégias efetivas e não efetivas de lidar com a ansiedade. Destaca-se a função da fuga e da evitação como estratégias prejudiciais a médio e longo prazo por não promover a mudança na forma de lidar com as situações, nem o aprendizado de habilidades.

Eles também são psicoeducados sobre os benefícios de pôr o seu pensamento ansioso à prova por meio da exposição comportamental. Dentre os principais argumentos, destacam-se: o participante terá acesso a informações que reduzam a ameaça percebida; ele poderá desconfirmar a probabilidade e gravidade do “pior cenário”; ele terá novas experiências de aprendizagem sobre a ansiedade; ele poderá reduzir sintomas e comportamentos de fuga e também poderá fortalecer estratégias de enfrentamento adaptativas (CLARK; BECK, 2012b; HOPE et al., 2012). Por fim, é apresentado ao participante uma forma de exposição gradual, que segundo Clark e Beck (2012a) é geralmente a mais aceitável para indivíduos com transtornos de ansiedade. São enfatizados a importância da frequência e da duração das exposições e um registro desse experimento comportamental é apresentado como tarefa de casa para o participante.

Quadro 8 - Apresentação da técnica de registro de exposição

REGISTRO DE EXPOSIÇÃO				
Diretrizes: use este formulário para ajudá-lo (a) a planejar um experimento para testar suas crenças e pensamentos em relação à ansiedade.				
Qual	é	a	crença ou pensamento ansioso	que está sendo testado?
O	quanto	você	acredita	nela (0-100%)?
Como	a	crença/pensamento	será	testado?

O	que	você	prevê	que	acontecerá?
O quão confiante você está na previsão (0- 100%)					
Qual	foi	o	resultado	real	do experimento?
A força da crença se manteve ou diminuiu? Reavalie a força dela (0-100%)					

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Para finalizar o módulo, com o intuito de auxiliar os participantes a lidarem com os sintomas fisiológicos, haverá uma seção da cartilha que abordará a técnica “acalme-se” e a técnica de respiração diafragmática.

5.2.8 Respiração Diafragmática

O objetivo desta seção é apresentar para os leitores uma técnica de respiração denominada respiração diafragmática, também denominada de respiração 3, 3, 6. A técnica da respiração diafragmática é uma técnica relativamente simples de ser aplicada. O exercício respiratório visa a diminuir a hiperventilação e a alcançar uma respiração mais profunda (ITO; ROSO, 2008). O intuito dessa forma de respiração é justamente sair do estado de fuga ou luta, e ensinar uma estratégia para manejo da ansiedade.

A respiração diafragmática auxilia a quebrar o ciclo da ansiedade, principalmente porque contribui impedindo que as sensações fisiológicas aumentem e saiam de controle. Os participantes aprenderão a ter consciência de inspirar e expirar corretamente, uma vez que por meio do uso do músculo diafragma a oxigenação sanguínea é aumentada (reduzindo dessa forma a hiperventilação). Além disso, endorfina é liberada, aumentando a sensação de conforto e bem-estar (LEHRER; CARRINGTON, 2003). Ademais, uma vez que o participante aprende a utilizar todo o potencial do músculo diafragma, o exercício repetidamente permite auxiliar no manejo do estresse, no relaxamento e na diminuição de sintomas fisiológicos.

5.2.9 Acalme-se

A técnica denominada A. C. A. L. M. E. - S. E. foi desenvolvida pelo psicólogo Bernard Rangé. A palavra “acalme-se” foi transformada em um acróstico, em que cada letra corresponde a um passo específico que auxilia o paciente a lidar com sua ansiedade.

Quadro 9 - Apresentação da técnica ACALME-SE

1. Aceite a sua ansiedade. Um dicionário define aceitar como dar “consentimento em receber”. Concorde em receber sua ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido. Decida estar com essa experiência. Substitua seu medo, sua raiva e sua rejeição por aceitação. Não lute contra ela. Resistindo você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Em vez disso flua com ela.
2. Contemple as coisas em sua volta. Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que você sente. Deixe acontecer com seu corpo o que ele quiser, sem julgamento: nem bom, nem mau. Olhe em volta de você, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna. Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais você puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se nos acontecimentos externos e melhor você se sentirá. Esteja com ansiedade, mas não seja ela; seja apenas o observador.
3. Aja com sua ansiedade. Normalize a situação, isto é, funcione com ela. Diminua o ritmo, a velocidade com que você faz as suas coisas, mas mantenha-se ativo(a)! Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se você fugir, a sua ansiedade vai diminuir, mas o seu medo vai aumentar. Se você ficar onde está – e continuar fazendo as suas coisas – tanto a sua ansiedade quanto o seu medo vão diminuir. Continue agindo, mesmo que seja devagar!
4. Libere o ar de seus pulmões. Respire bem devagar, calmamente, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, devagarinho, na inspiração e até seis na expiração. Faça o ar ir para o seu abdômen, estufando-o ao inspirar e deixando-o encolher-se ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sopra; apenas deixe o ar sair lentamente por sua boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.
5. Mantenha os passos anteriores. Repita cada um, passo a passo. Continue a: (1) aceitar sua ansiedade; (2) utilizar sua atenção para seu exterior; (3) continuar a agir mesmo que seja mais lentamente e (4) respire calma e suavemente até que a ansiedade diminua e atinja um nível confortável. E ela irá, se você continuar repetindo esses quatro passos: aceitar, contemplar, agir e respirar.
6. Examine agora seus pensamentos. Você deve estar antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que você pensou que aconteceria. Examine o que está dizendo para você mesmo(a) e

reflita racionalmente para ver se o que você pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que você pensa é verdade? Há outras maneiras de você entender o que está lhe acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso(a): isto pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas você tem provas reais e definitivas disso?

7. Sorria, você conseguiu! Você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento. Você conseguiu sozinho (a) e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar este momento. Não é uma vitória, pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreendê-lo e aceitá-lo melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

8. Espere o melhor. Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrando definitivamente de sua ansiedade, para sempre. Ela é necessária para você viver e continuar vivo (a). Você precisa dela e ela ocorrerá sempre que você estiver em perigo ou que você pensar que está em perigo. É natural que ela ocorra. Em vez de se considerar livre dela, surpreenda-se pelo jeito como você a maneja, como você acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente. Enriqueça sua memória com esta experiência, entre outras importantes da sua vida. Você se tornou uma pessoa diferente agora: mais realista, mais conhecedora de suas capacidades, mais segura, mais confiante.

Rangé (2001), Ito e Roso (2008) com adaptações.

Dessa maneira o módulo espera contribuir oferecendo ferramentas tanto cognitivas e comportamentais como também recursos para que os participantes possam diminuir os sintomas fisiológicos da ansiedade (como a respiração diafragmática e a técnica “ACALME-SE”). Os participantes foram introduzidos ao modelo cognitivo da ansiedade, aprenderam a identificar os principais sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais. Com relação às cognições, foram apresentadas as principais distorções cognitivas e exercícios e tarefas de casa foram propostas, como por exemplo o exame de evidências e a descatastrofização. Ademais, ao final do módulo, os participantes podem oferecer um *feedback* sobre como foi participar do módulo e informar críticas e sugestões de melhoria.

6 MÓDULO 03: GESTÃO DO ESTRESSE ACADÊMICO

6.1 O MODELO DA SÍNDROME DE ADAPTAÇÃO GERAL E O MODELO TRANSACIONAL DO ESTRESSE

O estresse pode ser compreendido como um processo em que o indivíduo percebe e responde a eventos ameaçadores ou desafiadores (STRAUB, 2014). Para Lipp (1984) o estresse é uma reação do organismo dotada de componentes físicos, químicos e emocionais que se apresentam quando uma pessoa se confronta com uma situação que a irrite, ameace, excite ou amedronte. Ademais, o estresse pode ser subdividido em duas categorias: o *distresse*, que é compreendido como um estresse excessivo e o *eustresse*, que é considerado um nível aceitável e até mesmo necessário para o desempenho dos indivíduos. Há algumas teorias que se destacam ao propor uma explicação para o funcionamento do estresse, como, por exemplo: o modelo biológico de Selye e o modelo Transacional - também denominado de relacional ou interacionista (SILVA et al., 2018).

O modelo de Selye, também denominado de Síndrome de Adaptação Geral, preconiza o estresse como uma reação do organismo frente a um agente estressor, sendo composto por respostas fisiológicas e cognitivas. O modelo de adaptação é composto por três fases: alarme, resistência e exaustão. Na primeira fase, o organismo busca lutar ou fugir da situação, sendo que o estresse é responsável por ativar o sistema simpático – o que leva a uma descarga de noradrenalina. Logo, essa fase é conhecida por afetar diretamente o corpo do indivíduo, gerando uma série de sintomas fisiológicos. Na segunda fase, ocorre a mobilização de recursos e de energia do organismo para lidar ativamente na resolução ou enfrentamento do problema estressor. Por fim, na terceira e última fase, observa-se a fadiga e a exaustão do organismo e ocorre quando o estímulo estressor é demasiadamente prolongado ou quando há falhas e problemas no enfrentamento do mesmo (LEAHY et al., 2013).

O Modelo Transacional, por sua vez, afirma que não se pode compreender completamente o estresse examinando separadamente ambiente (estímulos) e pessoa (respostas). Em vez disso, ambos devem ser considerados em conjunto, como uma transação, na qual cada indivíduo deve se ajustar de forma contínua aos desafios do cotidiano. Dessa forma, o estresse seria um processo desencadeado sempre que estressores excedem os recursos pessoais e sociais que o indivíduo é capaz de mobilizar para enfrentá-los. Um ponto importante

a ser destacado é que as transações são motivadas pela avaliação cognitiva que as pessoas fazem dos estressores potenciais. As pessoas avaliam: se a situação ameaça seu bem-estar (avaliação primária) e se possuem recursos para lidar com a situação, assim como se essas estratégias são efetivas (avaliação secundária). Após essa avaliação, o indivíduo emite comportamentos de luta ou fuga, e, por fim, é capaz de realizar uma reavaliação cognitiva, na qual os eventos são reavaliados de forma consciente.

Os autores do Modelo Transacional, Lazarus e Folkman, também desenvolveram estudos acerca das estratégias de enfrentamento. O conceito de estratégias de enfrentamento (*coping*) pode ser definido como um conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para lidar com situações adversas e estressantes. O *coping* é uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente. O *coping* possui a função de administrar e manejar o estresse, e não de necessariamente controlá-lo ou eliminá-lo. Além disso, envolve uma avaliação do indivíduo que está passando pela situação (como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado). Ademais, o *coping* envolve a mobilização de esforços (cognitivos e/ou comportamentais) para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da situação adversa. Os dois principais estilos de enfrentamento são: o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema (LAZARUS, 2012).

O *coping* centrado na emoção objetiva reduzir a sensação física desagradável de uma situação adversa. Seu foco, portanto, está nas sensações e emoções causadas pela situação estressora. Geralmente, o *coping* focado na emoção é adotado quando o indivíduo avalia como não sendo possível modificar a situação vivenciada. Exemplos de estratégias voltadas para a emoção incluem: a evitação (fuga), o distanciamento (cognitivo, físico, comportamental, emocional), a automedicação e o uso de álcool e de outras drogas. O consumo de substâncias pode ocorrer como mecanismo para gerir as diversas fontes de estresse ou solidão (DEASY et al., 2014), como um mecanismo de fuga ou como válvula de escape frente a problemas acadêmicos, sociais ou familiares (REIMER et al., 2005; ZALAF; FONSECA, 2009). Dessa forma, embora não seja possível eliminar totalmente as situações problemáticas de nossas vidas, o conteúdo do material elaborado buscará trazer informações acerca de estratégias que possam gerenciar as emoções de uma maneira mais assertiva e consciente.

O *coping* centrado no problema objetiva modificar a relação entre pessoa e ambiente, ou seja, atuar diretamente na questão causadora do estresse e da ansiedade. Essa estratégia de enfrentamento tem o intuito de fazer com que o indivíduo altere a situação ou o ambiente que está causando a tensão. Exemplos de estratégias são: a reavaliação (ressignificação de

experiências, busca de uma mudança de percepção em relação a situação), a resolução de problemas e a busca de apoio e suporte social.

Conclui-se que o estresse é a quebra de uma homeostase, o que fará com que o indivíduo busque uma reação a fim de adaptar-se. Os modelos teóricos atuais são multifatoriais e biopsicossociais, ou seja, consideram a dimensão biológica, psicológica e social. Ademais, consideram que o estresse é um fenômeno que é vivenciado de forma diferente por cada pessoa (SILVA et al., 2018).

6.2 TÉCNICAS UTILIZADAS

As técnicas apresentadas para auxiliar os participantes a reduzirem o estresse incluem: psicoeducação sobre o que é o estresse e sobre os principais sintomas. Também são abordados a temática da gestão de tempo e da procrastinação e técnicas como aceitação, desfusão cognitiva, automonitoramento e relaxamento muscular. Na psicoeducação sobre o que é o estresse são apresentados os principais sintomas físicos (tais como: dor de cabeça, insônia, cansaço, tensão muscular, incapacidade de relaxar, problemas respiratórios, gastrointestinais, cardiovasculares), cognitivos (por exemplo: irritabilidade, dificuldade de concentração, dificuldade de atenção, dificuldade de memorização, dificuldade de aprendizagem) e comportamentais (tais como: isolamento, uso e abuso de álcool e outras drogas, comportamentos autolesivos, diminuição do desempenho e de produtividade, faltas à faculdade). Ademais são apresentados os conceitos de *eustresse* e *distresse*.

6.2.1 Psicoeducação sobre Preocupações Produtivas e Improdutivas

O estresse pode ser gerado cognitivamente, neste caso o indivíduo se antecipa na previsão de que experiências ocorrerão, interpretando-as de forma negativa e ameaçadora. Contudo, o estresse também pode ser decorrente de fatores externos, que geralmente estão fora de controle do indivíduo (LEAHY et al., 2013, p. 201). Para indivíduos com elevado nível de estresse, a preocupação pode assumir aspectos patológicos que não levam a solução do problema, mas sim a uma elevada percepção de perigo e de ameaça. Por isso, a preocupação

pode se tornar incontrolável e predominantemente focada em desfechos negativos (CLARCK; BECK, 2012, p. 60).

A preocupação é uma ideia persistente e intrusiva de que uma ameaça futura será muito maior do que nossos recursos para enfrentá-la. Segundo HOPE et al. (2012), uma preocupação produtiva é baseada em evidências, ou seja, há uma ameaça real. Ademais, preocupações produtivas consomem um tempo moderado. Ela gera um nível aceitável de ansiedade e não há perda de autoconfiança. Uma preocupação improdutiva, ao contrário, foca em situações improváveis, gera um desgaste mental, traz prejuízos para a saúde física e mental, além de uma sensação de falta de controle e pouca confiança em si mesmo para enfrentá-la. Nesse caso, a intolerância à incerteza é alta. Na cartilha, exercícios e tarefas de casa são propostos para que o participante aprenda a distinguir os dois tipos de preocupação, além da aceitação e normalização das mesmas. Também é proposta uma análise de custos e benefícios e um monitoramento das consequências para a saúde física e mental.

Além da psicoeducação, os participantes são orientados a realizar um exercício de automonitoramento para avaliar em quais áreas da vida se concentram um maior número de preocupações. Realizar esse registro de preocupações permite que o paciente examine o padrão das preocupações, o que as desencadeia, qual é o desfecho e como elas podem se dissipar (LEAHY, 2018, p. 251, 269).

Os participantes também são orientados a realizar um exame dos custos e benefícios destas preocupações, inclusive para a sua saúde física e mental. Questões propostas por Leahy et al. (2013) incluem, por exemplo: “Você consegue apontar algum exemplo específico em que a preocupação torna as coisas mais difíceis para você?” e “Se você se preocupasse um pouco menos, o que melhoraria em sua vida? O exercício do “teste de previsões negativas” descrito por Leahy também busca conscientizar como os indivíduos que se preocupam demasiadamente esquecem-se de que muitas das suas preocupações passadas não se realizaram. “Assim sendo, fazer uma previsão é muito diferente de constatar que essa previsão se realiza. Se os pacientes conseguirem perceber que, na verdade, são maus prognosticadores, isso pode reduzir a credibilidade das preocupações atuais” (LEAHY, 2018, p. 259). Ademais, exemplos de questionamentos e reflexões utilizadas no material de Leahy incluíram: “Você já se preocupou com eventos no passado nos quais já nem pensa mais? Liste o máximo que puder dessas preocupações passadas e pergunte a si mesmo por que elas já não são importantes para você. O

que isso lhe diz sobre sua tendência a criar alarmes falsos? Sua preocupação atual poderia ser outro alarme falso?” (LEAHY, 2018, p. 259).

6.2.2 Técnica: Reserva do Tempo da Preocupação

As preocupações parecem consumir um tempo extraordinário para algumas pessoas. Uma técnica útil para tratar essa preocupação é estabelecer o “controle do estímulo” sobre as preocupações – ou seja, limitar a preocupação a um tempo e lugar específicos. Além disso, criar um “tempo de preocupação” específico ajuda a pessoa que se preocupa a reconhecer que pode exercer algum controle sobre as preocupações, ainda que isso signifique retardá-las por algumas horas. Por meio desta técnica os participantes podem começar a identificar com mais clareza: temas comuns nas suas preocupações, se essas são preocupações produtivas ou improdutivas, e se há alguma ação produtiva que possam colocar em prática hoje que os ajudará a resolver esse problema (LEAHY et al., 2013, p.305).

6.2.3 Técnica: Progredir Em Vez De Tentar A Perfeição

Esta técnica consiste em apresentar o exercício de identificar algumas áreas da vida em que o participante se critica, o que ele critica em si mesmo e planejar ações de como ele pode progredir, um pequeno passo por vez. Isso auxilia a reduzir a autocrítica e a autocobrança e contribui para aumentar a intolerância à perfeição. Também são abordados os custos de curto e longo prazo e os efeitos que a busca por uma perfeição pode causar na saúde física, na vida mental, emocional e nos relacionamentos (LEAHY, 2018, p. 137).

Quadro 10 - Estratégias Cognitivas e Comportamentais para o manejo do estresse acadêmico

- **Mapeamento dos estressores:** o automonitoramento possui a finalidade de mapear as áreas da vida e as respectivas situações que desencadeiam o estresse e as situações-problema, favorece a tomada de consciência, além de identificar a fase de estresse e sua intensidade, frequência e duração dos sintomas.

- **Treino de Auto-observação:** essa ferramenta proporciona identificar a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, além de identificar estratégias funcionais e disfuncionais de enfrentamento que estão sendo utilizadas pelos universitários.
- **Aceitação:** “envolve o acolhimento da experiência estressante sem a adoção de tentativas desnecessárias de mudá-las quando isso não se mostra possível (...) além disso, ao se trabalhar para aceitar a experiência que não se pode modificar, torna-se possível voltar a energia para a busca de novas alternativas mais funcionais de enfrentamento (CAZASSA et al., 2020, p.15). Dessa forma, os participantes são psicoeducados a observarem que existem situações que podem ser modificadas, mas também existem situações estressoras que não dependem deles, e que não conseguirão modificar, pelo menos não no momento presente. Tomar consciência de que existem situações estressantes que não são possíveis resolver ou fazer algo diretamente irá ajudá-los a realocar seus recursos, seu tempo e seus pensamentos na direção para problemas que podem ser alterados, enfrentados ou reduzidos de alguma forma.
- **Convidar a mente para o momento presente:** O questionamento socrático neste módulo tem como intuito “buscar ver a situação de um modo mais amplo, explorando outras possibilidades de percepção acerca do mesmo contexto” (CAZASSA et al., 2020, p.16). Além disso, busca convidar a mente do participante para o momento presente: “ressalta-se que este processo está vinculado à capacidade do indivíduo de perceber se a mente pode ficar ocupada com aspectos que ainda não aconteceram (futuro) ou com situações que já se passaram (passado). O exercício de reconhecimento acerca desta perspectiva temporal (futuro e passado), a partir da observação se a mente está no futuro ou no passado, permite que os participantes aprendam que nesses dois tempos nada se pode realizar. Assim, eles aprendem a convidar a mente, com gentileza, a se voltar para o momento presente e para aquilo que é possível de ser realizado no aqui e agora” (CAZASSA et al., 2020, p.15).
- **Flexibilização Psicológica:** o objetivo é romper com a rigidez cognitiva. Há diferentes maneiras de ver e interpretar a mesma situação. É necessário auxiliar os universitários a ter o cuidado para não adotar uma visão simplista, reducionista, incompleta, catastrófica ou generalizante diante das adversidades. Geralmente o estresse se amplia quando se adota uma visão rígida das ameaças.
- **Desfusão Cognitiva:** o objetivo desta técnica é enfatizar que os pensamentos são só pensamentos e não são verdades absolutas. A “desfusão” consiste em tratar os pensamentos como eventos mentais e auxiliar os participantes a tomar distância dos pensamentos para avaliá-los.
- **Ampliar o Repertório Comportamental:** desenvolver estratégias efetivas para o manejo do estresse pode incluir: ampliar os fatores de proteção, fortalecer a rede de apoio social, desenvolver habilidades de reestruturação cognitiva, gestão das emoções, resolução de

problemas, além de oferecer ferramentas como gestão de tempo, relaxamento muscular e a prática de autocuidado.

- ***Ampliar os Fatores de Proteção:*** fatores de proteção são recursos que o jovem pode vir a se desenvolver ou se fortalecer. Eles possuem a função de promoção de saúde, bem-estar, além de prevenir transtornos mentais. Os fatores de proteção contra o estresse estão diretamente relacionados à adoção de um estilo de vida mais saudável: e hábitos saudáveis podem incluir uma alimentação mais saudável, começar a praticar uma atividade física, praticar exercícios de relaxamento e respiração, consultar especialistas de saúde e higienização do sono, etc.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

6.2.4 Psicoeducação sobre Gerenciamento do Tempo e Procrastinação

Dentre os possíveis fatores de proteção, a literatura sugere que as crenças de autoeficácia se configuram como uma variável de especial relevância na proteção contra o estresse em contextos acadêmicos (CABANACH et al., 2010; 2017). Uma maneira de desenvolvê-la no ambiente universitário é promovendo uma melhor gestão do tempo e auxiliando os universitários a reduzir a procrastinação com suas tarefas. Segundo Leahy et al. (2013), “muito estresse que um indivíduo vivencia pode ser resultado do sentimento de falta de controle sobre o tempo” (p. 209). O gerenciamento do tempo envolve: “estabelecer prioridades, identificar quando o comportamento se desvia dos objetivos definidos, realizar automonitoramento e autocontrole, designar um tempo adequado para os trajetos e tarefas, planejar com antecedência e obter tempo para a recompensa” (p. 209).

Conforme aponta Leahy et al. (2013), o senso de urgência também é um componente a ser considerado ao propor estratégias de redução do estresse. Isso ocorre porque geralmente indivíduos estressados tendem a adotar comportamentos que os sobrecarregam de compromissos, tendem a ter dificuldades de priorizar tarefas ou assumem um número considerável de tarefas para serem realizadas concomitantemente. Frequentemente a percepção de tempo também é afetada: indivíduos estressados tendem a perceber o tempo como insuficiente (LEAHY et al., 2013, p. 202).

6.2.5 Planejamento de Tarefas Graduais

É uma técnica utilizada para que tarefas grandes possam ser divididas em pequenos objetivos facilmente realizáveis. Esse método pode aumentar a produtividade e a sensação de autoeficácia (SOUZA et al., 2021). Algumas técnicas de planejamento foram apresentadas aos participantes nesse módulo. A primeira consiste na psicoeducação sobre tipos de metas: essenciais (prioritárias), importantes, desejáveis e triviais. E sobre metas de curto, médio e longo prazo. A segunda consiste na psicoeducação sobre a ferramenta 5W2H. Este é um recurso que auxilia a como elaborar metas, e consiste em definir: o que será feito, quando será feito, onde será feito, quanto será feito, como será feito e quem fará (SOUZA et al., 2021, 2020a). A terceira consiste em uma atividade de casa denominada “Antiprocrastinação”, elaborada por Leahy (2018).

Quadro 11 - Técnica para a procrastinação

Tarefa de casa – Antiprocrastinação	
Diretrizes: Faça a si mesmo as perguntas e anote suas respostas:	
Qual é a tarefa que realmente preciso fazer?	
Quais são os custos e benefícios de fazê-la?	
Como me sentirei após fazer isso?	
Estou exagerando o quão difícil ou desagradável isso será?	
Que recompensa posso me dar, se fizer isso?	
Programar um horário e local para realizar a tarefa:	
Qual foi o resultado real?	

Fonte: LEAHY (2018).

6.2.6 Relaxamento Muscular

O relaxamento é uma das técnicas mais amplamente utilizadas na TCC e tem um efeito positivo sobre os resultados de enfrentamento e redução do estresse. Essa é uma técnica que

trabalha com a sintomatologia física. Esses sintomas surgem quando o corpo faz uma ativação fisiológica diante de uma ameaça, ocorrendo o aumento de tensão muscular, da respiração, da pressão sanguínea, da taquicardia, entre outros. Quando essa ativação permanece por períodos mais longos que o necessário, pode ocorrer um desgaste tanto físico como mental e os indivíduos podem sentir como se estivessem sob uma pressão constante, mesmo quando a fonte inicial do estresse não está mais presente (WILLHELM et al., 2015).

O Relaxamento Muscular Progressivo (RMP) foi desenvolvido por Edmund Jacobson. O objetivo do método RMP é obter um melhor controle sobre a tensão muscular (JACOBSON, 1976), além de identificar em quais pontos há tensão muscular e consequentemente relaxá-los (ITO; ROSO, 2008). A reação de relaxamento ativa o sistema nervoso parassimpático, reduzindo as mudanças fisiológicas que acompanham a reação de luta ou fuga e promove a regulação da pressão sanguínea, da frequência cardíaca e da respiração (LEAHY et al., 2013, p. 202). Em síntese, uma recente revisão de literatura concluiu que a utilização da técnica de RMP proporcionou melhoria na saúde mental daqueles indivíduos que a praticaram, demonstrando ser eficaz na redução da ansiedade, da fadiga, do estresse e melhorando a percepção e concentração, a qualidade de vida e o bem-estar dos participantes (SEVERINO et al., 2021). Essa técnica se mostrou efetiva quando aplicada presencialmente em universitários (KESTENBERG et al., 2014; PERES et al., 2018). Ademais, o uso do RMP é de baixo custo, demanda pouco tempo e pode ser facilmente aprendida (PORTES et al., 2018). Ressalta-se que é uma ferramenta simples e pode ser acessada em qualquer tempo e lugar (KESTENBERG et al., 2014).

Quadro 12 - Relaxamento Muscular

RELAXAMENTO MUSCULAR
O treino de relaxamento muscular progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos musculares em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados. O relaxamento muscular progressivo te permitirá reconhecer pontos de tensão corporal e auxiliará você a relaxar, reduzindo, desta forma, também o nível de estresse.
Como se faz?
Passos: Deite-se de costas com os braços e pernas soltos e olhos fechados, respire normalmente.
1- Dobre seus pés em direção ao seu corpo. Sinta a tensão. Mantenha por alguns segundos e relaxe.

- 2- Estique seus pés. Sinta a tensão nos músculos da panturrilha. Mantenha por alguns segundos e relaxe.
- 3- Aperte o calcanhar contra o apoio. Sinta os músculos da perna contraídos. Mantenha e relaxe.
- 4- Contraia os músculos das nádegas. Mantenha por alguns segundos e relaxe.
- 5- Expanda o abdômen inflando a barriga. Mantenha e relaxe. Não prenda a respiração, respire normalmente.
- 6- Contraia os músculos das costas como se quisesse se desprender do apoio. Mantenha e relaxe.
- 7- Eleve os ombros na direção das orelhas. Sinta a tensão e relaxe.
- 8- Feche a mão. Pressione. Sinta a tensão. Mantenha por alguns segundos e relaxe.
- 9- Levante os braços estendidos em direção ao teto. Mantenha e relaxe vagarosamente.
- 10- Feche os olhos apertando-os. Mantenha e relaxe.
- 11- Franza as sobrancelhas. Sinta a tensão dos músculos da testa e relaxe.
- 12- Aperte os lábios. Mantenha e relaxe.
- 13- Abra os olhos devagar.

Término do relaxamento

Você deve sentir o seu corpo totalmente relaxado, a respiração leve e a mente livre de pensamentos estressantes.

Fique deitado durante alguns minutos apreciando seu estado de relaxamento.

Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se vagarosamente.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

7 MÓDULO 04: PREVENINDO A DEPRESSÃO

7.1 O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO

Segundo Beck et al. (1997) o modelo cognitivo da depressão compreende a tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos (processamento distorcido da informação). A tríade cognitiva é composta por uma visão negativa, distorcida e pessimista de si mesmo, dos outros e do futuro. Com relação a visão de si, pacientes depressivos tendem a ser autocríticos e a se perceberem como inferiores, inadequados, indesejados, incapazes, desesperançosos e indecisos. Ademais, é comum que interpretem suas experiências e relacionamentos interpessoais de uma forma negativista. O terceiro componente da tríade cognitiva consiste em uma visão negativista do futuro. Assim, o paciente faz previsões de sofrimentos e de frustrações. Cria-se, portanto, uma espiral: os pensamentos se tornam cada vez mais negativos, e o humor, mais depressivo, o que faz o viés da interpretação negativa dos eventos gerar um humor depressivo congruente com a distorção, e este humor, por sua vez, aciona ainda mais as percepções negativamente distorcidas, que geram mais humor deprimido.

Desde os primeiros estágios do desenvolvimento humano, a partir de suas interações com o mundo e com outras pessoas, os indivíduos tentam organizar suas experiências e processar informações para que possam funcionar e atuar no ambiente. Assim, os esquemas possuem essa função: a de determinar como um indivíduo irá estruturar suas diversas experiências ao longo da vida. Os esquemas são compostos por crenças centrais, pensamentos intermediários e pensamentos automáticos.

As crenças são também denominadas de crenças centrais ou nucleares, uma vez que são compreensões duradouras, geralmente globais, rígidas, supergeneralizadas e mais difíceis de serem modificadas. As crenças centrais influenciam o desenvolvimento de crenças intermediárias: que são exemplificadas como as regras e as atitudes, as quais influenciam a maneira como uma pessoa pensa, sente e se comporta. Ambas “são desenvolvidas no início da infância e são influenciadas por uma infinidade de experiências de vida, incluindo a educação recebida pelos pais, as atividades educativas formais e informais, as experiências obtidas com seus pares, os traumas e sucessos” (WRIGHT et al., 2008, p. 21). A partir de uma situação específica, as crenças nucleares e intermediárias influenciarão a percepção do indivíduo, que será expressa pelo nível mais superficial da cognição: os pensamentos. Os pensamentos, por estarem mais acessíveis à consciência, segundo Knapp (2009), usualmente são as primeiras

cognições a serem identificadas e trabalhadas. Esses, por sua vez, influenciarão a reação emocional, fisiológica e comportamental do indivíduo. Dessa forma, pensamentos, emoções, sentimentos, reações fisiológicas e comportamentos interagem entre si e são capazes de afetar uns aos outros (BECK, 2013 p. 55-57).

Por fim, as distorções cognitivas no pensamento da pessoa deprimida preservam a crença do paciente na validade de seus conceitos negativistas. Clark et al. (2000) postulam uma série de hipóteses descritivas para explicar esse processo de manutenção e funcionamento dos erros e das distorções cognitivas. Primeiramente, há um processamento seletivo, ou seja, indivíduos depressivos selecionariam apenas fatos de sua vida congruentes com seu humor negativo. A negatividade é expressa por pensamentos negativos acerca de si mesmos, do mundo e do futuro (a tríade cognitiva). Há um perfil específico de cognições negativas e vieses de processamento, bem como de uma tendência para a redução ou exclusão dos pensamentos positivos sobre si mesmo. Esse processamento é involuntário, não intencional e rápido, ou seja, o indivíduo não é consciente dessas ações. As cognições negativas e o processamento de informações distorcido influenciam os sintomas comportamentais, afetivos, somáticos e motivacionais da depressão. Ademais, observam-se uma persistência e gravidade nesse quadro.

Por fim, quanto ao conteúdo dos pensamentos negativos, Beck (1997) lista uma série de erros e distorções que podem ser cometidas por indivíduos depressivos. Identificar esses padrões de distorção é um passo importante para o tratamento, uma vez que o objetivo da Terapia Cognitiva é tornar conscientes e corrigir tais crenças e pensamentos, no sentido de torná-las mais adaptadas. Abaixo são descritos, a título de exemplificação, algumas das principais formas de distorções cognitivas.

Quadro 13 - Distorções Cognitivas

DISTORÇÕES COGNITIVAS NA DEPRESSÃO

A DESQUALIFICAÇÃO DO POSITIVO: Dificuldade em valorizar o que é positivo ou esperançoso.

SUPERGENERALIZAÇÃO: Quando tudo está ruim. Quando a pessoa extrapola uma experiência negativa para todas as circunstâncias futuras.

ROTULAÇÃO: Colocar um rótulo a si mesmo ou atribuir uma característica de forma rígida, global. Exemplo: “*Eu sou burro*”; “*Eu sou incompetente*”; “*Sou um fracasso total*”.

DITADURA DO DEVERIA: São afirmações rígidas, absolutistas. São demandas feitas a você mesmo de como deve ser, agir e se comportar para evitar consequências negativas. Exemplo: *“Eu tenho que ter controle sobre tudo”, “Eu devo ser perfeito em tudo que faço”*.

RACIOCÍNIO EMOCIONAL: Presumir que sentimentos são fatos, ou seja, quando você pensa que algo é verdadeiro porque tem um sentimento forte a respeito. Essa distorção deixa que os sentimentos e emoções guiem a interpretação da realidade. Exemplo: *“Sinto que alguém não gosta de mim”; “Sinto um desespero, então a situação é desesperadora”*.

PERSONALIZAÇÃO: Quando você assume a culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos, mas falha em ver e atribuir a responsabilidade também para outras pessoas envolvidas. Exemplos: *“Se meu professor está com a cara fechada, eu devo ter feito alguma coisa de errado”*.

Fonte: (BECK et al., 1997, p. 28-29).

Diante do exposto, os objetivos do módulo são: auxiliar os participantes a identificarem pensamentos negativos e erros cognitivos por meio do monitoramento e do registro de pensamentos disfuncionais; ensinar métodos para mudança de crenças por meio da técnica do questionamento socrático; combater a inatividade, o isolamento e a falta de prazer por meio da ativação comportamental; psicoeducar o participante para a redução da desesperança, da incerteza e da desmotivação; diminuir o isolamento social por meio da reflexão da importância da rede de apoio social; e, por fim, realizar a prevenção ao suicídio.

7.2 TÉCNICAS UTILIZADAS

7.2.1 Psicoeducação sobre o que é Depressão

Segundo Leahy et al. (2013) é fundamental aprender a diferenciar tristeza (emoção normal e presente na vida de todo o ser humano) de depressão (que é um transtorno de humor diagnosticável). A depressão não é apenas a ausência de prazer, mas um conjunto de sintomas que podem interferir: na motivação, na concentração, na tomada de decisão, na alteração de energia, do sono, da alimentação e do peso, entre outros. Por isso, é fundamental que o participante reconheça os principais sinais e sintomas para que possa pedir ajuda antes da evolução do seu quadro.

Quadro 14 - Psicoeducação acerca dos sintomas depressivos

- 1) Humor persistentemente triste. Todo mundo se sente triste às vezes ou tem um dia em que as coisas parecem um pouco vazias ou "pra baixo". Contudo, a depressão tem o poder de mantê-lo (a) persistentemente triste por mais de duas semanas, além de deixar uma sensação de vazio. Algumas pessoas sentem uma combinação desses sentimentos. Outras podem predominantemente sentir apenas um deles.
- 2) Perda de interesse: quando você notar que perdeu o interesse ou a capacidade de sentir prazer por atividades que antes motivavam você, isso também pode ser um sintoma da depressão.
- 3) Diminuição da energia: esse sintoma se manifesta pela perda da capacidade de realizar suas atividades habituais e pela alteração do seu padrão de sono. Pare para refletir: Você costuma se sentir incapaz de sair da cama? Você geralmente se sente menos capaz de manter seus níveis de atividade habituais? Sentiu nas últimas semanas um sono irregular ou insônia? Ou sono em excesso?
- 4) Alterações de apetite ou peso: a perda de apetite e de peso, ou às vezes comer demais e ganhar peso, pode ser um sinal de que a depressão está interferindo nos hábitos alimentares saudáveis essenciais para a manutenção dos níveis de humor e do funcionamento geral.
- 5) Pouca concentração e dificuldade em tomar decisões.
- 6) Desesperança e pessimismo: a depressão prospera com essa atitude negativa, cada vez mais roubando sua esperança e deixando seu sentimento característico de "vazio".
- 7) Sentimentos de inutilidade ou culpa: a depressão prospera com oportunidades para promover autojulgamento excessivamente severo e sentimentos de inutilidade. Também pode levar as pessoas a se compararem negativamente com as outras.
- 8) Pensamentos suicidas: É natural que as pessoas pensem ocasionalmente na morte. No entanto, a negatividade excessiva causada pela depressão pode levar a uma insistência repetitiva de pensamentos que falsamente façam com que o suicídio pareça uma solução para os problemas. Se você notou que está pensando repetidamente em suicídio, isso deve ser levado a sério e tratado prontamente.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

7.2.2 Monitoramento e Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD)

O monitoramento e RPD é uma técnica que contribui para ajudar os participantes a identificarem os principais padrões de pensamentos, os erros cognitivos mais frequentes, além do contexto que desencadeou as reações fisiológicas, comportamentais e as mudanças de humor (WRIGHT et al. 2008). Essa é uma das principais atividades propostas na cartilha para que os

participantes aprendam como a depressão age e quais os principais sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais integram entre si.

7.2.3 Identificando Distorções Cognitivas

Todas as pessoas, em maior ou menor grau tendem a cometer erros cognitivos, que também são denominados de distorções cognitivas, principalmente quando experienciam ansiedade ou depressão. Os erros cognitivos são apresentados na cartilha e, em sequência, alguns possíveis pensamentos alinhados ao contexto juvenil e universitário foram elaborados a fim de exemplificar e psicoeducar os participantes. Por fim, uma tarefa é proposta: os participantes serão encorajados a identificar os seus principais erros cognitivos cometidos e anotar exemplos de seus próprios pensamentos. Exemplos de perguntas realizadas propostas por Leahy (2018) incluem: “Você distorce continuamente seu pensamento da mesma maneira?” “Veja a lista de distorções cognitivas. Você usa alguns desses tipos de distorções? Quais?” (p. 30).

7.2.4 Questionando Pensamentos Depressivos

Depois que o participante identificou e categorizou os vários pensamentos negativos e examinou como estão relacionados à depressão, o cenário está preparado para avaliar, testar e contestar esses pensamentos. As principais ferramentas trabalhadas envolvem recursos de questionamento, exame de evidências e análise de custos e benefícios no curto e longo prazo (KARYOTAKI et al., 2019; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2020; PINTADO, 2016).

7.2.5 Exame De Evidências E Questionamento Socrático

Na cartilha serão propostas questões com o intuito de examinar a validade do pensamento automático, explorar a possibilidade de outras interpretações ou pontos de vista, obter distanciamento do pensamento, reconhecer o impacto de acreditar no pensamento automático, avaliar a qualidade das evidências, além de avaliar o efeito e impacto dos pensamentos (BECK, 2013, p. 192-196). Também é ressaltado que aprender a avaliar

pensamentos automáticos é uma habilidade, que deve ser repetida gradualmente (SOUZA et al., 2020b). Os questionamentos que foram elaborados para a cartilha têm o intuito de auxiliar os participantes a “pensarem sobre o pensamento”, incentivando-os a olharem através de novas perspectivas a fim de contribuir para que eles aumentem a capacidade de pensar de forma criativa e mais flexível.

Quadro 15 - Questionamento de pensamentos depressivos

Tarefa de casa: Aprendendo a questionar pensamentos depressivos

Quantas vezes você já superou a tristeza se concentrando em pensamentos tristes?

Há algo que você esteja fazendo que lhe traz tristeza como consequência?

É possível que sua vida melhore sem a sua participação?

O que pode estar te impedindo de fazer mudanças?

Quantas vezes esses pensamentos ruins se transformaram em realidade?

Quantas vezes você achou que não voltaria a ficar feliz, e depois se viu dando a volta por cima?

É possível ser feliz mesmo tendo problemas na vida? Você conhece alguém que não tenha pelo menos um problema?

A felicidade vem e passa. A raiva vem e passa. A ansiedade vem e passa. Você consegue perceber que com a tristeza também é assim? Nenhum sentimento ou situação é para sempre.

Qual é a serventia? Crie a partir de hoje o hábito de questionar seus pensamentos. “Qual a serventia que esse pensamento me traz?” “O que de bom vou trazer para a minha vida se eu ficar pensando dessa forma”?

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

7.2.6 Ativação Comportamental

A ativação comportamental combina a programação de atividades e a programação de gratificações e é um dos primeiros objetivos quando se trata do transtorno depressivo. Essa é uma técnica muito utilizada em intervenções *online* baseadas na TCC (BARRABLE et al. 2018; HARRER et al., 2018; SALAMANCA-SANABRIA et al., 2019). A fim de contribuir para a

ativação do comportamental, uma tarefa de casa é proposta para que o participante que apresenta sintomas depressivos possa observar a mudança de humor ao longo de uma semana em que a técnica é aplicada. O participante poderá refletir quais os custos de manter-se inativo e quais os benefícios de cada uma das atividades feitas. Também aprenderá a avaliar se o humor variou com a atividade e avaliar se houve aumento de interação com outras pessoas (KNAPP, 2009). A ativação “auxilia os participantes a escolherem uma ou duas atividades que poderiam fazer diferença no modo como ele se sente e, e seguida, ajuda a trabalhar em um plano breve para realizar a atividade” (WRIGHT et al., 2008, p.101).

Ademais, “quando a fadiga e anedonia evoluem ao ponto de os pacientes se sentirem exaustos e acreditarem que podem obter pouco ou nenhum prazer, eles podem se beneficiar com a programação e atividades. Esse método comportamental possui o objetivo de auxiliar as pessoas a melhorarem o interesse pela vida” (WRIGHT et al., 2008, p. 103), contribuindo, dessa maneira, para ativar emoções prazerosas e melhorar o humor. Após uma semana do registro e execução desta atividade de casa, os participantes podem avaliar o impacto das atividades.

Quadro 16 - Planejamento de atividades

Tarefa de casa: Aprendendo com o meu registro de atividades semanal.

1. Meu humor mudou durante a semana? Em caso afirmativo, como? Que padrões consegui observar?
2. Minhas atividades afetaram meu humor? Em caso afirmativo, como?
3. O que eu estava fazendo quando me senti melhor? Essas atividades são de grande interesse para mim? Que outras atividades eu poderia realizar que também fariam eu me sentir melhor?
4. O que eu estava fazendo quando me senti pior? Essas atividades são de grande interesse para mim? Em caso afirmativo, existe alguma forma de realizá-las para me sentir melhor?
5. Houve certas horas do dia (p. ex., manhãs) ou da semana (p. ex., fins de semana) em que me senti pior?
6. Há alguma coisa que eu poderia fazer para me sentir melhor durante esses períodos?
7. Houve certas horas do dia ou da semana em que me senti melhor? Posso aprender alguma coisa útil com isso?
8. Olhando para minhas respostas a estas perguntas, que atividades posso planejar para a próxima semana a fim de aumentar as chances de me sentir melhor? E durante as semanas seguintes?

Fonte: Leahy et al. (2013).

7.2.7 Psicoeducação sobre a Desmotivação, a Indecisão e a Desesperança

Ressalte-se que textos psicoeducativos da obra de Leahy (2015) “Vença a depressão antes que ela vença você” também foram utilizados para abordar temáticas relacionadas à desmotivação, à indecisão, à desesperança e ao isolamento. Um dos mitos emocionais frequentes de pacientes que apresentam sintomas depressivos é acreditar que não conseguirão fazer nada a menos que se sintam motivados a fazer. Contudo, segundo Leahy, muitas vezes ocorre justamente o oposto. Nesse sentido, Knapp (2009) sugere algumas reflexões, tais como: “Se você estivesse motivado, que atividade prazerosa gostaria de fazer?”; “Se você soubesse que tal atividade poderia ajudar a melhorar seu humor e sua evolução, você faria essa atividade?”; “É possível que sua motivação ou desejo de fazer coisas possa vir depois de você começar a fazê-las?”; “Você estaria disposto a investir nessa atividade por alguns minutos, até que a vontade apareça?” (Knapp, 2009, p. 181).

A desesperança é uma das emoções mais comuns em pacientes deprimidos. Leahy (2015) propõe trabalhar essa emoção por meio de experimentos comportamentais, em que o paciente é convidado a duvidar da desesperança. Com questionamentos, como: “O que você faria de diferente se se sentisse mais esperançoso? E se decidisse, como um experimento, agir assim – da forma oposta à que a sua falta de esperança dita?” O intuito é fazer os participantes perceberem que para romper o ciclo da desmotivação e da desesperança eles precisarão agir, mesmo que sintam falta de esperança, ou seja, são incentivados a começarem a fazer pequenos esforços para se ajudar a melhorar (SOUZA et al., 2020b). Leahy psicoeduca pacientes de que mesmo que haja um desconforto ao iniciar uma atividade, este desconforto é temporário. Além destes questionamentos, uma tarefa de casa também é proposta neste módulo e é intitulada “um pequeno passo de cada vez” (SOUZA et al., 2020a) e consiste em pedir que o participante liste três atividades que ele (a) pode começar a praticar durante a semana, além de comprometer-se a realizá-la por pequenos períodos de tempo (5-10 min.). O participante irá observar se ao longo de uma semana o seu humor melhorou.

A indecisão também é um dos sintomas frequentemente observados no transtorno depressivo. Dessa forma, os participantes receberão um texto psicoeducativo que reflete que não existem decisões perfeitas. Decidir envolve assumir um certo grau de risco. Não existe uma decisão 100% certa, “ideal” ou “perfeita”, pois não existe certeza em um mundo incerto. Contudo, podemos deixá-lo menos incerto com nossas avaliações. As dúvidas fazem parte da

vida, mas é preciso escolher. Ademais, a cartilha também aborda que nenhuma decisão é definitiva, que o participante tem o direito de mudar de opinião. Por fim, também é destacado no material psicoeducativo que se omitir também é uma forma de escolha (LEAHY, 2015).

7.2.8 Combatendo o Isolamento

Uma das principais consequências da pandemia de COVID-19 foi a medida do isolamento social. As medidas de isolamento social foram adotadas no contexto da pandemia para o controle da disseminação do vírus (BEZERRA et al., 2020). Contudo, apesar de ser uma das medidas mais eficazes no combate à propagação da pandemia, o distanciamento pode ter influências sociais e psicológicas não só a curto, mas também a longo prazo (BEZERRA et al., 2020). Revisões de literatura apontaram que a privação social é um fator de risco para o agravamento da saúde mental (BEZERRA et al., 2020; PEREIRA et al., 2020). O isolamento traduziu-se por inúmeras restrições de contato, paralizações e fechamento de diversas instituições educacionais e laborais. Tudo isso impôs mudanças no cotidiano e na rotina da vida das pessoas em todo o mundo, o que restringiu a socialização e modificou o padrão de convivência (BEZERRA et al., 2020). Os principais estressores durante o isolamento social incluíram: o afastamento de familiares e amigos, a constante incerteza quanto a duração desta medida, o acúmulo de atividades de *homeschooling* e *homeworking*, o aumento de sentimentos de inconstância, incerteza e insegurança, a sensação de alerta constante, o aumento da veiculação de notícias falsas, o fechamento por tempo indeterminado de escolas, universidades, comércio, e demais instituições. Além disso, existe dados de que esses sintomas podem prolongar-se no tempo, mesmo após o fim da pandemia, importando traçar estratégias de prevenção ou remediação de danos (MAIA; DIAS, 2020). Por isso, uma das principais estratégias para reduzir o isolamento é o desenvolvimento e a manutenção de redes de apoio sociais.

Quadro 17 - Psicoeducação sobre a importância de manter relacionamentos interpessoais

Você notou se seu humor afetou seus relacionamentos interpessoais durante ou após a pandemia? A depressão pode fazer você se sentir menos disposto em estar presente com amigos e familiares. Você pode sentir-se mais propenso (a) a cancelar reuniões, não responder mensagens e telefonemas, recusar convites de amigos, faltar aulas, e até evitar sair de casa. Isso tudo acontece porque

A DEPRESSÃO PROSPERA NO ISOLAMENTO. Quanto mais isolado você estiver, mais os sintomas irão crescer e permanecerão por mais tempo. A ideia é não transformar esses sintomas em uma bola de neve, que vai ganhando um tamanho cada vez maior.

Mas você pode estar se perguntando: afinal, por que manter seus relacionamentos é tão importante para o meu humor?

E a resposta é simples. Porque somos seres sociais! E nossos relacionamentos nos fazem sentir conexão e pertencimento. Temos a oportunidade de nos sentirmos aceitos, compreendidos, e perceber que os outros se importam conosco. Temos ainda a oportunidade de compartilhar nossas experiências e relacionamentos, também nos permite ajudar outros e ver que outras pessoas também já passaram por situações e dificuldades semelhantes às que estamos vivendo.

Como você pode começar a quebrar o isolamento e sentir-se menos sozinho:

- Entre em contato com um velho amigo.
- Fique depois das aulas para almoçar ou conversar com seus colegas de classe.
- Aproxime-se e fale com alguém que parece sozinho (a).
- Convide alguém para tomar um café ou fazer um lanche na cantina.
- Diga “sim” a um convite ao qual você normalmente diria “não”.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

7.2.9 Desenvolvendo Uma Rede De Apoio

Esta seção discute a importância da construção e da manutenção de uma rede de apoio como estratégia de enfrentamento de adversidades. A palavra “apoio” representa pessoas, grupos, familiares, instituições e/ou profissionais que estão presentes na vida e nos quais alguém pode contar em momentos de adversidade e de dificuldade. São pessoas que transmitem confiança, pessoas capazes de fazer senti-los amparados, confortados e acolhidos (SOUZA et al., 2020b).

A rede de apoio se tornou uma estratégia de enfrentamento fundamental na pandemia. Esse suporte foi e ainda é fundamental pois traz uma sensação de segurança e proteção em momentos difíceis, além de ajudar na promoção de bem-estar, de qualidade de vida e de saúde, uma vez que cria conexões afetivas entre as pessoas. O isolamento que foi vivenciado fez refletir sobre a importância não só de se criar laços, mas ao mesmo tempo, evidenciou a

importância de sustentá-los, de mantê-los – mesmo que por meio de telefonemas, vídeo chamadas ou mensagens de texto. Ainda, fez refletir sobre a importância de reconstruí-los (nos casos de laços fragilizados, enfraquecidos ou rompidos).

Assim, a intervenção destaca que a rede de apoio é viva e é construída a todo tempo. É a partir da convivência e de trocas constantes que se pode construir ampliar, manter, fortalecer e consolidar as redes de apoio. Além disso, o jovem também pode ser parte da rede de apoio de alguém, podendo atuar como suporte para outras pessoas, sendo ativo nesse intercâmbio e capaz de poder escutar e apoiar seus familiares e amigos.

Quadro 18 - Rede de Apoio

Tarefa de casa: Refletindo sobre como anda a sua rede de apoio.

Quais são as pessoas mais importantes da sua vida?

Geralmente, como é o seu relacionamento com elas?

Como você gerenciou seus relacionamentos na pandemia e no pós-pandemia?

Para quem você pode pedir auxílio quando precisa de ajuda?

Em que lugar você pode ir? Qual (is) lugares você se sente acolhido e seguro?

Você faz parte da rede de apoio de alguém?

Você consegue pensar em algum relacionamento ou amizade que poderiam ser retomados?

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

7.2.10 Ideação e Prevenção do Suicídio

Ao trabalhar a questão da ideação suicida, é fundamental identificar alguns mitos sobre o suicídio, pois eles influenciam no comportamento e na atitude das pessoas. Os mitos mais comuns incluem, por exemplo: “O suicídio acontece sem aviso”; “Existe o risco de que perguntar a alguém sobre suicídio faça com que comece a pensar sobre isso”; “Existe o risco de piorar a situação se eu tentar ajudar alguém que está pensando em suicídio”; “A maioria dos suicídios ocorre sem qualquer sinal”; “As pessoas que fazem ameaças suicidas raramente se matam”; “Uma vez que uma pessoa tenha se decidido sobre o suicídio, ninguém pode impedi-

la”; “Se alguém quiser se matar, é problema dele e não devemos interferir”. Tais percepções acerca do suicídio podem reduzir a probabilidade de membros da comunidade oferecer algum tipo de suporte pois os mitos revelam medo de agravar a situação. Enfraquecer as crenças sobre os mitos relacionados ao suicídio é fundamental para reduzir a ansiedade e o desconforto ao falar sobre o tema. Ademais, as pessoas que apresentam essas crenças são menos propensas a oferecer qualquer tipo de ajuda (KING et al., 2015). A educação para a prevenção do suicídio visa frequentemente reduzir crenças em mitos de prevenção do suicídio, além de oferecer uma psicoeducação sobre os sinais de alerta e comportamentos de risco, e também sobre as estratégias e habilidades de comunicação, contribuindo para a criação de um espaço de diálogo e escuta ativa (KING et al., 2015).

Quadro 19 - Mitos sobre o suicídio

Mitos	Explicação
<i>“Quem ameaça se matar só quer chamar atenção”.</i>	Errado. A maioria das pessoas dão sinais, mudam seu comportamento e procuram alguém para falar a respeito. Leve-as a sério!
<i>“Falar de suicídio incentiva a pessoa a tirar a própria vida”.</i>	Errado. Conversar abertamente, na verdade, pode ajudar a prevenir o suicídio, porque alivia a angústia e o desespero. Além disso, a pessoa pode se sentir acolhida e saber que não está sozinha, que tem alguém para contar em momentos difíceis.
<i>“Alguém com propensão ao suicídio está determinado a morrer”.</i>	A pessoa na verdade apresenta uma ambivalência (dúvida) entre querer viver e querer morrer.
<i>“Somente quem apresenta um transtorno mental comete suicídio”.</i>	Qualquer pessoa que esteja passando por um sofrimento intenso, insuportável ou que não vê saída para resolução de um problema sério poderá chegar ao ato, independentemente da existência de um transtorno.
<i>“Suicídio é um ato de covardia ou falta de fé”</i>	Suicídio é um ato de desespero, de uma pessoa que não percebe mais alternativas ou recursos para lidar com a dor e com os problemas.
<i>“O risco de suicídio é para o resto da vida”.</i>	Oferecendo o tratamento profissional, fortalecendo recursos pessoais e ampliando a sua rede de apoio social, uma pessoa é capaz de desenvolver estratégias e obter a ajuda necessária para resolução da crise.
<i>“Se a pessoa que pensava em se suicidar em um momento seguinte relata que se sente</i>	Isso não significa que o problema passou.

<i>melhor, significa que o risco de suicídio já passou”.</i>	
<i>“Quem sobrevive está fora de perigo”.</i>	Quando uma pessoa está em tratamento, inclusive medicamentoso, é necessário atenção, pois ainda há o risco de suicídio.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Destarte, há uma seção dedicada à educação para a prevenção do suicídio que visa reduzir crenças e mitos acerca do suicídio, além de oferecer uma psicoeducação sobre os sinais de alerta e comportamentos de risco, bem como estratégias e habilidades de como se comunicar e oferecer ou pedir ajuda. Essa seção é baseada nos estudos de Bridges et al., (2018), Fernandes et al. (2019) e King et al. (2015). As principais estratégias para busca de apoio trabalhadas ao longo da intervenção foram: buscar informações, encorajar a falar com a família, encorajar a falar com um amigo, consultar um profissional de saúde mental, buscar um grupo de apoio e serviços de apoio acadêmico, começar uma psicoterapia/aconselhamento ou medicação psiquiátrica.

Quadro 20 - Como identificar sinais de ideação e oferecer ajuda

Se você suspeita que alguém próximo a você está apresentando ideação suicida, o primeiro passo é identificar se estão presentes alguns dos seguintes sinais:

Isolamento

A pessoa não responde aos seus telefonemas ou mensagens

Há falta de perspectiva no futuro

Há crises de choro sem motivo aparente

Baixa auto-estima

Você percebe sintomas como desmotivação, desinteresse, diminuição/ ausência no autocuidado

Redução da participação em atividades sociais

Abandono de projetos e atividades que eram significativos para a pessoa

Diminuição da participação de atividades que gostava e costumava fazer

Ficam mais tempo em casa, “fechadas” no quarto

Doam seus pertences

Expressam de ideias como: “Vou sumir”, “vou embora”, “vou deixar vocês em paz”, “eu queria poder dormir e nunca mais acordar”. A expressão pode se dar tanto de forma verbal, como não verbal.

Aumento no consumo de álcool, drogas ou medicamentos sem prescrição.

Se você identificou alguns destes sinais, o próximo passo é oferecer apoio. Encontre um momento apropriado e um ambiente calmo e tranquilo para introduzir o assunto.

1. **Acolha:** uma conduta adequada envolve empatia. Respeite o tempo, o silêncio e o ritmo da conversa. Escute atentamente e encoraje a pessoa a se expressar.

2. **Faça perguntas abertas, valide as emoções que a pessoa está sentindo.**

3. **Não julgue nem atribua culpa.**

4. **Combata possíveis preconceitos e estigmas.**

5. **Ofereça alternativas para o suicídio.**

6. **Auxilie a elaborar um plano para buscar ajuda.**

7. **Reduza o risco de suicídio:** certifique-se que a pessoa não terá acesso fácil a medicamentos, instrumentos cortantes, armas ou qualquer outro objeto que poderiam ser um risco.

8. **Incentive a pessoa a buscar apoio profissional,** como um médico, psiquiatra ou psicólogo. **Ofereça-se para ir junto com ela a uma consulta.**

9. Monitoramento: **estabeleça um contato semanal para saber como a pessoa está.**

10. Se o risco de suicídio é grande, **oriente a pessoa a não ficar sozinha.**

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

8 MÓDULO 05: REGULAÇÃO EMOCIONAL

Segundo GOLEMAN (1999), a inteligência emocional é composta por quatro pilares: o autoconhecimento, a gestão das emoções, a empatia e as habilidades sociais. O autoconhecimento consiste na compreensão sobre o próprio funcionamento emocional, para depois conseguir aprender a gerenciá-lo. A gestão das emoções consiste em aprender estratégias mais efetivas para lidar com as reações que as emoções geram. A empatia é uma competência que auxilia a compreender como os outros se sentem e também auxilia a conectar-se com a necessidade das outras pessoas, além de desenvolver relacionamentos mais profundos e

significativos. Por fim, as habilidades sociais são as competências que as pessoas possuem para se comunicar e interagir com as outras. Todos esses pilares serão incluídos na cartilha do quinto módulo.

O objetivo da primeira seção é conscientizar os leitores sobre o papel das emoções, também com enfoque na educação em saúde. Benicio e Machado (2018) indicam que esta é uma possibilidade que pode influenciar positivamente na saúde mental dos jovens universitários, além de atuar como fator para minimizar as vulnerabilidades socioemocionais. Atividades propostas pela cartilha incluem: identificar emoções e suas funções, aceitá-las (a fim de promover o autoconhecimento), além de reflexões sobre manejá-las efetivamente e de reconhecer as emoções nos outros (a fim de exercer a empatia, ser capaz de gerenciar conflitos e enriquecer relacionamentos interpessoais). Essas ações, segundo a literatura, são capazes de desenvolver fatores de proteção, além de contribuir para o bem-estar pessoal e melhorar a qualidade dos relacionamentos interpessoais (SOUZA et al. 2018, 2019).

8.1 O MODELO DOS ESQUEMAS EMOCIONAIS

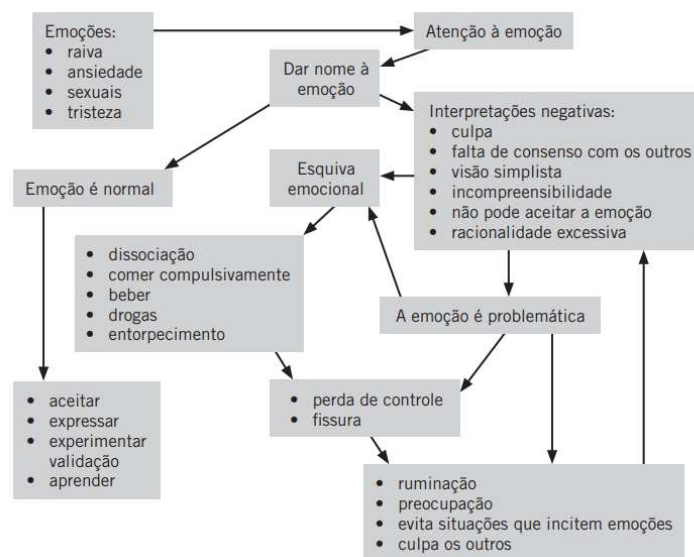
Este modelo determina que os esquemas (composto por crenças e estratégias) acerca das emoções determinam o impacto de uma emoção sobre seu aumento ou manutenção. Assim, cada indivíduo difere quanto às estratégias que acreditam ser “necessárias para lidar” com as emoções, sendo que alguns aceitam e validam a experiência emocional, enquanto outros suprimem, fogem ou buscam anestesiá-las. Este modelo, ainda acrescenta que os seres humanos têm esquemas em relação a suas próprias emoções, mas também possuem estratégias para compreender e reagir as emoções de outras pessoas.

A regulação emocional é definida como qualquer estratégia que o indivíduo usa para lidar com a experiência emocional. Essa regulação pode refletir estilos normalizadores ou patológicos. Quando emoções são aceitas, expressadas, validadas e consideradas normais isso ajuda a manter a crença na tolerabilidade da experiência emocional. Por outro lado, uma desregulação emocional é definida como sendo uma dificuldade ou inabilidade de lidar com as experiências ou de processar as emoções, por exemplo: acreditar que as emoções não fazem sentido, que são intoleráveis ou percebê-las como fora de controle. Essas crenças acionam estratégias que visam a suprimir, ignorar ou eliminar as emoções – o que pode se tornar

patológico a longo prazo e inclusive aumentar comportamentos como o uso e abuso de substâncias, autolesões, alimentação compulsiva, entre outros (LEAHY, 2013).

Portanto, os objetivos deste modelo incluem: auxiliar os pacientes a identificar as emoções, normalizar a experiência emocional, identificar as funções e necessidades relacionadas às emoções e identificar crenças e estratégias mal adaptativas ou problemáticas. Assim, busca-se encontrar sentido na emoção, colocando-a em contexto. O propósito não é eliminar ou suprimir a vivência emocional, mas sim desenvolver formas construtivas de lidar com a experiência emocional.

Figura 4 - O modelo de esquema emocional



Fonte: Leahy et al. (2013).

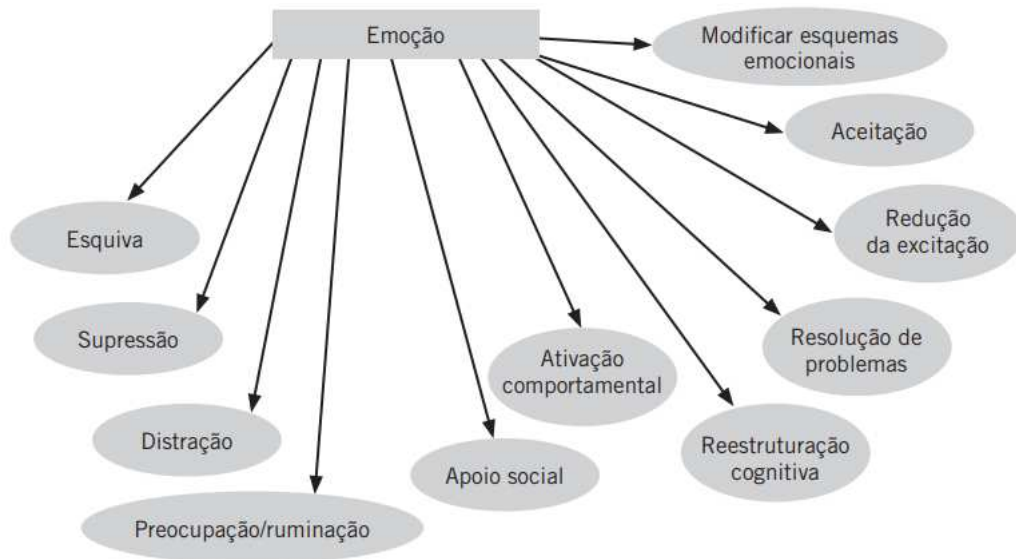
8.2 TÉCNICAS UTILIZADAS

8.2.1 Psicoeducação Sobre o Papel das Emoções

As emoções são universais e possuem diferentes funções, como: revelar necessidades, alertar-nos de perigos, ajudar a avaliar as alternativas, auxiliar na tomada de decisão, contribuir para resolução de problemas, oferecer motivações para ativar comportamentos, contribuir para nos comunicarmos. Em suma: nos ajudam a conectar com os outros (CAMINHA; GUSMÃO, 2022; KOTSOU, 2014; LEAHY et al., 2013). Há formas adaptativas e desadaptativas de se

lidar com emoções. As principais formas desadaptativas envolvem suprimir, ignorar, neutralizar ou eliminar as emoções. O uso de álcool e outras drogas também é um recurso desadaptativo muito utilizado. Já as estratégias efetivas envolvem: ser capaz de aceitar, expressar, validar e assumir posturas de não julgamento, por exemplo.

Figura 5 - Estratégias de regulação emocional



Fonte: Leahy (2013).

Folkman e Lazarus (1988) identificaram oito estratégias para lidar com as emoções: confrontação, distanciamento, autocontrole, busca de apoio social, aceitação de responsabilidade, fuga-esquiva, resolução planejada dos problemas e reavaliação positiva. Além disso, afirmam que lidar com experiências faz parte da regulação emocional. Se o indivíduo lida melhor – por meio da resolução de problemas, sendo assertivo, adotando ativação comportamental para buscar experiências mais gratificantes ou reavaliando a situação – as emoções têm menor probabilidade de se exacerbarem. Portanto, o intuito é auxiliar os participantes a processar, lidar e gerenciar de forma mais adaptativa as emoções por meio de novas estratégias, mais flexíveis e adaptativas (LEAHY et al., 2013).

8.2.2 Abrir Mão De Mitos Emocionais E De Uma Postura De Julgamento

Mitos emocionais são crenças equivocadas acerca das emoções. Os mitos contribuem para a esquiva, para uma avaliação cognitiva negativa e para o uso de estratégias de regulação mal adaptativas. Mitos e julgamentos incluem acreditar que as emoções são inaceitáveis, desagradáveis, intoleráveis. Como, por exemplo: “emoções devem ser suprimidas, evitadas”, “demostrar emoções é um sinal de fraqueza”; “eu não devo expressar como eu me sinto para não magoar as pessoas”. Resumindo, contribuem para construir uma série de conceitos, avaliações, tendências de ação e de manejo para lidar com as emoções que não são funcionais. Ao trabalhar no módulo a adoção de uma postura de não julgamento, esta técnica contribuirá para aceitação e disposição em vivenciá-las (LEAHY et al., 2013, p. 88-89).

O primeiro passo nesta seção é o exercício de tornar-se consciente dos próprios julgamentos, por meio de registro de um pequeno formulário. Os participantes também são psicoeducados que ao avaliar negativamente isso pode produzir emoções secundárias. Ademais, os participantes são educados de que não julgar emoções não significa que eles devem percebê-las como positivas ou negativas, mas sim apenas reconhecer que elas existem. Segundo Leahy (2013), quando as pessoas se tornam conscientes dos seus julgamentos em relação às emoções, as emoções tendem a seguir o seu curso natural, ou seja, sua duração e intensidade não se prolongam em excesso. O participante, assim, poderá criar a habilidade de se permitir sentir medo, raiva, ou tristeza, por exemplo, sem se criticar por isso.

8.2.3 Identificação Da Origem Dos Mitos Emocionais

Este exercício consiste em educar os participantes de que eles podem apresentar algumas crenças em relação às emoções que estejam contribuindo para sua dificuldade em lidar com elas. O exercício consiste em dar nome a uma emoção e relacioná-la a um evento que a provocou e aos estímulos desencadeadores do ambiente. Segundo Leahy et al. (2013, p. 92) “antes de desafiar as crenças a respeito das emoções, é útil que os pacientes compreendam os contextos nos quais elas foram aprendidas e reforçadas”. Para Leahy, o ambiente tem um papel importante no desenvolvimento da desregulação emocional. Um ambiente que ignora de modo persistente pode ensinar aos pacientes que emoções não são importantes. Da mesma forma, se o ambiente pune rigidamente, pode-se desenvolver a crença de que as emoções são

inadmissíveis ou inaceitáveis (p. 92). Ressaltando suas origens no desenvolvimento e manutenção, a cartilha enfatiza que esses mitos são crenças e não fatos da realidade.

8.2.4 Aceitação das Emoções

Em vez de tentar suprimir a emoção ou se criticar por tê-la, os participantes são psicoeducados a aceitar o fato de que emoções ocorrem naturalmente. Aceitar é o primeiro passo no enfrentamento efetivo da realidade. Consiste em simplesmente aceitar a emoção pelo que ela é e tolerar essa existência. Ademais, aceitar auxilia no manejo, em vez de ruminar, criticar ou reclamar – que geralmente ampliam sua existência e o desconforto, pois são estratégias de supressão que intensificam a luta interna que aumenta a desregulação (LEAHY, 2018, p. 423). “A aceitação da emoção não implica acreditar que ela seja uma experiência boa ou ruim, mas simplesmente reconhece que é uma experiência sendo vivenciada naquele momento” (LEAHY et al., 2013, p.55).

Quadro 21 - Gestão emocional

Tarefa de casa: como acolher e experimentar as emoções de uma forma diferente?

Experimentando a emoção como uma onda!

- Experimente a emoção como uma onda do mar
- Tome distância dela, perceba-a de longe
- Permita que a emoção se forme e aumente, sabendo que ela decairá
- Não tente lutar contra ela
- Não a bloqueie
- Não tente se agarrar a ela
- Apenas relaxe
- Observe que o pico é atingido em alguns instantes e após o pico ela começa a decair
- Observe que a força e a intensidade da emoção aos poucos começa a se esvaír, como uma onda que se quebra no fim da praia.

Fonte: Leahy et al. (2013), com adaptações.

Ao realizar este exercício o participante aprenderá habilidades, como (1) A se permitir sentir; (2) A normalizar as emoções e evitar julgá-las, pois quando há julgamento pode-se inclusive gerar emoções secundárias ou adicionais. Ao contrário, quando não há uma postura de julgamento, a emoção tende a seguir o seu curso normal; (3) Melhorar o processamento das emoções: reduzindo a sensação de vergonha ou culpa por sentir de uma determinada forma; (4) Ao parar de lutar e fugir a intensidade das emoções irá aos poucos diminuir (ao negar sentir determinada emoção, mais tempo ela estará presente naquela situação e por mais tempo ela persistirá); (5) Adquirir uma percepção de que as emoções são temporárias: contribuindo para que os participantes passem a ser menos intolerantes a elas. Logo o participante aprenderá que é possível lidar com uma emoção – mesmo que esta traga algum desconforto – e também aprenderá que é possível reduzir gradualmente a sua intensidade.

8.2.5 Validação e Expressão Emocional

“A expressão e validação são úteis na medida em que normalizam, universalizam melhoram a compreensão, diferenciam várias emoções, reduzem a culpa e a vergonha e ajudam a aumentar a crença na tolerabilidade da experiência” (LEAHY et al., 2013, p. 41). Há diferentes técnicas que contribuem para o aumento da habilidade de aceitação, tais como: a autovalidação e o treinamento da mente compassiva.

Autovalidação: algumas pessoas invalidam a si mesmas. Segundo Leahy et al. (2013), isso pode gerar sentimento de culpa ou vergonha a respeito das próprias emoções. Exemplos de invalidação trabalhadas no módulo incluem: a noção de que as emoções não fazem sentido, negar falar sobre as próprias emoções, percebê-las como um sinal de fraqueza, não querer demonstrá-las, minimizá-las, negá-las ou acreditar que elas não têm importância. Conforme Leahy et al. (2013), a autovalidação consiste em desenvolver nas pessoas a percepção de que elas podem dar o apoio emocional e promover o cuidado consigo mesmas. Esse comportamento pode trazer um suporte, ao se tratar com gentileza, como se fosse um amigo compassivo de si mesmo (p. 83).

Treinamento da mente compassiva: a compaixão envolve tolerância ao sofrimento, empatia em relação a si mesmo e sensibilidade em relação ao próprio sofrimento. Consiste em um comportamento cordial, de oferecimento de tranquilização a si próprio, de tratar-se com

gentileza e paciência diante de situações adversas e difíceis de serem experienciadas (LEAHY et al., 2013, p. 152-154).

Como ajudar os outros a ajudá-lo: essa técnica consiste em refletir com o participante que nem sempre as pessoas que fazem parte da rede de apoio sabem como validá-lo. Assim, é possível que os participantes não reconheçam que os outros podem precisar de alguma orientação de como se conectar, de como podem oferecer ajuda e validá-los. Isso é importante, pois quando o apoio oferecido não é útil à necessidade apresentada pela emoção, as pessoas podem experimentar desconforto e uma sensação de terem sido mal compreendidos. Ao ajudar outras pessoas a ajudá-los, os participantes têm condições de identificar quais comportamentos podem ser úteis para ter suas necessidades atendidas (KOTSOU, 2014; LEAHY et al., 2013; LEAHY, 2015).

8.2.6 Ensinando a Função Das Emoções

Essa técnica ajuda a combater o julgamento de que as emoções são inúteis. Instruir os participantes a respeito das funções das emoções pode aumentar a sua disposição a experimentá-las. Uma emoção é autovalidante quando comunica uma informação ou propósito para o indivíduo (CAMINHA; GUSMÃO, 2022). Geralmente, por trás de uma emoção encontra-se uma necessidade não satisfeita (KOTSOU, 2014). Alguns exemplos de necessidades humanas incluem: sentir segurança, sentir-se amado, possuir relacionamentos satisfatórios e significativos, ser reconhecido, encontrar um sentido para a vida, possuir autonomia e liberdade, descansar, entre outros. Assim, os participantes terão uma tarefa de identificar uma emoção, a função e propósito daquela emoção no contexto em que surgiu (ou seja, sua necessidade), além de propor maneiras de como essa necessidade pode ser atendida e satisfeita (KOTSOU, 2014).

8.2.7 Desenvolver Pensamentos Emocionalmente Inteligentes

Quando as pessoas apresentam pensamentos e emoções desafiadoras, tendem a agir como se eles fossem reais. A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), integrante da terceira onda das Terapias Cognitivas, dá a esse evento o nome de “fusão cognitiva”.

Resumidamente, a fusão cognitiva ocorre quando as pessoas acreditam que o que pensam e sentem reflete a realidade (CAZASSA et al., 2020).

Nesta seção, os participantes serão psicoeducados a não acreditarem em tudo o que sentem. O exercício proposto será passar a semana observando o que pensam e sentem, apenas como eventos mentais. Nada além disso. E eventos mentais não são necessariamente fatos. Dessarte, serão psicoeducados que ter pensamentos emocionalmente inteligentes significa adotar uma postura de observação diante da experiência: experimentando a realidade não da forma como eles temem, acreditam ou insistam que ela seja, mas apenas como ela é, naquele instante (LEAHY et al., 2013).

8.2.8 Lidar Melhor Com Relacionamentos Interpessoais

Nessa última seção do módulo, iremos apresentar formas de melhorar relacionamentos interpessoais por meio da empatia, por meio da resolução de conflitos interpessoais e por meio do manejo da raiva. A empatia é um dos ingredientes que compõem a inteligência emocional. Empatia não é somente a capacidade de se colocar no lugar do outro, mas envolve também afastar-se momentaneamente das próprias percepções e perspectivas, para tentar compreender como o outro percebe e vê o mundo a partir da ótica dele. A empatia tem, por isso, o foco nas pessoas, não em si mesmo ou nas situações (ROSEMBERG, 2021). Ainda, segundo Rosenberg, a empatia requer concentrar a atenção na mensagem da outra pessoa e em oferecer um espaço para que as pessoas possam se expressar e se sentirem compreendidas.

Quadro 22 - Empatia nos Relacionamentos Interpessoais

Como ser empático nos seus relacionamentos?

- Esteja à disposição
- Escute ativamente
- Faça perguntas abertas
- Demonstre afeto
- Ofereça a sua companhia
- Pergunte como você poderia ajudar

Alguns obstáculos que podem surgir ao tentarmos ser empáticos:

Tentar aconselhar, educar, ou mostrar ao outro como ele deve agir:

Somos seres humanos, e é natural tentar buscar formas de resolver um problema quando vemos alguém sofrendo. Contudo, impor uma solução não ajuda, pois ela pode fazer sentido no seu contexto e baseado na sua história de vida, que não é o mesmo da outra pessoa.

Adotar uma postura de competição:

Com frequência podemos ter a percepção de que o problema do outro é menor que o nosso. Se comportando dessa forma você estará desqualificando o sofrimento do outro. Portanto, evite fazer julgamentos. Busque conhecer a realidade daquela pessoa e respeitar a maneira dele (a) de enxergar o mundo.

Não dar a oportunidade de a pessoa falar:

Dizer, por exemplo: “Bora pra frente”, “Isso não é grave assim”, “Vamos mudar de assunto?” são contraproducentes e vão mais afastar que aproximar a pessoa que você está tentando ajudar.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

A psicoeducação sobre a raiva envolve apresentar aos participantes as principais funções desta emoção. Ela pode se manifestar quando é necessário proteger ou defender algo ou alguém, ou ainda quando se percebe que um direito ou um valor importante está sendo violado, quando uma injustiça está sendo cometida ou quando há uma necessidade que está sendo negligenciada. Portanto, o intuito é quebrar um mito emocional muito comum que se traduz por “não ser permitido sentir ou expressar raiva”. Como dito anteriormente, há sim situações em que é legítimo, importante e até necessário sentir essa emoção (CAMINHA; GUSMÃO, 2022).

Técnicas utilizadas para um manejo efetivo incluem: recuar e fazer uma pausa mental para observar e considerar as consequências e as alternativas, bem como reconhecer os desencadeantes que evocam respostas de raiva (LEAHY, 2018, p. 498). O participante é psicoeducado também a passar a ter consciência de suas reações quando sente raiva. Assim, aprenderá a ter uma atitude de reflexão sobre a intensidade e as possíveis consequências quando a expressão da raiva é desproporcional.

Quadro 23 - Gestão da raiva

Precisamos ser capazes de expressar a raiva de forma construtiva.

Reconhecer e aceitar sua raiva é um primeiro passo importante.

Ao ampliar seu autoconhecimento, você pode fazer escolhas mais úteis sobre como canalizar e gerenciar sua raiva, quando ela surgir.

- 1) Faça uma lista das coisas que o deixam com raiva.
- 2) Volte na lista e classifique-a em ordem de importância, com o menos importante/irritante como número 1.
- 3) Identifique os sinais de quando sua raiva começa a surgir.
- 4) Identifique se algo está a seu alcance de ser feito ou se a situação não depende de você (ou seja, não há controle)
- 5) A sua reação não precisa ter a mesma intensidade e duração para todas as situações!

E nem sempre valerá a pena entrar em um conflito.

Passe a refletir sobre isso a partir de agora:

- *O quão importante isso é?*
- *Isso foi algo pontual ou tem chances de se repetir no futuro?*
- *Vale a pena você entrar nesse conflito?*
- *Há outras formas de ver essa situação, sem ser como uma ameaça?*
- *Quais as consequências de se comportar de forma agressiva?*
- *Esse conflito é realmente seu? Se não é seu, vale a pena você entrar nessa “guerra”?*

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

9 MÓDULO 06: TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS

Existem diversas definições sobre o conceito de habilidades sociais. No geral, a habilidade social deve ser considerada dentro de um contexto, e deve ser observada sua eficácia em função de uma situação. Logo, definições sobre esse constructo incluem: “um conjunto de

comportamentos sociais dirigidos a um objetivo, inter-relacionados, que podem ser aprendidos e estão sob o controle do indivíduo” e “um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação” (CABALLO, 2006, p.18).

Ademais, a habilidade social é uma característica do comportamento, não das pessoas. É uma característica específica à pessoa e à situação, por isso não é universal. Inclui uma série de dimensões, a saber: aceitar e fazer elogios, expressar amor, agrado e afeto, fazer pedidos, defender os próprios direitos, dizer “não”, recusar pedidos, expressar opiniões pessoais (inclusive desacordo), pedir mudança de conduta para outras pessoas, desculpar-se, enfrentar críticas, entre outros (CABALLO, 2006, p. 19-20).

Há estudos que demonstram que as habilidades sociais podem ser um fator de proteção para a saúde mental de jovens universitários (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2016; MENDO LÁZARO et al., 2016). O treino de habilidades sociais, do ponto de vista acadêmico, pode contribuir para melhorar o desempenho acadêmico, diminuir índices de evasão (FERREIRA et al., 2014) e, ainda, melhorar a competência dos universitários em situações sociais que exijam iniciar e manter conversações, fazer amizades, expressar opiniões e defender direitos, podendo reduzir a ocorrência de problemas de comportamento (RAMOS et al., 2018). Ademais, essas habilidades são fundamentais principalmente em um contexto no qual jovens saem de casa e precisam construir novos laços afetivos e sociais de apoio, assumindo assim um papel fundamental na criação, manutenção e aprofundamento das relações interpessoais (VIZZOTTO et al., 2017).

Destarte, os objetivos do módulo incluem: refletir sobre formas de fazer amigos, ampliar a rede e manter relacionamentos positivos; aprender sobre os estilos de comunicação; aprender a expressar a opinião e a fazer pedidos por meio da assertividade; refletir porque é tão difícil dizer “não” e aprender formas de “dizer não” sem prejudicar seus relacionamentos; aprender a lidar com críticas; refletir sobre adversidades e conflitos interpessoais no contexto acadêmico e aprender formas de resolução de problemas.

9.1 ESTILOS DE COMUNICAÇÃO

Aprender sobre a forma de comunicação é importante porque a forma como os seres humanos se expressam impacta positivamente ou negativamente seus relacionamentos – e podem influenciar as atitudes e respostas de quem está em volta. É importante salientar, contudo, que não existe uma forma única de se expressar. Todos utilizam um pouco de cada estilo, a depender da situação e da finalidade da comunicação. Porém, por mais que não exista uma “única forma ideal”, um desses estilos tende a predominar nos relacionamentos (CABALLO, 2006, 2014).

O material da psicoeducação é apresentado conforme o quadro abaixo e são discutidos os estilos de comunicação passivo, agressivo, passivo-agressivo e assertivo, com suas características principais, exemplos de falas e de comportamento não-verbal e possíveis consequências, no médio e no longo prazo, para os relacionamentos interpessoais ao adotar cada estilo (CABALLO, 2006).

Quadro 24 - Estilos de comunicação

Passivo	Assertivo	Agressivo	Passivo-Agressivo
São as pessoas que não defendem seus interesses, quando se sentem ofendidas ou prejudicadas por alguém. Não demonstram estar magoadas ou com raiva.	Conseguem avaliar se tem mesmo razão em uma discussão e sabem expor seu ponto de vista. Quem consegue ser assertivo acumula menos emoções negativas , evitando ser protagonista de um ataque desproporcional de raiva mais tarde.	São aqueles que têm ataques de fúria , muitas vezes desproporcionais ao motivo que causou a explosão. Podem deixar os ambientes em que se encontram tensos com seus surtos.	São as pessoas que em primeiro momento não se manifestam, não expressando suas opiniões. Entretanto, quando vão se posicionar, geralmente apresentam um comportamento dissimulado , usando de ironia e sarcasmo para revidar provocações.
Comunicação Não Verbal	Comunicação Não Verbal	Comunicação Não Verbal	Comunicação Não Verbal
• Olhos fixos para baixo, • Voz baixa, tom de voz vacilante • Encolhimento dos ombros	• Contato visual direto • Nível de voz é natural/ fala fluente • Postura ereta	• Voz alta • Postura que intimida • Gestos de ameaça / impaciência	• Ironia / Comentários sarcásticos • Mensagens com duplo sentido • Papel de vítima
Comunicação Verbal	Comunicação Verbal	Comunicação Verbal	Comunicação Verbal
“Talvez”, “Me pergunto se poderíamos”, “Se importaria muito”, “Realmente não é importante”, “Não se incomode”	“Eu penso ...”, “Eu sinto ...”, “Eu quero ...”, “Façamos”, “Como podemos resolver isso?”, “O que você pensa?”, “O que você acha?”	“Faz”, “Você deve estar brincando”, “Se você não fizer....”, “Você não sabe”, “Não acredito que você ...”, “Não é possível que...”	“Está tudo bem”. Contudo há uma contradição entre o que a pessoa sente e o que a pessoa expressa.
Efeitos	Efeitos	Efeitos	Efeitos
• Conflitos interpessoais • Desamparo • Perder oportunidades	• Resolve os problemas • Sente-se à vontade com os demais • Gosta de si mesmo	• Conflitos interpessoais • Culpa / Solidão • Prejudica os demais	• Dificuldade em aceitar, lidar e expressar emoções, como a raiva. • Baixa tolerância à frustração • Ressentimento (mágoas)

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Caballo (2006).

9.2 TREINO DE ASSERTIVIDADE

Assertividade é a habilidade de expor e defender um posicionamento, uma opinião ou um pedido de forma objetiva, clara, tranquila, simples, respeitosa, sem rodeios e sem gerar conflitos (CABALLO, 2006). Há muitas situações em que universitários precisam ser assertivos: para expressar sua opinião, pedir ajuda, expressar desacordos e desgostos. Assertividade também envolve expressar seus desejos de uma maneira que atenda às suas necessidades enquanto ainda considera as necessidades e opiniões da outra pessoa (KOTSOU, 2014).

A assertividade é particularmente útil quando jovens universitários passam por desentendimentos e conflitos interpessoais. A habilidade de se relacionar envolve reconhecer direitos e necessidades, sem desconsiderar os da outra pessoa – encontrando um meio-termo para satisfazê-las, sem abrir mão dos relacionamentos (CABALLO, 2006; KOTSOU, 2014; ROSEMBERG, 2021).

Quadro 25 - Técnica da resolução de problemas por meio da assertividade

Da próxima vez que estiver em um conflito, em vez de elevar a voz, ser agressivo ou buscar “deixar para lá”, evitando a situação, você pode não só reconhecer e identificar suas emoções e necessidades, mas também reconhecer e identificar as emoções e necessidades do outro, e assim, buscar um diálogo e uma negociação que possa satisfazer a ambos. O que acha da ideia?

Primeiro passo: descreva objetivamente a situação. Aqui, não critique a pessoa, mas descreva o comportamento que gerou o conflito. Seja específico. Ah, e não demore, não espere um mês, um ano, para dizer de algo que prejudicou o relacionamento, combinado?

Segundo passo: descreva o que você sente e sua necessidade, fale sem acusar o outro. Exemplo: “Ontem, quando você chegou do trabalho e não quis conversar comigo, eu me senti triste e frustrado...”

Na terceira etapa sugira uma maneira do outro se comportar no futuro, esteja aberto o ouvi-lo (a) também e negociar e explorar maneiras em que ambos possam responder às necessidades um do outro. “Eu espero que da próxima vez que pedir ajuda, você possa se mostrar disponível, você possa demonstrar que realmente quer me ouvir, significaria muito eu saber que posso contar com você.”

Você aprendeu que ao expressar suas emoções e necessidades de forma sincera e autêntica permite desenvolver relações mais saudáveis e mais harmoniosas. Contudo, não se trata apenas de SATISFAZER SUAS NECESSIDADES, mas de desenvolver uma escuta EMPÁTICA, e COMPREENDER as NECESSIDADES DO OUTRO.

Fonte: elaborado pela autora, adaptado de Caballo (2006), Kotsou (2014) e Rosemberg (2021).

9.3 DIZER NÃO

Uma das características da assertividade é a capacidade de autoafirmação: ou seja, expressar ou manter uma opinião, ainda que seja contrária à opinião de outras pessoas, por isso envolve a habilidade de dizer “não” (CABALLO, 2006). Formas de dizer “não” incluem recusar pedidos de forma adequada e implica que o participante seja capaz de dizer “não” quando queira fazê-lo e que não se sinta mal por fazê-lo. Os participantes são psicoeducados de o porquê as pessoas terem dificuldades em dizerem “não”, quais são os benefícios de dizer “não” e também são orientados sobre algumas maneiras simples de se expressarem (STAPPEN, 2014).

Também envolve a habilidade de expressar incômodo e desagrado. Por isso os participantes são ensinados de que expressar desagrados é um direito. Contudo, essa expressão deve se dar de uma maneira socialmente adequada. Caballo (2006, p.261) orienta a fazer as seguintes considerações ao ter a intenção de expressar incômodos e desagrados: primeiramente, deve-se determinar se vale a pena criticar determinado comportamento. Na maioria dos casos, é conveniente expressar o incômodo no momento em que ele ocorre, e ser o mais breve possível. Caballo também salienta que se deve evitar fazer acusações, dirigindo a crítica ao comportamento, e não à pessoa. Ademais, um componente da expressão de desagrado pode ser pedir uma mudança de comportamento específico e a pessoa deve estar disposta a escutar o ponto de vista do outro (ROSEMBERG, 2021).

Para expressar desagrado duas técnicas são propostas por Caballo (2006) e por Rosemberg (2021) e são utilizadas na cartilha. A primeira técnica consiste em orientar a expressão de desagrado por meio de uma fórmula de quatro passos: primeiramente, descrever o comportamento específico que incomoda. Em segundo lugar, expressar os sentimentos, em primeira pessoa. Em terceiro, explicar como o comportamento incômodo afeta o indivíduo e, em último, fazer um pedido propondo uma mudança de comportamento (CABALLO, 2006, p.

263-264). A segunda técnica é avaliar (por meio de um pequeno roteiro) a interação e a forma como foi feita a expressão de desagrado. O roteiro consiste em observar: se a expressão foi clara e simples; se foi descrito o comportamento; se os sentimentos foram expressos de forma construtiva; se a expressão se dirigiu a um comportamento específico, e não à pessoa; se o pedido de mudança de comportamento foi realista, deixando aberto o caminho para a negociação e ressaltou as possíveis consequências positivas referente à mudança de comportamento. Essas são algumas questões propostas no material psicoeducativo da cartilha (CABALLO, 2006, p.263-264; ROSEMBERG, 2021).

Quadro 26 - Assertividade

Por que temos dificuldades de dizer NÃO?

Você sabe dizer não? Há alguma pessoa específica ou alguma situação ou contexto em que você tem maior dificuldade em dizer “não”? Dizer “não” não é: reclamar, ser grosso, culpar o outro, pedir desculpas ou se justificar e manipular o outro.

Algumas pessoas até gostariam de dizer “não”, porém tem dificuldades em ficar à vontade, em achar as palavras certas, em expressar uma opinião que seja diferente dos demais. Você já parou para pensar que quando não consegue dizer “não” pode se sentir triste e frustrado (com relação a você mesmo), pensar constantemente no problema (ou seja fazer ruminações) e ainda se autocriticar!? As principais dificuldades em dizer “não” podem estar relacionadas a:

Medo de perder oportunidades

Medo de ser mal-educado

Querer ajudar: falamos “sim” muitas vezes pensando em ajudar o outro, mesmo que essa ajuda prejudique nossas tarefas e nosso tempo.

Querer ser bem vistos pelo grupo: acreditamos que ao falarmos “sim” para tudo e para todos seremos bem vistos pelos grupos em que participamos como pessoas prestativas e agradáveis.

Medo de danificar os relacionamentos: podemos ficar com medo de acabar causando algum conflito com a pessoa de que gostamos, ou de mudar alguma coisa caso venhamos a expressar uma opinião.

Medo da rejeição: na maioria das vezes a dificuldade em dizer “não” se deve justamente ao medo de sermos rejeitados. Algumas pessoas podem ter medo da reprovação.

Quais os benefícios de dizer “não”?

Experimentamos uma sensação de alívio, pois estamos sendo sinceros com as nossas necessidades e sentimentos.

Nosso conforto e bem-estar aumenta: você se sente respeitado e seguro consigo mesmo.

Definir limites: você aprende a se impor e consegue dizer não em situações em que é realmente necessário.

Melhora da qualidade dos relacionamentos: quando desenvolvemos uma maneira de pensar e falar que leve em conta ao mesmo tempo nós mesmos (as) e os outros, estamos ao mesmo tempo construindo uma relação de respeito e ajudando a preservá-la.

O “não” ajuda o outro a se desenvolver: quando paramos de ajudar tudo e todos e deixamos que eles mesmos corram atrás da solução dos problemas. Por fim lembre-se que dizer “não” não é ser egoísta! É ser assertivo e você aumenta a sua qualidade de vida, pensando nos seus próprios sentimentos e nos sentimentos do outro.

Fonte: Stappen (2014), com adaptações.

9.4 ENFRENTAR CRÍTICAS

Segundo Caballo (2006), a forma como se enfrenta críticas tem um papel importante na qualidade dos relacionamentos interpessoais. Geralmente, comportamentos de enfrentamento comuns são exemplificados como: ignorar a crítica, negá-la, mudar de assunto, desculpar-se ou responder à crítica com outra crítica. Esses comportamentos podem não ser efetivos, uma vez que não há uma real consideração pelo problema experienciado nem o compromisso de mudança de comportamento. Algumas maneiras descritas por Caballo (2006, p. 256) para lidar de uma forma efetiva com as críticas são: (1) pedir detalhes e se inteirar exatamente de quais são as objeções da outra pessoa; (2) estar de acordo quando o que é expressado (ou parte do que é expressado) pela crítica e, por fim, (3) estar de acordo com o direito do crítico a uma opinião.

Quadro 27 - Enfrentar críticas

Não reagimos a todas as críticas da mesma maneira. Em geral, só vamos começar a “nos incomodarmos” se a crítica em questão tiver relacionada a uma área em que sejamos sensíveis. É fato que nem todas as críticas são sensatas, justas ou corretas. Existem sim, certas críticas que são justificadas e úteis, contudo, outras podem ter o intuito de nos humilhar e ferir. Portanto, precisamos aprender a filtrá-las e classificá-las. Assim, podemos separar aquelas que merecem atenção das que não merecem, e determinar quanta atenção e quanto espaço mental disponibilizaremos a elas.

Dica 1: Você sabe avaliar o que seus críticos dizem? Para responder a essa pergunta precisamos descobrir... É você, realmente, o alvo da crítica? Quem fez a crítica? (A opinião dessa pessoa vale a

pena? Há alguma credibilidade no que foi dito? Quantos disseram?). Fazer essas perguntas é relevante pois quem não questiona seus críticos tende a aceitar como definitivo um único comentário negativo.

Dica 2: A crítica é realmente construtiva? Você precisará se perguntar: “O que essa crítica significa?” Ao concentrarmos exatamente no que foi dito – e não no que você sentiu - teremos condições muito melhores de decidir como responder. A crítica só faz sentido se é respeitosa, se a intenção é o ajudar a mudar e a te melhorar como pessoa ou a melhorar seus relacionamentos interpessoais.

Dica 3: Às vezes, é preciso selecionarmos a informação. Evite aceitar ou rejeitar completamente a crítica, ou seja, tomá-la como sendo 100% verdade ou 100% perda de tempo. Ao invés disso, procure ver se não haveria algo dentro de tudo que foi falado que poderia realmente representar pontos de atenção.

Dica 4: Nem sempre é preciso reagir imediatamente a uma crítica. Nossa primeira vontade pode ser agir agressivamente ou passivamente. Você tem o direito de dar um tempo para pensar e refletir sobre o que foi dito. Esse “tempo” é útil para separar as críticas que são construtivas das que não são.

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

9.5 ESTABELECIMENTO E AMPLIAÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS

O objetivo desta seção é que os participantes aprendam que tão importante quanto fazer amigos é a habilidade de manter e cuidar da qualidade desses relacionamentos. Primeiramente, os participantes são psicoeducados da importância de construir, manter e ampliar relacionamentos interpessoais. Amizades fazem parte dos relacionamentos interpessoais. Em qualquer fase da vida, não somente na vida universitária, fazer amigos, conservar as amizades já feitas, ampliar a rede ou ainda retomar laços é fundamental por um simples motivo: os seres humanos possuem necessidade de se relacionar uns com os outros. E isso ocorre por inúmeros motivos: necessidade de aceitação, de pertencimento, de compartilhar ideias e objetivos, de apoio, de segurança, de aumento da autoestima, de sensação de estar conectado e de que é parte de algo “maior” (LAMOURÈRE, 2014).

Um aspecto importante relativo a fazer novas amizades consiste em saber onde conhecer pessoas novas, principalmente para jovens oriundos de outros municípios ou estados, e aproveitar as situações nas quais o universitário se vê envolvido no dia a dia, ou seja, aprender também a tirar proveito das situações sociais que têm disponíveis (VENTURINI; GOULART,

2016). Outro aspecto importante abordado no material é o desenvolvimento de recursos para tomar a iniciativa para conhecer outras pessoas e estratégias de como iniciar, manter e o encerrar conversações, visto que muitas dificuldades podem ser observadas, principalmente em jovens tímidos ou ansiosos, por exemplo: como se aproximar ou não, como dar início à interação, sobre que temas falar, saber reconhecer sinais de interesse, o que compartilhar para manter uma conversa (CABALLO 2006; 2014).

9.6 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Levando em conta tudo o que foi visto anteriormente, o último exercício proposto pelo material é o ensaio de resolução de problemas. No ensaio de comportamento, o participante é apresentado a cinco cenas curtas que simulam situações da vida real universitária. Essa é uma das técnicas mais frequentemente empregadas ao se desenvolver habilidades sociais visto que por meio de tal procedimento pode-se trabalhar apropriadas e efetivas maneiras de enfrentar as situações da vida real que são problemáticas para o participante, considerando o seu contexto. O objetivo é aplicar as técnicas de estilos de comunicação, assertividade, defesa de direitos e como expressar desgostos e críticas de maneira construtiva, utilizando situações e exemplos reais do cotidiano acadêmico.

Quadro 28 - Tarefa de casa

Situação 1: “Dizer não”

Você está muito ocupado em uma semana de estágio. Seu orientador te solicita a fazer mais uma atividade que não é tão urgente quanto as demais que já estavam sendo realizadas, mas te cobra como se fosse. Como você se expressaria?

Situação 2: “Expressar desgosto”

Seu colega te pediu um livro emprestado. Você o avisou que precisava do livro no final de semana, pois você tinha que terminar um trabalho para entregar na segunda-feira. Seu amigo viaja para casa no fim de semana e não te devolve o livro. Como você poderia expressar seu desgosto para com o comportamento dele?

Situação 3: “Sendo assertivo”

Você está em um grupo de seminário que precisa apresentar um trabalho. Embora o grupo tenha se formado há mais de um mês, nada foi feito e vocês só têm mais uma semana até a data da apresentação. O grupo sabe do prazo, mas ninguém se mobilizou ainda para realizar as atividades. O que você pode fazer? Como resolver essa situação?

Situação 4: Resolução de problemas

O período letivo já terminou e o professor não lançou suas notas da disciplina. Sem elas, você poderá matricular-se em uma disciplina obrigatória que é condição para você se formar. Como você tentaria resolver essa situação?

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

10 METODOLOGIA

10.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo adotou um delineamento de ensaio clínico randomizado, com alocação dos participantes em dois grupos — grupo de intervenção e grupo controle — e avaliação dos desfechos por meio da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), aplicada nos períodos pré e pós-intervenção.

10.2 HIPÓTESE

A hipótese sustenta que após a participação do programa de promoção de saúde mental autoguiado via *internet* baseado na Terapia Cognitivo Comportamental os participantes apresentarão uma redução dos sintomas de ansiedade, estresse e depressão.

10.3 OBJETIVO PRIMÁRIO

Construção e posterior avaliação de um programa de intervenção autoguiado para prevenção e promoção de saúde mental em universitários da UFJF.

10.4 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Identificar os escores relacionados aos níveis de ansiedade, estresse e depressão no pré e pós-teste.
2. Verificar a efetividade do programa, por meio da comparação entre os resultados do pré e pós-teste.
3. Verificar a satisfação dos participantes com o programa apresentado, por meio de uma avaliação de satisfação.

10.5 AMOSTRA

Participaram da pesquisa 321 alunos de graduação e pós-graduação regularmente matriculados na instituição.

10.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo adultos (homens e mulheres), de 18 anos a 60 anos, que tinham acesso à *internet* e apresentaram sintomas leves ou moderados de ansiedade, estresse e/ou depressão.

10.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos participantes fora da faixa etária estabelecida, àqueles que apresentaram ideação suicida, àqueles que apresentaram comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, além de inscrições duplicadas, com preenchimento incorreto ou incompleto do formulário ou com *e-mail* institucional não reconhecido ou preenchido incorretamente.

10.8 INSTRUMENTOS

Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (Dass-21) e um questionário sociodemográfico.

10.8.1 Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) é um instrumento já adaptado e validado para o português para a população brasileira (VIGNOLA, 2013). A DASS-21 é uma escala *Likert* de quatro pontos para medir sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Os 21 itens podem ser analisados como um construto único e como um indicador de negatividade e sofrimento com pontuações que variam de 0 a 63 pontos (pontuações mais altas significam uma pior saúde mental) por meio de questões sobre comportamentos e sensações experienciadas por um indivíduo nos últimos sete dias. A DASS-21 foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro com *Alphas* de *Cronbach* de 0,86 para ansiedade, 0,90 para estresse e 0,92 para depressão (VIGNOLA; TUCCI 2014).

Ademais, a correlação com outras escalas também foi alta, por exemplo, com o Inventário de Depressão de Beck (0,86); com o Inventário de Ansiedade de Beck (0,80) e com o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (0,74), segundo VIGNOLA (2013). Assim, os valores de *Cronbach* garantem a confiabilidade da DASS-21, e suas correlações com as outras escalas também demonstram sua validade. A escolha desta escala se deu em virtude de poder ser usada em estudos clínicos e possuir níveis altos de precisão. Ademais, destaca-se que a DASS-21 já foi aplicada na modalidade *online* inclusive com o público-alvo de universitários brasileiros (TEODORO et al., 2021). A sintomatologia pode ser classificada como normal, leve, moderada, alta ou muito alta para cada um dos três fatores da escala. As pontuações para cada classificação são descritas no quadro:

Quadro 29 - Níveis da Escala Dass-21

Níveis	Normal	Leve	Moderado	Alto	Muito Alto
Depressão	0-9	10-13	14-20	21-27	28-42
Estresse	0-7	8-9	10-14	15-19	20-42
Ansiedade	0-14	15-18	19-25	26-33	34-42

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

10.8.2 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico teve o objetivo de identificar dados sociodemográficos a respeito dos universitários (gênero, faixa etária, curso de graduação, semestre, dados econômicos) para caracterizar o perfil da amostra.

10.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e gerou o parecer CAEE número: 66509823.1.0000.5147. Inicialmente, os participantes receberam todas as informações necessárias a respeito do estudo e aqueles que concordaram em participar da pesquisa foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE pelo *google forms*. Participantes que obtiveram alta pontuação na DASS-21 (principalmente quando for indicativo de ideação suicida) foram encaminhados para acompanhamento psicológico individual, assim como todos os outros participantes que solicitaram ajuda ou necessitaram de um o acompanhamento psicológico. Ademais, o acesso aos resultados foi garantido aos participantes, assim como a confidencialidade da identidade e o sigilo, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Foi assegurado o caráter voluntário da participação, a liberdade dos universitários para se recusar a participar, assim como de desistir a qualquer momento, com interrupção ou cancelamento do preenchimento dos testes e do questionário. Os questionários aplicados, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos, bem como todo o material utilizado na pesquisa irão ser arquivados no Núcleo de Estudo em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, a pesquisadora avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

10.10 ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS

A análise descritiva dos dados foi apresentada por meio da média e desvio padrão (variáveis quantitativas) e pela frequência absoluta e porcentagens (variáveis qualitativas). Para a análise do pressuposto de normalidade foram considerados os valores de assimetria e curtose e o teste de *Komolgorov-Smirnov*. O teste de *t de Student* para amostras independentes foi usado para testar diferenças nos escores de estresse, ansiedade e depressão, considerando como fatores independentes gênero (masculino vs. feminino), faixa etária (18 a 29 anos vs. ≥ 30 anos), etnia (brancos e não brancos), atividade laboral (sim vs. não), tratamento prévio (sim vs. não) e tratamento atual (sim vs. não). A correlação de *Spearman* foi usada para avaliar a correlação dos escores psicológicos com as variáveis renda e escolaridade. O teste Qui-Quadrado foi para testar diferenças entre os grupos intervenção e controle para possíveis variáveis qualitativas de confundimento. O efeito do tratamento psicológico sobre as variáveis estresse, ansiedade e depressão foi avaliado utilizando uma análise de covariância (ANCOVA) que tinha uma condição de fator entre participantes (tratamento vs. controle) e os escores pré-teste como covariáveis. O tamanho do efeito (significância clínica) foi analisado pelo *d* de *Cohen*, sendo adotada a seguinte classificação: pequeno 0.20 – 0.49; moderado 0.50 – 0.79; elevado ≥ 0.80 (COHEN, 1992). O *alpha* de *Cronbach* foi usado para avaliar a consistência interna da escala (estresse: $r = 0,85$; ansiedade: $r = 0,86$; depressão: $r = 0,90$). Todas as análises foram feitas no software IBM SPSS versão 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Foram considerados estatisticamente significantes os valores de $p \leq 0,05$.

11 PRODUÇÃO DO MATERIAL DA INTERVENÇÃO

A revisão sistemática de literatura e a leitura dos artigos e livros acadêmicos foi feita durante dois anos. O objetivo foi selecionar técnicas que pudessem ser utilizadas para compor os materiais psicoeducativos. Após esse processo, cada técnica cognitiva ou comportamental foi inserida nos *ebooks* juntamente com os textos psicoeducativos elaborados pela própria pesquisadora. Os textos precisaram passar por uma edição e editoração para que o conteúdo fosse atrativo para a população universitária. Assim, a produção dos *ebooks* foi realizada por uma assinatura paga no *software Canva Pro*, que permitiu o uso ilimitado de todas as imagens

e conteúdos visuais durante a vigência da assinatura. Após a conversão dos textos em *ebooks*, procurou-se que cada *ebook* não ultrapassasse o limite de 15 laudas para que os participantes não se sobrecarregassem com a leitura. O conteúdo também foi mesclado com imagens e exercícios de fixação do conteúdo. Para cada módulo, 3 *ebooks* foram feitos, totalizando 6 módulos e 18 *ebooks* ao final da produção. A edição do conteúdo teve a duração de aproximadamente 6 meses e foram realizados pela própria pesquisadora.

Para a produção dos áudios e vídeos foram utilizados dois *softwares* de apoio livres. A edição de cada áudio foi realizada no *software Audacity* e a edição dos vídeos no *software Shotcut*. Recursos audiovisuais foram utilizados sem *copyright*, para não infringir nenhum direito autoral. Ademais, foi feito o *upload* de todos os vídeos na plataforma *Youtube* para contabilizar o número de acessos e duração das visualizações. A gravação e edição dos vídeos foi feita pela própria pesquisadora e teve a duração de aproximadamente 4 meses.

A produção dos *sites* foi realizada por meio da ferramenta *wix.com*, a qual permite que o usuário crie páginas da *internet*, personalizando o *layout* e conteúdo, além de possibilitar incluir recursos em áudio e vídeo. Foi pago um domínio em uma assinatura anual para que as páginas pudessem ficar ao ar. Além disso, a assinatura do *wix* anual permitiu o acesso de recursos pagos, como: controle de acessos por páginas, análise da duração dos visitantes nas páginas, estatísticas semanais e mensais dos acessos, criação de *chat* para comunicação com os participantes, criação de enquetes para interação, entre outros. A produção dos 07 *sites* da pesquisa teve a duração de aproximadamente 3 meses e foram feitas pela pesquisadora.

Todos os custos financeiros com assinaturas e o pagamento dos domínios dos *sites* foram arcados pela própria pesquisadora. Ademais, todas as imagens e conteúdos em áudio foram utilizados sem *copyright*, ou seja, divulgados sem fins comerciais ou lucrativos, apenas para fins de pesquisa e acadêmicos.

Quadro 30 - Produção dos materiais da intervenção

Ebooks: (poderão ser acessados pelo link: Ebooks - Google Drive)
Vídeos Psicoeducativos: (poderão ser acessados pelo link: Vídeos PlenaMente - Google Drive)
Módulo 01: • Apresentação do programa e contrato de trabalho • Como funciona a sua mente • Mas afinal, o que é saúde mental e emocional?

Módulo 02:

- Como lidar com pensamentos ansiosos
- Lidando com preocupações ansiosas
- O que fazer se você tiver uma crise

Módulo 03:

- Identificando as fases do estresse
- Estratégias efetivas para lidar com o estresse
- Áudio: Mindfulness: folhas no riacho (relaxamento cognitivo)
- Áudio: Relaxamento muscular progressivo guiado

Módulo 04:

- Aprendendo a identificar os sintomas
- Como funciona a mente depressiva
- Vencendo a Desmotivação, a Desesperança e a Indesic

Módulo 05:

- Os pilares da inteligência emocional
- Técnicas efetivas para lidar com as emoções parte 1 (competências intrapessoais) e parte 2 (competências interpessoais)
- A importância da manutenção dos relacionamentos

Módulo 06:

- Habilidades Sociais: Estilos de Comunicação
- Assertividade, Resolução de Problemas, Autoafirmação e Lidar com críticas

Sites e Páginas Semanais das Intervenções

- Instagram de divulgação: https://www.instagram.com/psicologia_plenamente/
- Site Módulo 01: <https://www.plenamente-semana01.com/>
- Site Módulo 02: <https://vivianlimah.wixsite.com/semana02>
- Site Módulo 03: <https://vivianlimah.wixsite.com/semana03>
- Site Módulo 04: <https://vivianlimah.wixsite.com/semana04>
- Site Módulo 05: <https://vivianlimah.wixsite.com/semana05>
- Site Módulo 06: <https://vivianlimah.wixsite.com/semana06>

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

12 PILOTO

O estudo piloto foi realizado nos meses de Agosto a Dezembro de 2024, com a participação de 69 alunos de graduação e consistiu em uma primeira aplicação da intervenção para avaliação inicial quanto ao tamanho (número de sessões), entendimento do conteúdo, pertinência das técnicas, duração e adesão dos participantes. Dos 69 participantes, obteve-se um retorno de 30% dos alunos no pós-teste e também realizou-se a aplicação do questionário de satisfação, para obtenção de alguns dados qualitativos.

As avaliações do piloto ressaltaram que a experiência do participante era maior quando a intervenção era enviada no início da semana. Além disso, a taxa de retorno de participação era menor quando enviadas no meio e no final da semana. Um *feedback* fundamental para a pesquisa foi a sugestão de um participante:

Acho que seria legal se os módulos fossem enviados no início da semana (domingo, segunda por exemplo) para nos programarmos melhor sobre quando assistir (Participante 05, 2025).

A partir desse *feedback*, a pesquisadora optou por programar o envio dos *e-mails* para o período da manhã, às segundas-feiras, de modo a possibilitar que os participantes organizassem sua participação conforme suas rotinas acadêmicas, profissionais e pessoais. Ademais, identificou-se a necessidade de considerar a experiência dos participantes não apenas ao término da intervenção, mas de forma contínua, ao longo de todo o processo. Tal medida demandou uma atuação mais presente da terapeuta, com o propósito de favorecer a adesão à intervenção e proporcionar um retorno sistemático e consistente aos participantes.

Tem como receber melhor *feedback* de que enviou as atividades? Acho que já ajudaria (Participante 01, 2025).

Por fim, foi sugerido uma maior atenção quanto a explicar o funcionamento do programa, como sugere o *feedback* a seguir. Assim, no corpo do *e-mail* enviado aos participantes, a pesquisadora explicou aos participantes de forma mais clara como acessar a ordem dos conteúdos.

Às vezes escrever no *e-mail* a ordem de como ver as coisas, isso caso existir uma ordem. Se seria ver os vídeos e depois os ebooks e entre eles qual o primeiro dos temas, mas é só um pequeno detalhe (Participante 08, 2025).

Conclui-se que o piloto foi fundamental para a obtenção de informações quanto à experiência de participação de um pequeno grupo de estudantes, antes de ser oferecida para toda a universidade. As adaptações supracitadas sugeridas, por meio do *feedback* dos usuários, permitiram aprimorar a intervenção, por isso, considera-se que a realização do estudo piloto foi essencial na avaliação dos procedimentos e da validade do conteúdo. Farrer et al. (2019) também submeteram uma intervenção a várias rodadas de teste e *feedback* do usuário a fim de aumentar a validade de conteúdo.

13 ESTRATÉGIAS DE DIVULGAÇÃO

A pesquisa adotou duas formas de divulgação: a divulgação presencial e a divulgação *online*. Com relação à divulgação e recrutamento dos participantes, há na literatura científica inúmeras estratégias que podem ser utilizadas para intervenções no ambiente *online* (FARRER et al., 2019; FLEISCHMANN et al., 2018; TROCKEL et al., 2011). Oito principais estratégias de recrutamento foram utilizadas no programa PlenaMente: (1) divulgação em redes sociais (principalmente *instagram*); (2) convite por *e-mail* aos discentes; (3) pedido de divulgação ao *e-mail* institucional dos departamentos de graduação; (4) distribuição de cartazes pelo campus; (4) distribuição de folhetos pelo campus; (5) vinculação de notícias de divulgação no *site* oficial da instituição de ensino da UFJF; (6) parcerias com a Pró Reitoria de Assuntos Estudantis (PROAE) e o Centro de Psicologia Aplicada (CPA); (7) contato com organizações estudantis, Ligas Acadêmicas, Empresas Jr., Programas de Educação Tutorial e (8) divulgação por meio de visitas às salas de aula. Por meio destas oito estratégias buscou-se realizar uma divulgação e um recrutamento, de maneira abrangente e por diferentes canais de comunicação.

14 APLICAÇÃO DA DASS-21

A Escala Dass-21 foi utilizada em duas fases da pesquisa. Na primeira etapa, buscou-se avaliar a saúde mental de discentes da UFJF (n=321). Na segunda etapa, os mesmos participantes foram convidados a participar de uma intervenção psicológica online, e assim, foi aplicado o protocolo “PlenaMente”.

15 RESULTADOS

15.1 ETAPA 1: AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE DISCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Na tabela estão apresentadas as características sociodemográficas e clínicas da amostra participante do estudo transversal. O estudo teve 321 participantes, sendo a maioria estudantes de nível superior, do sexo feminino, brancos, solteiros, predominantemente do Estado de Minas Gerais com idade entre 18 e 29 anos e renda até dois salários mínimos.

Tabela 4 - Características sociodemográficas da amostra (n = 321).

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	224	69,8
Masculino	85	26,5
Outro	12	3,7
Faixa Etária		
18 a 22 anos	130	40,5
23 a 29 anos	105	32,7
30 a 39 anos	46	14,3
≥ 40 anos	40	12,5
Grupo étnico		
Branco	178	55,5
Pretos	34	10,6
Pardos	106	33,0
Amarelos	3	0,9
Estado Civil		
Solteiros	253	78,8
Não solteiros	68	21,2
Escolaridade		
Ensino Médio	15	4,7
Ensino Técnico	7	2,2

Superior incompleto	213	66,3
Superior completo	25	7,8
Pós-graduação incompleta	41	12,8
Pós-graduação completa	20	6,2
Região		
Minas Gerais	249	77,6
Outros Estados	72	22,4
Atividade laboral (sim)	152	47,4
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	96	29,9
1 a 2 salários mínimos	110	34,3
3 a 4 salários mínimos	68	21,2
≥ 5 salários mínimos	47	14,6

Em relação às características clínicas, 76,6% dos participantes já tinham feito algum tipo de tratamento, sendo 38,6% tratamento psicológico, 4,4% tratamento psiquiátrico e 33,6% ambos. Atualmente, 41,7% dos participantes declararam estar sob tratamento, sendo 20,6% tratamento psicológico, 8,4% tratamento psiquiátrico e 41,0% ambos. Na Tabela 5 estão apresentados os escores de estresse, ansiedade e depressão da amostra. Não foram observadas diferenças significativas nos escores do DASS-21 entre o gênero feminino e masculino. Cerca de 50% das mulheres e 40% dos homens apresentaram escores de estresse e ansiedade classificados como alto ou muito alto. Em relação a depressão, aproximadamente 40% das mulheres e dos homens apresentaram escores classificados como alto ou muito alto.

Tabela 5 - Média $\pm$ desvio-padrão (mínimo e máximo) e classificação (%) dos escores de estresse, ansiedade e depressão, de acordo com o questionário DASS-21

	Feminino (n =224)	Masculino (n = 97)	p-valor	TE
Estresse	24,1 $\pm$ 10,0 (0,0 – 42,0)	23,6 $\pm$ 9,3 (0,0 – 42,0)	0,67	0,05
Normal (%)	23,2%	17,6%		
Leve (%)	10,7%	12,9%		
Moderado (%)	14,3%	29,4%		
Alto (%)	29,9%	23,5%		
Muito Alto (%)	21,9%	16,5%		
Ansiedade	16,6 $\pm$ 10,9 (0,0 – 42,0)	15,1 $\pm$ 10,8 (0,0 – 42,0)	0,27	0,14
Normal (%)	26,8%	27,1%		
Leve (%)	3,1%	11,8%		
Moderado (%)	17,4%	18,8%		
Alto (%)	12,1%	11,8%		
Muito Alto (%)	40,6%	30,6%		
Depressão	17,7 $\pm$ 12,1 (0,0 – 42,0)	19,5 $\pm$ 11,2 (4,0 – 42,0)	0,24	0,15
Normal (%)	29,0%	18,8%		
Leve (%)	13,8%	11,8%		
Moderado (%)	18,8%	29,4%		
Alto (%)	12,9%	12,9%		
Muito Alto (%)	25,4%	27,1%		

($p > 0,05$ avaliado pelo teste *t* de *Student* para amostras independentes; TE: tamanho do efeito pelo *d* de *Cohen*).

Não foram observadas diferenças estatísticas nos escores de estresse, ansiedade e depressão em relação faixa etária, etnia, atividade laboral, tratamento prévio e tratamento atual ($p>0,05$). Observou-se uma correlação estatística negativa entre escolaridade e estresse ($r = -0,14$; $p=0,01$), ansiedade ($r = -0,18$; $p=0,002$) e depressão ($r = -0,12$; $p=0,03$). Além disso, observou-se uma correlação estatística negativa entre renda e estresse ($r = -0,19$; $p=0,001$), ansiedade ($r = -0,23$; $p<0,001$) e depressão ($r = -0,26$; $p<0,001$). Isto significa que maior escolaridade e maior renda estão associados a menores escores de estresse, ansiedade e depressão. Porém, sob o ponto de vista clínico, a correlação observada é pequena.

15.2 ETAPA 2: ANÁLISE DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

A segunda etapa do estudo teve o intuito de analisar a efetividade da intervenção elaborada. O presente estudo consistiu em um ensaio clínico randomizado (ECR), com o objetivo de avaliar os efeitos de uma intervenção proposta sobre os níveis de depressão, ansiedade e estresse dos participantes. Os indivíduos foram randomicamente alocados em dois grupos: o grupo de intervenção, que teve acesso ao protocolo terapêutico autoguiado, e o grupo controle, que não recebeu a intervenção durante o mesmo período.

A amostra foi composta por 321 participantes, dos quais 161 integraram o grupo controle e 160 receberam, por *e-mail*, a intervenção autoguiada. As sessões foram enviadas por *e-mail*, semanalmente. Os participantes foram instruídos a concluírem uma sessão por semana, completando a intervenção em um prazo de 06 semanas. Ao término do estudo, 91 participantes concluíram todas as etapas da pesquisa, sendo 46 pertencentes ao grupo controle e 45 ao grupo de intervenção.

A avaliação dos desfechos foi conduzida por meio da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), aplicada em dois momentos distintos: pré-intervenção (linha de base) e pós-intervenção. Esse delineamento possibilitou a comparação das variações intra e intergrupos, permitindo identificar efeitos potenciais atribuíveis à intervenção. Ademais, foi realizada uma avaliação da satisfação do tratamento com os participantes que completaram a intervenção. Essa avaliação teve o objetivo de conhecer o nível de satisfação do participante após a conclusão do programa, a fim de aprofundar em questões relativas à qualidade dos módulos, da interação com o terapeuta e do tempo disponível para a conclusão da intervenção.

Durante a coleta de dados não foi relatado nenhum questionamento quanto a dificuldades tecnológicas nas mídias sociais. Essa informação representa um indício de que uma boa fluência *online* propicia uma boa condução do tratamento autoguiado pela *internet*. Salienta-se que também não houve emergências psicológicas ou quadros graves de ideação suicida. Como forma de compromisso ético, ao final da intervenção, todos os participantes receberam *feedback* do resultado dos seus níveis de saúde mental. Ademais, participantes que ainda apresentavam uma sintomatologia alta para algum dos 3 fatores da escala (ansiedade, estresse e depressão) ou que demonstraram interesse pela continuidade de tratamento foram indicados para terapia individual e para o atendimento psicológico gratuito, que é oferecido na Pró-Reitoria de Assistência Estudantil da instituição (PROAE).

Na tabela 6, estão apresentadas as características do grupo controle e do grupo intervenção. Não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos controle e tratamento para as possíveis variáveis de confundimento, exceto para a realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico prévio, que foi maior no grupo controle. A análise dos escores de estresse, ansiedade e depressão pós-teste foi realizada com uma análise de covariância (ANCOVA) que tinha uma condição de fator entre participantes (intervenção vs. controle) e os escores pré-teste de estresse, ansiedade e depressão como covariáveis.

A análise mostrou que havia relacionamento entre os escores do pré e do pós-teste do estresse ($F_{1,88} = 34,102$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,28), de ansiedade ($F_{1,88} = 49,545$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,36) e de depressão ($F_{1,88} = 89,897$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,50). Havia, no entanto, uma diferença significativa nas condições dos escores de estresse ($F_{1,88} = 25,544$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,22), ansiedade ($F_{1,88} = 30,297$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,26) e depressão ($F_{1,88} = 19,199$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,18) depois que os escores do pré-teste foram controlados.

O grupo tratamento apresentou menores escores de estresse, ansiedade e depressão após o período de intervenção quando comparado ao grupo controle. Sob o ponto de vista clínico, o efeito do tratamento foi grande ($d > 0,80$). Após o período de intervenção, o grupo tratamento apresentou menores classificações alto e muito alto de estresse, ansiedade e depressão em comparação ao grupo controle. Em média, o grupo tratamento reduziu 34,3% os níveis de estresse, 50,4% os níveis de ansiedade e 45,3% os níveis de depressão (Tabela 7).

Tabela 6 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra

Característica	Grupo Controle (n = 46)	Grupo Tratamento (n = 45)	p-valor
Sexo			
Feminino	32 (69,6%)	31 (68,9%)	0,83
Masculino	12 (26,1%)	13 (28,9%)	
Outro	2 (4,3%)	1 (2,2%)	
Faixa Etária			
18 a 29 anos	33 (71,7%)	34 (75,6%)	0,68
≥ 30 anos	13 (28,3%)	11 (24,4%)	
Grupo étnico			
Branços	28 (60,9%)	25 (55,6%)	0,61
Não Brancos	18 (39,1%)	20 (44,4%)	
Escolaridade			
Ensino Médio/Técnico	1 (2,2%)	4 (8,9%)	0,21
Superior incompleto	34 (73,9%)	25 (55,6%)	
Superior completo	1 (2,2%)	3 (6,7%)	
Pós-graduação completa	10 (21,7%)	13 (28,9%)	
Renda familiar			
Até 1 salário mínimo	14 (30,4%)	13 (28,9%)	0,57
1 a 2 salários mínimos	16 (34,8%)	13 (28,9%)	
3 a 4 salários mínimos	7 (15,2%)	12 (26,7%)	
≥ 5 salários mínimos	9 (19,6%)	7 (15,6%)	
Atividade laboral (sim)	22 (47,8%)	19 (42,2%)	0,59
Tratamento psicológico prévio (sim)	42 (91,3%)	32 (71,1%)	0,01*
Tratamento atual (sim)	21 (45,7%)	20 (44,4%)	0,91

(*diferença estatística, $p < 0,05$ de acordo com o teste Qui-Quadrado)

Tabela 7 - Média $\pm$ desvio-padrão e classificação (%) dos escores de estresse, ansiedade e depressão, de acordo com o questionário DASS-21, após a realização de intervenção psicológica

	Pós - Controle (n = 46)	Pós - Tratamento (n = 45)	p-valor	TE
Estresse	22,0 $\pm$ 7,7	13,6 $\pm$ 7,7	<0,001*	1,09
Normal (%)	37,0%	55,6%		
Leve (%)	8,7%	17,8%		
Moderado (%)	23,9%	15,6%		
Alto (%)	17,4%	11,1%		
Muito Alto (%)	13,0%	0,0%		
Ansiedade	13,1 $\pm$ 6,0	6,1 $\pm$ 6,0	<0,001*	1,17
Normal (%)	34,8%	60,0%		
Leve (%)	10,9%	6,7%		
Moderado (%)	21,7%	22,2%		
Alto (%)	8,7%	6,7%		
Muito Alto (%)	23,9%	4,4%		
Depressão	15,4 $\pm$ 7,3	8,7 $\pm$ 7,3	<0,001*	0,92
Normal (%)	45,7%	64,4%		
Leve (%)	2,2%	6,7%		
Moderado (%)	30,4%	20,0%		
Alto (%)	6,5%	0,0%		
Muito Alto (%)	15,2%	8,9%		

(O escore pré-teste foi utilizado como covariável, sendo Estresse = 20,7, Ansiedade = 12,3 e Depressão = 15,9; *diferença estatística, $p < 0,05$ de acordo com a ANCOVA; TE: tamanho do efeito avaliado pelo d de Cohen).

Nas figuras 6, 7 e 8 estão apresentados os intervalos de confiança dos escores de estresse, ansiedade e depressão, respectivamente, pós-intervenção. A não sobreposição dos intervalos de confiança demonstra a diferença estatística entre os grupos após o período de intervenção, uma vez controlado os escores do *baseline*.

Figura 6 - Gráfico de barras-e-erros Estresse

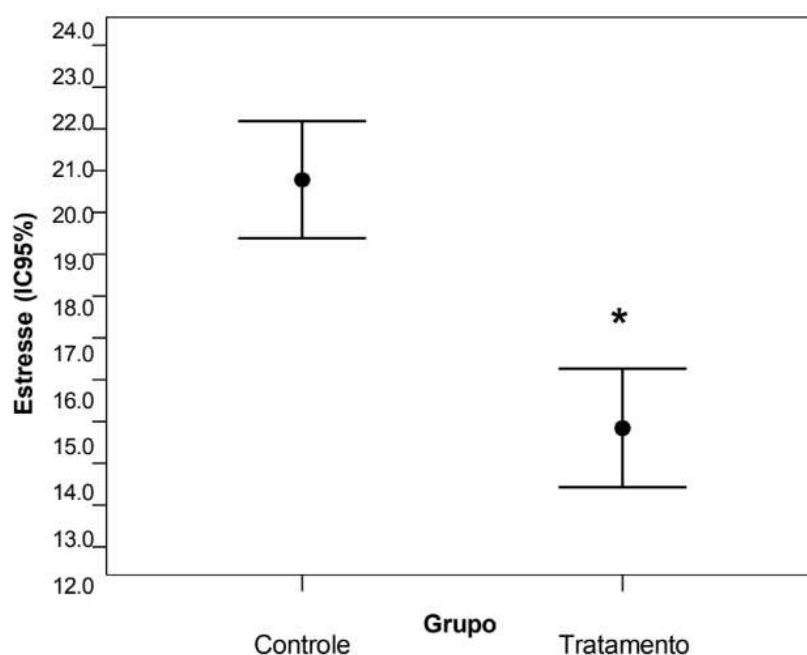


Gráfico de barras-e-erros contendo o intervalo de confiança de 95% (IC95%) da média de estresse após período de controle (n = 46) ou de tratamento psicológico (n= 45). *Diferença significativa de acordo com a ANCOVA, utilizando como covariável o escore pré-teste = 20,7.

Figura 7 - Gráfico de barras-e-erros Ansiedade

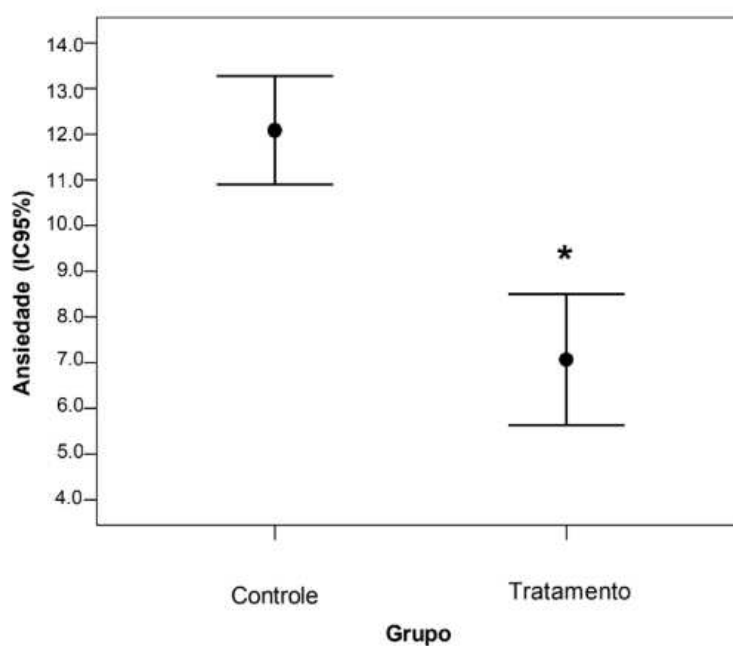


Gráfico de barras-e-erros contendo o intervalo de confiança de 95% (IC95%) da média de ansiedade após período de controle (n = 46) ou de tratamento psicológico (n = 45). *Diferença significativa de acordo com a ANCOVA, utilizando como covariável o escore pré-teste = 12,3.

Figura 8 - Gráfico de barras-e-erros Depressão

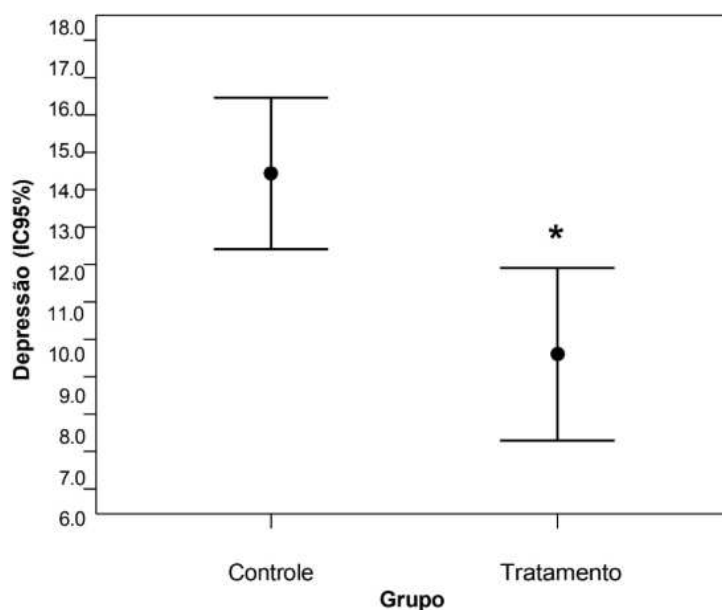


Gráfico de barras-e-erros contendo o intervalo de confiança de 95% (IC95%) da média de depressão após período de controle (n = 46) ou de tratamento psicológico (n = 45). *Diferença significativa de acordo com a ANCOVA, utilizando com covariável o escore pré-teste = 15,9

16 ANÁLISE QUALITATIVA

A Análise de Conteúdo de Bardin (2011), constou em três fases. A primeira fase, a pré-análise, envolveu uma leitura flutuante, que obedeceu às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Após a leitura flutuante, foi realizada a exploração do material e elaboradas as categorias. As categorias foram definidas “*a posteriori*” e foram desenvolvidas com base na semelhança entre os conteúdos apresentados pelas respostas dos participantes que completaram a intervenção. Estas respostas foram obtidas por meio do questionário de satisfação, enviado via formulário do *googleforms* e também pelos *feedbacks* recebidos pela terapeuta no *e-mail* da pesquisa ao longo das intervenções realizadas. A terceira e última fase, o tratamento dos dados, foi feita com o objetivo de sintetizar os resultados, fazer inferências e interpretá-los com base no referencial teórico e nos artigos da literatura científica nacional e internacional encontrados na fase de revisão sistemática de literatura.

17 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

A maioria dos participantes (n=24) estavam satisfeitos com a intervenção, seguido por 15 participantes satisfeitos na maioria das vezes. A qualidade dos materiais oferecidos foi avaliada de modo satisfatório pela maioria (n=23), seguido por 15 participantes que relataram que estavam na maioria das vezes satisfeitos (as), 3 participantes foram indiferentes e nenhum participante relatou estar insatisfeito. Ao serem perguntados como avaliavam o tempo que foi disponibilizado entre os módulos, 18 participantes relataram excelente o tempo que foi disponibilizado, 16 relataram que estavam satisfeitos, 10 participantes relataram que estavam na maioria das vezes satisfeitos (as) com o tempo disponibilizado para realizar as sessões e nenhum participante relatou estar indiferente ou insatisfeito. Com base nas atividades e exercícios propostos observou-se que 16 fizeram grande parte das atividades, 15 fizeram parcialmente as atividades, 7 tiveram dificuldade para se organizar e 6 relataram que fizeram todas as atividades do programa. Não houve nenhum participante que relatou ter tido dificuldade em compreensão das atividades da intervenção.

Com base na percepção de melhoria, os participantes relataram que o programa ajudou em: melhora na sua gestão emocional (n= 16), crescimento e desenvolvimento pessoal (n= 14), redução de sintomas de ansiedade (n= 13), aumento do seu bem-estar (n=10), melhora no seu desempenho acadêmico (n=7), melhora na sua capacidade de resolver problemas (n=6), melhora nos seus relacionamentos pessoais (n= 5), melhora na sua capacidade de comunicação (n=5) e aumento da sua qualidade de vida (n=4). Após o término do programa, as expectativas prévias foram totalmente atendidas por 30 participantes e 14 relataram que quase todas as suas necessidades ou pelo menos a maioria delas foram atendidas pelo programa. Por fim, uma porcentagem elevada (90%) recomendaria a intervenção.

Quadro 31 - Frequência de respostas do questionário de satisfação

Pergunta	N
Em geral, qual o seu nível de satisfação com o tratamento?	
Satisfeito (a)	24
Na maioria das vezes satisfeito (a)	15

Indiferente Insatisfeito(a)	5 0
Como você avalia a qualidade dos materiais oferecidos? Excelente Satisfeito (a) Na maioria das vezes satisfeito (a) Indiferente Insatisfeito(a)	23 15 3 3 0
Como você avalia o tempo que foi disponibilizado entre os módulos? Excelente Satisfeito (a) Na maioria das vezes satisfeito (a) Insatisfeito(a) Indiferente	18 16 10 0 0
Com base nas atividades e exercícios propostos, você conseguiu executá-los? Sim, realizei todas as atividades propostas. Sim, realizei grande parte das atividades propostas. Sim, realizei parcialmente as atividades propostas. Não, tive dificuldades em me organizar para executá-las ao longo da semana. Não, tive dificuldade de compreensão das atividades propostas.	6 16 15 7 0
Com base nas atividades e exercícios propostos no programa, você avalia que houve: (poderá marcar quantas opções forem constatadas): Melhora na sua gestão emocional. Crescimento e desenvolvimento pessoal. Redução de sintomas de ansiedade. Aumento do seu bem-estar. Melhora no seu desempenho acadêmico. Melhora na sua capacidade de resolver problemas. Melhora nos seus relacionamentos pessoais. Melhora na sua capacidade de comunicação. Aumento da sua qualidade de vida.	16 14 13 10 7 6 5 5 4
Após o término do programa, suas expectativas prévias foram atendidas? Sim Parcialmente Não	30 14 0
Você indicaria esse programa para alguém? Sim Talvez Não	40 3 1

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Em síntese, avaliar a satisfação dos estudantes é essencial para aprimorar programas de saúde mental, tornando-os mais responsivos às demandas reais do público universitário. Além disso, a integração de ações institucionais e o fortalecimento de redes

de apoio podem potencializar os efeitos positivos das intervenções, promovendo uma experiência acadêmica mais saudável e acolhedora.

18 DISCUSSÃO

A literatura científica corrobora com os dados apresentados no pré-teste que demonstram aumento do desenvolvimento de transtornos mentais em jovens, principalmente após a pandemia de Covid-19 (MAIA; DIAS 2020; ROCHA et al. 2021; ZAROWSKI; GIOKARIS; GREEN, 2024). Em síntese, a maioria dos participantes apresentaram na pré-intervenção uma sintomatologia de nível alto para estresse (28,3%), uma sintomatologia de nível muito alto para ansiedade (39,9%) e uma sintomatologia de nível muito alto para depressão (27%). Esses níveis corroboram com estudos internacionais e nacionais.

Um estudo de revisão com 27 pesquisas e 706.415 participantes apontou taxas globais de depressão de 39% e ansiedade de 36% (ZAROWSKI; GIOKARIS; GREEN, 2024). Resultados semelhantes foram encontrados por LI et al. (2022), que, ao analisar 64 estudos com 100.187 estudantes, identificaram prevalências de 33,6% para depressão e 39,0% para ansiedade. XIAO et al. (2021), em uma meta-análise abrangendo 89 estudos e 1.441.828 estudantes, encontraram índices próximos, com 34% de depressão e 32% de ansiedade, além de um terço dos estudantes apresentando distúrbios do sono. Em contextos específicos, como em estudantes de medicina, os índices foram ainda maiores, chegando a 48% para depressão e 45% para ansiedade (PSYCHOLOGY, 2024).

Em diversos estudos brasileiros conduzidos durante ou após a pandemia de Covid19, verificou-se prevalência de sintomas de ansiedade e depressão entre estudantes universitários eram compatíveis com os níveis observados em meta-análises globais (cerca de 30 a 45 %). Em Montes Claros (MG), Bessa et al. (2022) encontraram prevalências de 38,4 % para ansiedade e 46 % para depressão em uma amostra de 857 alunos de instituições públicas e privadas, com escores elevados associados a fatores como perda de renda familiar e inatividade física. Marinho (2025), por sua vez, avaliou 767 estudantes de uma universidade pública de Minas Gerais após a pandemia e relatou que 41,2 % apresentaram ansiedade extremamente grave e 30,2% depressão

extremamente grave. Essas taxas reforçam que os índices de ansiedade e depressão observados no Brasil são comparáveis aos registrados internacionalmente, especialmente entre mulheres e estudantes com menor suporte socioeconômico.

Com relação à efetividade da intervenção, foi observado que houve redução estatisticamente significativa para os níveis dos 3 constructos da Escala DASS-21. Dessa maneira, os resultados indicaram que uma intervenção breve fundamentada em uma abordagem cognitivo-comportamental é eficaz em melhorar o sofrimento em estudantes e reduz significativamente os sintomas de ansiedade, de estresse e de depressão.

Cabe salientar que a prevenção e a promoção de saúde são conceitos complementares, porém distintos, no campo da saúde mental e da saúde pública. A prevenção refere-se a ações voltadas para reduzir a incidência ou a recorrência de transtornos, atuando sobre fatores de risco e buscando evitar o surgimento ou agravamento de sintomas. Já a promoção de saúde tem um caráter mais amplo e proativo, centrado no fortalecimento de recursos pessoais, com o intuito de favorecer o bem-estar psicológico e a qualidade de vida, mesmo na ausência de adoecimento. Nesse contexto, as intervenções psicoeducativas desempenham papel fundamental, pois visam educar, sensibilizar e capacitar os indivíduos para compreenderem suas próprias emoções, pensamentos e comportamentos, desenvolvendo habilidades de autocuidado e autorregulação emocional. Assim, a educação em saúde assume uma função formativa, possibilitando que o participante se torne agente ativo no manejo de sua saúde mental, o que contribui tanto para a prevenção de transtornos quanto para a promoção de bem-estar psicológico sustentável.

Outros estudos utilizando a mesma abordagem (TCC) também foram efetivas. Fracasso et al. (2024), por exemplo, conduziram um ensaio clínico randomizado com universitários brasileiros e constataram reduções significativas nos escores de depressão, ansiedade, estresse e risco de suicídio após uma intervenção breve de TCC *online*, com manutenção dos efeitos no *follow-up*. De maneira semelhante, programas como o *MoodGYM*, utilizados em países como Austrália, Canadá e Reino Unido, também apresentaram resultados positivos (DAY et al., 2013; ELLIS et al., 2011). Durante a pandemia de COVID-19, pesquisas como as de Krifa et al. (2021) e Cozzolino et al. (2021) reforçaram esses achados, indicando que intervenções digitais baseadas em TCC continuaram sendo eficazes mesmo em contextos de alta vulnerabilidade emocional, com

efeitos estatisticamente significativos na diminuição de sintomas psicológicos entre universitários.

Vários estudos de revisão e metanálise sugerem que os programas de TCC foram superiores a outros tipos de intervenções, não somente antes, mas também durante a pandemia de COVID-19 (HARRER et al., 2018; ZHIYU et al., 2022). Os resultados da metanálise realizada por Harrer et al. (2018), por exemplo, indicam que os efeitos são maiores para intervenções de duração moderada (1-2 meses), quando comparadas com intervenções mais curtas (com menos de um mês de duração). Ademais, os efeitos das intervenções relacionadas à TCC são sustentados ao longo do tempo (WORSLEY et al., 2022) e intervenções orientadas para habilidades eram mais eficazes com a prática supervisionada (CONLEY et al., 2015). Esses resultados apoiam a utilização da TCC *online* como estratégia acessível e efetiva para o manejo da saúde mental em populações acadêmicas. Conclui-se que diversos estudos têm demonstrado a eficácia de intervenções *online* baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na redução de sintomas de depressão, ansiedade e estresse em estudantes universitários, avaliados por meio da escala DASS-21.

É importante salientar que diversos estudos apontam que uma metodologia randomizada dos participantes é fundamental para estudos de intervenção psicológica e, inclusive, consideram uma limitação quando um grupo controle não está presente (MORTON et al., 2020; O'BRIEN et al., 2020; RODRÍGUEZ et al., 2014). O grupo de controle é relevante pois permite comparar os efeitos do tratamento com os efeitos observados no grupo de controle; fornecer um padrão - ou referência - que permite avaliar se o tratamento tem um efeito; além de garantir a confiabilidade dos resultados e minimizar vieses.

Com relação aos dados sociodemográficos, observou-se que a maior parte da população desta pesquisa foi composta pelo sexo feminino. Em síntese, a literatura sugere que mulheres são mais suscetíveis aos transtornos de ansiedade e depressão (MOREIRA et al., 2022). Há uma série de justificativas que relacionam o gênero e saúde mental. Destaca-se o fato de que muitas mulheres acumulam múltiplas responsabilidades, conciliando as demandas acadêmicas com atividades domésticas e profissionais, enfrentando jornadas duplas ou triplas de trabalho. Além disso, mulheres são mais vulneráveis à exposição e a situações de abuso e violência (TRIGUEIRO et al., 2023).

Outro fator de risco observado foi a baixa renda, o que corrobora com outras pesquisas (BEITON, 2016; FONAPRACE, 2016). A condição de baixa renda configura-se como um importante fator de risco para a saúde mental, por envolver uma série de determinantes sociais e ambientais que comprometem o bem-estar psicológico dos indivíduos. Em primeiro lugar, a instabilidade financeira contínua tende a gerar estresse, dificultando o enfrentamento de situações adversas e aumentando a vulnerabilidade a transtornos como ansiedade e depressão. Além disso, o acesso limitado a serviços de saúde mental qualificados — tanto por barreiras econômicas quanto pela insuficiência de políticas públicas — contribui para o subdiagnóstico e a ausência de tratamento adequado.

Os contextos de pobreza também estão frequentemente associados a ambientes adversos, marcados por violência, insegurança e condições precárias de moradia. Soma-se a isso a exclusão social e a limitação de redes de apoio, fatores que comprometem a construção de vínculos protetivos e intensificam o sofrimento psíquico. Dessa forma, a baixa renda deve ser compreendida como um elemento estrutural que influencia de forma abrangente a saúde mental, exigindo ações integradas de enfrentamento (INGLIS et al., 2022; RIDLEY et al., 2020). Assim, as intervenções digitais configuram-se como ferramentas promissoras para ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental, especialmente diante das barreiras tradicionais, possibilitando o acesso a tratamento de saúde mental entre alunos com escassez de recursos financeiros, ampliando o número de discentes atendidos e reduzindo a fila de espera pelos serviços de saúde nas instituições de ensino.

No que se refere à relação entre curso e adoecimento mental, uma revisão de literatura identificou que estudantes da área de saúde têm maior prevalência de sofrimento mental que estudantes de áreas exatas e engenharias (GAJOTTO et al., 2022). Semelhantemente, uma meta-análise com 37 486 alunos de graduação no Brasil encontrou prevalência de 37,8% para ansiedade, 28,5% para depressão na amostra e foi observado maior risco entre quem estudava em instituições públicas e, especificamente, entre estudantes de Medicina (DEMENECH et al., 2021). Outro estudo sugere que na área de saúde a disposição para o sofrimento mental possa ser maior em decorrência de alguns fatores como: sobrecarga e pressão acadêmica, altas cargas de estudo, alta competitividade, privação do sono, falta de apoio, insatisfação com o curso, dentre outros (PACHECO et al., 2017; RUFATO et al., 2022). Contudo, o que se observou nesta tese

foi que o sofrimento mental não era limitado a uma área de graduação, mas atingiu todas as áreas pesquisadas, desde as áreas de saúde e de exatas, até as áreas humanas e sociais.

Com relação à intervenção, é fundamental salientar que foi observada uma busca e participação maior da intervenção por alunos matriculados nos primeiros períodos (1º, 2º e 3º), o que pode sugerir uma maior consciência acerca da importância do cuidado com a saúde mental. Ademais, pesquisas indicam que a preferência pela busca de ajuda por meio da *internet* é maior entre os indivíduos mais jovens (HAWKE et al., 2021; POTTS et al., 2025). Embora estudos indiquem que muitos dos alunos tenham dificuldade em buscar ajuda de profissionais para problemas mentais (MCCALL et al., 2018), o público jovem tende a se sentir mais confortável com tecnologias digitais modernas e com terapias administradas por computador. Assim, a modalidade de intervenção *online* pode atrair estudantes com sofrimento clinicamente relevante que, de outra forma, não procurariam ajuda (HARRER et al., 2018).

A participação dos usuários é um fator fundamental para manter o engajamento com o tratamento (SALAMANCA-SANABRIA et al., 2019) e estudos apontam que ter um profissional para encorajar o usuário e fornecer orientação e *feedback* contribuía para que os participantes permanecessem até o final da intervenção (HAWKE et al., 2021). Esses dados também foram observados na aplicação do estudo piloto desta tese. Observou-se que a experiência do participante deveria ser levada em consideração, não somente ao final da intervenção, mas durante todo o processo.

Esse dado obtido no estudo piloto serviu de estímulo para realização de um acompanhamento semanal de cada participante, por *e-mail*, durante a fase da aplicação da intervenção. Esse acompanhamento foi realizado por meio da tarefa de casa “*Checklist* de Saúde Mental Semanal”, na qual permitia que o próprio participante avaliasse sua saúde mental e como suas experiências se aplicavam a cada um dos módulos, o que possibilitou a tomada de consciência dos níveis de sofrimento mental e do que priorizar em cada material (em termos de leituras e técnicas para praticar). Assim, com base nas respostas de cada participante, a própria terapeuta elaborava *feedbacks* personalizados. Cada participante recebeu 4 *feedbacks* em todos os momentos da intervenção.

Segundo Fleischmann et al. (2018) oferecer um suporte personalizado auxilia a aumentar o compromisso e adesão até o final do programa e também auxilia a compreender as necessidades de forma mais individualizada. As mesmas estratégias

foram observadas no estudo de Farrer et al. (2019). Os participantes receberam *feedbacks* sobre a gravidade de seus sintomas e o programa também continha ferramentas projetadas para orientar os alunos ao conteúdo mais apropriado com base em suas necessidades psicológicas. Ambas estratégias também foram adotadas nesta tese e o retorno foi positivo como se observa nas respostas:

Gostaria de agradecer pelo feedback! A princípio, me identifiquei bastante considerando que estou tendo muitas crises e a ideia de desistir do curso já passou pela minha cabeça. Conforme foi sugerido, vou focar no módulo de estresse e ansiedade. Espero contribuir positivamente para o projeto, da mesma maneira que ele possa contribuir para a melhoria da minha saúde mental dentro do contexto acadêmico e de vida (Participante 19, 2025).

Gostei muito desse feedback inicial e achei bem interessante a aplicação das escalas no questionário. Acredito que essa seja uma oportunidade de desenvolver mais os aspectos voltados para a inteligência emocional e maior tranquilidade em relação à rotina corrida da faculdade. Admiro muito a iniciativa de você e sua equipe para a realização do projeto. Ansiosa para as próximas etapas (Participante 17, 2025).

Muito obrigada pelas sugestões! Tenho certeza que elas serão de grande valia para o meu desempenho acadêmico e controle emocional. Sinto que o primeiro módulo já despertou grandes reflexões sobre como posso melhorar esses fatores que mencionei anteriormente e tenho certeza que até o final do projeto, muitas mudanças positivas ocorrerão! (Participante 16, 2025).

Por fim, verificou-se que os participantes que se mostravam mais engajados com as orientações e *feedbacks* da terapeuta também eram mais ativos nas sessões. Esse maior nível de interação ao longo do tempo esteve relacionado a uma maior adesão e à conclusão da intervenção, o que está em consonância com os achados de King et al. (2015). Sugere-se que pesquisas futuras possam buscar outras formas de interação e *feedback*, para além dos *e-mails*, para que a participação e consequentemente a adesão sejam maiores. Nesse sentido, várias tecnologias como plataformas, *chats*, jogos, aplicativos e vídeo-chamadas podem ser utilizadas para ampliar a interação com o terapeuta, sendo assim integradas com recursos assíncronos aos cuidados de saúde mental juvenil (MORTON et al., 2020; POTTS et al., 2025).

19 ANÁLISE QUALITATIVA DA SATISFAÇÃO COM A INTERVENÇÃO

A avaliação qualitativa das intervenções psicológicas é fundamental para a compreensão aprofundada da experiência dos participantes e da eficácia do programa. Enquanto os dados quantitativos oferecem informações objetivas sobre mudanças em indicadores psicológicos, os métodos qualitativos permitem explorar aspectos subjetivos, como percepções, significados atribuídos, sentimentos e dificuldades enfrentadas ao longo da intervenção. Essa abordagem possibilita compreender barreiras ao engajamento e adaptar as intervenções a diferentes contextos e necessidades, assegurando aceitabilidade e eficácia (DUGGLEBY et al., 2015; PALINKAS et al., 2020). Além disso, os dados qualitativos complementam os resultados quantitativos, conferindo maior robustez e aplicabilidade prática aos achados. Assim, a integração de métodos qualitativos enriquece a avaliação e contribui para o aprimoramento das práticas clínicas e de pesquisa em psicologia (SMITH, 2024).

Com relação à avaliação de satisfação, a análise qualitativa foi feita segundo os pressupostos de Bardin (2011): separação do material, leitura flutuante, formulação das categorias, análise das respostas e interpretação. Foram formuladas quatro categorias: “percepção dos benefícios da intervenção”, “percepção da qualidade, quantidade e tamanho dos *ebooks*”, “percepção da qualidade, duração quantidade dos vídeos” e “críticas e potenciais de melhoria”.

Quanto à primeira categoria: “percepção dos benefícios da intervenção”, as principais respostas sugerem que a intervenção possibilitou ampliar o autoconhecimento, ter acesso a tratamento, possibilidade de aprendizagem e de adquirir habilidades, além de auxiliar a lidar com sintomas em momentos de crise.

O Programa Plenamente é excelente! A cada semana, a informação, os textos, os vídeos, a forma como a psicóloga Vivian traz o assunto faz com que a gente pense e sinta o tanto que é importante cuidar da saúde mental! (Participante 10, 2025).

A intervenção é muito boa, faz você aprender mecanismos de como seu próprio corpo funciona e o que ele está querendo te dizer. Ajuda a nos cuidarmos mais e melhor. Gostei muito. (Participante 03, 2025).

O programa é ótimo! Adquiri vários conhecimentos em saúde mental e pude implementar ele durante as semanas do programa de uma forma leve e flexível! (Participante 08, 2025).

O projeto foi fundamental para meu autoconhecimento e capacidade de autoanálise. As ferramentas e técnicas aprendidas me proporcionaram um novo olhar sobre meus pensamentos e comportamentos ansiosos, possibilitando um melhor controle sobre minhas emoções” (Participante 35, 2025).

Após a realização do projeto a minha qualidade de vida e o meu bem-estar melhoraram consideravelmente. Estou aprendendo a não viver em função da faculdade e a manter um estilo de vida mais equilibrado. Super recomendo a participação de todos! <3 (Participante 16, 2025).

Eu achei o programa muito eficaz em vários sentidos, gostei muito da facilidade de acesso ao programa aos conteúdos e aos materiais, as perguntas das checklists permitem muitas vezes refletir. Eu indicaria para que todos que pudessem, fizessem. (Participante 46, 2025).

Claro, acredito que o plenamente é uma boa iniciativa para buscar tentar entender um pouco das demandas estudantis dentro e fora da faculdade e como de uma certa forma ela interfere em como o paciente se sente e age na maioria das vezes. A apesar de não ser sessões terapêuticas o programa me ajudou bastante a ver que precisamos para, respirar e entender um pouco sobre si mesmo e a lidar com a ansiedade (Participante 20, 2025).

De fato, essa última semana tem sido bem mais leve depois que eu comecei a adotar alguns métodos. Estou tentando continuamente pensar na minha saúde física e mental em comparação ao meu rendimento/produtividade, não me forçando a realizar determinadas atividades quando estou mais cansada. As técnicas de áudio (principalmente a de relaxamento muscular) foram bastante úteis e me ajudam a esvaziar a cabeça nos momentos mais difíceis. Por fim, acredito fortemente que estou no início de uma caminhada que, com o tempo, proporcionará uma rotina mais saudável e aprimorará o meu bem-estar (Participante 95, 2025).

Estes dados são coerentes com outras intervenções realizadas, nas quais os participantes relataram aprender novas habilidades, estratégias efetivas para promover saúde mental (VOURDA et al., 2023), e também um aumento na consciência de como eles não estavam cuidando de sua saúde mental anteriormente à intervenção (PALACIOS

et al., 2018). Rodríguez et al. (2014) também procuraram utilizar de psicoeducação como forma de normalizar questões relativas à saúde mental, além de auxiliar os participantes a identificarem os principais sinais e sintomas relacionados à ansiedade e à depressão.

Nesse sentido, a educação para a saúde é uma importante ferramenta para a prevenção e a promoção de saúde. Resultados semelhantes foram encontrados em Barrable et al. (2018) que também utilizaram de psicoeducação para o fornecimento de informações e desenvolvimento de habilidades e de recursos pessoais. Ademais, segundo afirma Venturini e Goulart (2016) pode haver oportunidades diante de situações de adversidade, ou seja, o sofrimento pode ser fonte de descobertas, reflexões e de crescimento para o sujeito. Em síntese, diante dos autorrelatos apresentados pelos universitários, a intervenção pôde promover uma possibilidade de introspecção, de reconstrução do significado de determinado momento ou experiências da vida e de ampliação do conhecimento de si mesmos (as).

No que se refere à segunda categoria: “percepção da qualidade, quantidade e tamanho dos *ebooks*”, 90% das avaliações foram positivas: “Acho que tem boas quantidades e são bem explicados e detalhados” (Participante 01, 2025); “Acredito ser uma boa quantidade, suficiente para abordar os temas propostos sem ser muito longo” (Participante 03, 2025); “Boa! Por ter figuras e não somente texto corrido, foi tranquilo” (Participante 05, 2025); “Bom tamanho, nem grandes demais nem curtos demais” (Participante 59, 2025); “Adorei. Bem completos e objetivos, uma ótima ferramenta de psicoeducação” (Participante 19, 2025); “Ótimos o suficiente para ler durante a semana sem problemas” (Participante 20, 2025); “É uma quantidade bem tranquila e são bons!” (Participante 14, 2025); “Muito boa! A leitura é super fluida e o conteúdo de fácil compreensão” (Participante 16, 2025); “Achei ótimo, inclusive bem adaptável a uma leitura rápida” (Participante 46, 2025).

Ademais, autores discutiram sobre a importância de o conteúdo da intervenção apresentar conteúdos pessoais próximos da realidade e do contexto dos universitários, além de apresentar de forma mais clara e simples os aspectos básicos da TCC e com um tamanho não exaustivo (SALAMANCA-SANABRIA et al., 2019). Esse dado corrobora com *feedbacks* recebidos pelos participantes desta tese:

Para mim, o mais legal foi a forma de tratar temáticas psicológicas tão complexas, sem se tornar algo chato de acompanhar. Todos os

envolvidos estão de parabéns! Me ajudou imensamente no que eu gostaria de melhorar! (Participante 19, 2025).

Boa tarde. Gostaria aproveitar a oportunidade para dar um feedback sobre o curso. Que oportunidade bem elaborada, fiquei muito feliz em participar. Textos bem ilustrados com conteúdo breves, claros e bem direcionados. O que me atraiu no curso foi a semana 5, no entanto me identifiquei com a 2 e 3. Claro, que as demais semanas foram super interessantes. As que citei foi porque me impactaram de forma que não esperava. Parabéns pelo projeto! (Participante 44, 2025).

No que tange à terceira categoria: “percepção da qualidade, duração quantidade dos vídeos”, a maioria das respostas foram positivas: “Eu adorei os vídeos também. Não são tão longos, prendem a atenção. Todos muito pertinentes e necessários” (Participante 12, 2025); “Tranquilos e rápidos de ver” (Participante 14, 2025); “Muito boa. São bem objetivos” (Participante 16, 2025); “Muito bons, os vídeos são curtos e dá pra ver enquanto descansa entre uma atividade e outra” (Participante 46, 2025).

Dessa maneira, ao optar pela utilização de diferentes formas de acesso ao conteúdo (por meio de recursos em formato de texto, áudio e vídeo), foi possível diversificar a forma de acesso, além de possibilitar uma maior explicação dos conteúdos e os participantes tiveram mais opções em escolher como acessar o conteúdo segundo suas preferências pessoais. Ademais, conforme aponta a literatura, o uso de diferentes formatos (tais como: em texto, em áudio e em vídeo) pode contribuir para um processo ativo de aprendizagem. Isto faz a assimilação de informações ser mais fácil para o usuário, e o processo de aprendizagem mais eficaz (BARRABLE et al., 2018).

Em se tratando da quarta categoria: “*feedbacks* e potenciais de melhoria” os principais pontos levantados pelos participantes foram a questão de se ter um tempo maior para realizar as atividades e a possibilidade de interação maior com o terapeuta. Houve respostas sugerindo ampliar a possibilidade de acesso para outras instituições universitárias.

Acho que as atividades tinham que ter um tempo maior para serem feitas. Acho que poderíamos conversar num meet também, como uma conversa em grupo (Participante 46, 2025).

Acredito que a maneira na qual é conduzida é maravilhosa, uma sugestão seria pelo menos 1 reunião online com o psicólogo seria interessante seja ela no começo do programa ou no final pra ver os resultados (Participante 20, 2025).

Sugere-se, assim, que intervenções possam mesclar o atendimento síncrono com o assíncrono e refletir com mais criticidade sobre o tamanho da intervenção. Uma maneira de aumentar a interação é por meio de plataformas digitais. Contudo, é necessário considerar algumas possíveis dificuldades em se adotar esta como principal forma de oferecer tratamento psicoterápico. Plataformas podem apresentar erros e inconsistências na programação, além de altos gastos financeiros, por isso é fundamental que seja realizado um estudo piloto e testagens para garantir um resultado satisfatório com a utilização deste recurso (BASTOS, 2023).

20 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE ESTUDOS FUTUROS

Com relação às limitações do estudo, pode-se citar a predominância do gênero feminino na amostra, o que também foi relatado em outros estudos (HARRER et al., 2018; MCCALL et al., 2018; O'BRIEN et al., 2020). Estudos futuros com amostra maior e controle do gênero poderão possibilitar melhor avaliação dos efeitos da intervenção para redução dos níveis de estresse/ansiedade e melhora da qualidade de vida em estudantes universitários. Ademais, estudos poderiam acompanhar o universitário desde a sua entrada na graduação até a sua conclusão. Além disso, outra limitação clara do presente estudo é que apesar de ter sido utilizada uma escala validada, esta se limita ao rastreamento do nível dos sintomas e não ao diagnóstico de transtornos mentais.

As principais barreiras que dificultaram a obtenção da amostra foram a pandemia e a greve. Destarte, o início da intervenção foi marcado pelo retorno de um período com calendário acadêmico diverso para determinados cursos (coexistindo 3 diferentes calendários na instituição), o que pode ter acarretado acúmulo das atividades acadêmicas e sobrecarga nos discentes. Além disso, a greve de 4 meses impactou em um período de tempo menor para a coleta de dados e oferta do programa para os discentes.

Com relação à desistência ou abandono dos participantes na intervenção, pode ter sido um preditor de baixo comprometimento com programa, evidenciando a necessidade de desenvolver novas formas de facilitar o acesso dessa população (KARYOTAKI et al., 2019). É possível que os participantes desta pesquisa não tenham dedicado tempo suficiente à intervenção para que pudessem obter benefícios terapêuticos. Também é possível que, devido ao tamanho e ao escopo da intervenção, os participantes tenham passado mais tempo apenas navegando e explorando o programa de forma superficial, em vez de se envolverem ativamente com seu conteúdo, como ocorreu no estudo de Farrer et al. (2019). Outra possível explicação foi que a greve e as mudanças no calendário acadêmico tenham gerado sobrecarga e dificuldade de gestão de tempo e conciliação com as demais tarefas, fatores que podem ter dificultado e desmotivado a participação até o final da intervenção.

Uma pesquisa relatou taxas de adesão mais altas para períodos mais curtos de intervenções, embora focando no número de módulos usados (HARRER et al., 2018). Semelhantemente, o estudo de Hintz et al. (2015) obteve uma taxa de adesão de 87% dos

participantes, em 4 sessões. Furlan (2013) aponta que reduzir o tamanho da intervenção pode ser uma estratégia para evitar perdas da amostra decorrente do abandono. Dessa forma, diminuir o número de sessões também poderia aumentar a viabilidade e aceitabilidade da intervenção para estudantes universitários, que tendem a ter disponibilidade limitada de tempo e normalmente mudam seus horários semestralmente (BURKE et al., 2020).

Contudo, embora encurtar alguns dos módulos possa potencialmente otimizar a adesão, pode também comprometer a eficácia global da intervenção devido a menos informações ou técnicas benéficas serem transmitidas e treinadas. Uma possível solução seria fornecer uma quantidade de conteúdo de forma flexível, permitindo que os participantes adequassem a intervenção às suas necessidades específicas ou oferecer um tempo maior para completar as sessões, o que podem contribuir para otimizar a intervenção em estudos futuros (HARRER et al., 2018).

Além disso, seria de interesse para a pesquisa descobrir as razões pelas quais os participantes de fato desistiram, e compreender as experiências subjetivas dos alunos não aderentes (FLEISCHMANN et al., 2018; PALACIOS et al., 2018). Considerações para aumentar a motivação e o nível de engajamento ao longo das sessões sugeridas na literatura podem incluir: oferecer *feedback* mais frequente, oferecer acompanhamento por meio de lembretes (via *e-mail* ou pelo celular), além de encorajamento para participantes na forma de mensagens de texto ou outras mídias, impulsionar as redes sociais para conexão e interação social entre os participantes que poderiam documentar e compartilhar suas experiências com o programa (HORNSTEIN et al., 2023, 2024; MORTON et al., 2020; SALEEN et al., 2021; VAN MIERLO et al., 2024).

Uma limitação, quanto ao desenho de estudo, foi a ausência de medidas de *follow-up*. Se fosse incluído um acompanhamento de longo prazo (*follow-up*), este contribuiria para avaliar como o efeito desta intervenção poderia ser estável ao longo do tempo (STREPPARAVA et al., 2016). Destaca-se que dados relativos à saúde mental e satisfação com a intervenção foram obtidos com base em autorrelato. Limitações de autorrelato também foram observados em alguns estudos (COUDRAY et al., 2019; GUSTAINIENÉ et al., 2015; HINTZ et al., 2015) e são considerados limitações pois dependem da percepção subjetiva dos participantes e as respostas também podem sofrer com o fenômeno da desejabilidade. Outra limitação é a capacidade de generalização dos resultados da pesquisa, uma vez que a amostra se limitou a alunos de graduação de apenas

uma universidade federal mineira. Uma vez que o tamanho da amostra também foi pequeno, trabalhos futuros são necessários para estabelecer se as descobertas seriam generalizadas para outras universidades ou faculdades, diversas populações estudantis ou outros contextos.

Sugestões futuras incluem automatizar o processo de entrega das sessões, seja por meio do desenvolvimento de uma plataforma ou por meio de aplicativos para dispositivos móveis, o que permitirá uma maior liberdade ao participante. Assim, o terapeuta poupará tempo com o envio de *e-mails*, poderá dar um retorno mais rápido a um número maior de participantes, além de permitir uma interação e contato mais próximo com o terapeuta e demais participantes por meio de fóruns de discussão. O uso de aplicativos também pode ser utilizado para monitorar o progresso na psicoterapia, lembrar os participantes de completar os módulos, enviar mensagens motivacionais e servir como um espaço para os participantes manterem registradas mudanças de humor, níveis de estresse, entre outras (HARRER et al, 2018; SALEEN et al., 2021; VAN MIERLO et al., 2024).

Sugere-se que estudos futuros venham a medir a prontidão para a mudança (motivação) antes do início das sessões e explorar o impacto da prontidão da mudança nos níveis de envolvimento com a intervenção e nos resultados alcançados. Administrar a motivação e expectativas é relevante pois pode diminuir o abandono, aumentar a adesão e aumentar a eficácia (ALFONSSON et al., 201; EL ALAOUI et al., 2015).

Além disso, incluir uma primeira sessão *online* com o terapeuta pode ser interessante, pois, como afirma o estudo de King et al. (2015) fornecer a opção de aconselhamento *online* para os participantes, usando princípios de entrevista motivacional, tem um impacto positivo na prontidão dos alunos para considerar e se envolver em tratamento de saúde mental. Dessa maneira, além do atendimento assíncrono, os participantes também teriam os benefícios de uma entrevista motivacional, de modo síncrono com o terapeuta. Este contato do terapeuta pode ser feito de diversas maneiras, como por telefone, *chat* ou videoconferência (BENTON et al., 2016).

Com relação à avaliação da satisfação seria interessante que estudos futuros incluíssem, para além de um questionário na pós-intervenção, a aplicação de uma entrevista semi-dirigida para obtenção de mais dados qualitativos, uma vez que é fundamental compreender como fatores familiares, sociais, culturais poderiam também influenciar no processo de saúde-doença dos participantes – dados que extrapolam as

escalas existentes. Uma ferramenta qualitativa que avalie o conteúdo apresentado nas sessões também pode fornecer embasamento clínico para a melhoria das técnicas (BASTOS, 2023). Sugere-se também a criação de instrumentos de diagnósticos específicos para esta população, uma vez que não foram encontrados na revisão de literatura escalas e testes específicos para a população universitária que mensurassem níveis de saúde mental.

21 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo a criação, execução e avaliação da efetividade de um protocolo de intervenção, via *internet* baseado na Terapia Cognitivo Comportamental para redução de sintomas ansiosos, estressores e depressivos na população jovem universitária. O principal objetivo da elaboração deste protocolo foi fornecer acesso a conceitos de saúde mental de uma maneira descomplicada, leve, criativa para promover educação para a saúde, além de apresentar ferramentas terapêuticas, para aplicação prática, baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental por meio de uma intervenção autoguiada e assíncrona (ou seja, que não dependesse da presença e/ou condução simultânea de um terapeuta).

A intervenção apresentou resultados promissores, com evidências de efetividade para a redução da sintomatologia em ansiedade, estresse e depressão. Além disso, a análise qualitativa de satisfação dos participantes demonstrou uma porcentagem de satisfação alta (90%) entre os participantes que completaram a intervenção. Também foi possível constatar *feedbacks* com elogios quanto a qualidade do material, a duração da intervenção, a forma de condução e percepções sobre a melhoria nos sintomas e aumento do bem-estar. Alguns *feedbacks* incluíram solicitações que precisam ser avaliadas para a realização de estudos futuros, como, por exemplo, maior contato entre participante e terapeuta e mais tempo para a realização das sessões.

Além das contribuições para o meio científico, a pesquisa pôde oferecer atendimento a nível de prevenção e promoção de saúde mental, proporcionando um retorno social e psicológico para a instituição do que foi produzido academicamente. Este retorno para a comunidade acadêmica é viável não só por reduzir as listas de espera pela busca por um atendimento, mas também porque ampliou a oferta de serviços psicológicos da universidade, favorecendo a oportunidade de acesso principalmente para estudantes de baixa renda, além de, pela característica de ser *online*, poder oferecer acesso a um número maior de pessoas a curto espaço de tempo.

Entende-se que cuidar da saúde mental do universitário e do desenvolvimento de sua carreira é também ampliar as condições de sua permanência na universidade, tendo em vista a interface entre os processos de saúde-doença e o desempenho acadêmico e profissional. Compreender as principais dificuldades vivenciadas pelos estudantes

durante esse período, no exercício do seu novo papel social, o de acadêmico universitário, é fundamental tanto para prevenir situações que podem contribuir para o adoecimento quanto para evitar o abandono. A literatura demonstra que o atendimento às necessidades psicológicas de universitários por meio de propostas de intervenção ainda é escasso. Dessa maneira, intervenções baseadas em evidências tornam-se ferramentas necessárias para melhor adaptação ao ambiente acadêmico, para aumentar a eficácia da formação profissional e para promover a saúde desta população.

Este trabalho também pode contribuir com futuras investigações, desdobrando em mais pesquisas que envolvam a construção de instrumentos ou de novas modalidades de tratamento e que aprimorem a tecnologia em prol do tratamento psicoterapêutico. Esta intervenção assíncrona pode também se tornar um instrumento de apoio para os terapeutas clínicos e psicólogos escolares que atuam no Ensino Superior, permitindo que seus pacientes realizem atividades complementares, responsáveis por dar maior efetividade ao tratamento. Ademais, incorporar as intervenções dentro da proposta curricular das unidades acadêmicas e envolver o corpo docente e institucional nos processos de divulgação e implementação pode ser viável para expandir as propostas interventivas dentro da universidade.

Os próximos passos concentram-se em aprimorar a intervenção, para que ela possa ser oferecida a todos os alunos ingressantes da UFJF, como um meio de auxiliar na adaptação e identificação de sinais já na fase inicial dos sintomas. Posteriormente, é possível adaptar o conteúdo para a criação de uma plataforma *online* e/ou um aplicativo, no qual o terapeuta teria uma maior forma de interação com os participantes. Ademais, o conteúdo desta intervenção pode no futuro ser oferecido para as demais instituições de Ensino Superior, a nível nacional, o que possibilitaria a avaliação da efetividade em termos de um nível de amostragem mais robusto.

22 REFERÊNCIAS

AKEMAN, E. et al. A pragmatic clinical trial examining the impact of a resilience program on college student mental health. **Depression and Anxiety**, v. 37, n. 3, p. 202–213, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/da.22969>. Acesso em: 2 jul. 2025.

AL-ALAWI, M. et al. Efficacy of a six-week-long therapist-guided online therapy versus self-help internet-based therapy for COVID-19-induced anxiety and depression: Open-label, pragmatic, randomized controlled trial. **JMIR Mental Health**, v. 8, n. 2, e26683, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/26683>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ALFONSSON, S.; OLSSON, E.; HURSTI, T. Motivation and treatment credibility predicts dropout, treatment adherence, and clinical outcomes in an internet-based cognitive behavioral relaxation program: a randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 18, n. 3, e5352, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.5352>. Acesso em: 2 jul. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5**. Arlington: American Psychiatric Association, 2014.

ANDERSSON, G. Internet interventions: past, present and future. **Internet Interventions**, v. 12, p. 181–188, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.03.008>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ANDRADE, A. D. S. et al. Vivências acadêmicas e sofrimento psíquico de estudantes de psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, p. 831–846, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703004142015>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ANDRADE, J. B. C. D. et al. Contexto de formação e sofrimento psíquico de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 2, p. 231–242, 2014. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712014000200010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 2 jul. 2025.

ANJOS, D. R. L. D.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-R): avaliação de estudantes de medicina em um curso com currículo inovador. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 22, n. 1, p. 105–123, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-40772017000100006>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ARAÚJO, D. D. F.; COSTA, E. L. Efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental on-line no cenário de pandemia da COVID-19: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 17, n. 2, p. 105–112, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20210023>. Acesso em: 2 jul. 2025.

AUERBACH, R. P. et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization world mental health surveys. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 14, p. 2955–2970, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291716001665>. Acesso em: 2 jul. 2025.

AUERBACH, R. P. et al. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 127, n. 7, p. 623–638, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/abn0000362>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BARDAGI, M. P.; ALBANAES, P. Avaliação de Intervenções Vocacionais no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 16, n. 2, p. 123–135, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203046164004>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRABLE, A.; PAPADATOU-PASTOU, M.; TZOTZOLI, P. Supporting mental health, wellbeing and study skills in Higher Education: an online intervention system. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 12, n. 1, p. 1–9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0233-z>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BARRANTES-BRAIS, K.; BALAGUER-SOLÁ, I. Efecto de intervenciones de psicología positiva y ejercicio físico en el bienestar y malestar psicológico de estudiantes universitarios. **Revista Costarricense de Psicología**, v. 38, n. 2, p. 149–177, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i02.03>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BASSOLS, A. M. S. et al. **Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes do primeiro ano de medicina da UFRGS**. 2011. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/36930/000815468.pdf?sequence=1>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Tradução de S. Costa. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BENICIO, E. K. O.; MACHADO, Y. F. **Educação emocional e resiliência entre estudantes universitários: alguns apontamentos**. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 5., 2018, João Pessoa. Anais [...]. João Pessoa: Editora Realize, 2018. Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2018/TRABALHO_EV117_MD4_SA18_ID2570_10092018224304.pdf. Acesso em: 2 jul. 2025.

BELASCO, I. C.; PASSINHO, R. S.; VIEIRA, V. A. Práticas integrativas e complementares na saúde mental do estudante universitário. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 71, n. 1, p. 103–111, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i1p.103-111>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BENTON, S. A. et al. Therapist-assisted, online (TAO) intervention for anxiety in college students: TAO outperformed treatment as usual. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 47, n. 5, p. 363–371, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/pro0000097>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BERGER, T. et al. Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. **Cognitive Behaviour Therapy**, v. 40, n. 4, p. 251–266, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.616531>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BESSA, A. C. N.; OLIVEIRA E SILVA, A. P.; MACHADO SALES, I. M.; VIEIRA BRAGA, I.; AGAPITO GUEDES, Y. O.; SOARES MACEDO, M. T. S.; ROCHA, J. S. B. Saúde mental em estudantes universitários durante a pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 14, e14996, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3895/rbqv.v14n0.14996>. Disponível em: <https://revistas.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/14996>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BLEICHER, T.; OLIVEIRA, R. C. N. D. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 20, p. 543–549, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539201502031040>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BMC PSYCHOLOGY. Global prevalence of depression and anxiety among medical students: a meta-analysis. **BMC Psychology**, v. 12, n. 45, p. 338, 2024. Disponível em: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-024-01838-y>. Acesso em: 23 jul. 2025.

BONI, R. A. S. et al. Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: prevalence and associated factors. **PLOS ONE**, v. 13, n. 3, e0191746, 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191746>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BONIFÁCIO, S. D. P.; SILVA, R. C. B. D.; MONTESANO, F. T.; PADOVANI, R. D. C. Investigação e manejo de eventos estressores entre estudantes de Psicologia. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 15–20, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100004. Acesso em: 2 jul. 2025.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. O impacto das habilidades sociais para a depressão em estudantes universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 4, e324212, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324212>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BOTELLA, C. et al. Un programa de intervenció autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido. **Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport**, v. 33, n. 2, p. 39–48, 2015. Disponível em: <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/264>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BOWER, P. et al. Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. **British Medical Journal**, v. 346, f540, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f540>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BOWERING, E. R.; MILLS, J.; MERRITT, A. Learning how to learn: a student success course for at-risk students. **Canadian Journal for the Scholarship of**

Teaching and Learning, v. 8, n. 3, p. 1–14, 2017. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=EJ1162951>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BRIDGES, L. S. et al. Using the PRECEDE-PROCEED model for an online peer-to-peer suicide prevention and awareness for depression (SPAD) intervention among African American college students: experimental study. **Health Promotion Perspectives**, v. 8, n. 1, p. 15–24, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15171/hpp.2018.02>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BROGLIA, E.; MILLINGS, A.; BARKHAM, M. Challenges to addressing student mental health in embedded counselling services: a survey of UK higher and further education institutions. **British Journal of Guidance & Counselling**, v. 46, n. 4, p. 441–455, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03069885.2017.1370695>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BROZOVICH, F.; HEIMBERG, R. G. An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. **Clinical Psychology Review**, v. 28, n. 6, p. 891–903, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.002>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em: 2 jul. 2025.

BRUFFAERTS, R. et al. Mental health problems in college freshmen: prevalence and academic functioning. **Journal of Affective Disorders**, v. 225, p. 97–103, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.044>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BUNTROCK, C. et al. Preventing depression in adults with subthreshold depression: health-economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial of a web-based intervention. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 1, p. 1–16, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.6587>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BURATO, K. R. D. S.; CRIPPA, J. A. D. S.; LOUREIRO, S. R. Transtorno de ansiedade social e comportamentos de evitação e de segurança: uma revisão sistemática. **Estudos de Psicologia**, v. 14, p. 167–174, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000200010>. Acesso em: 2 jul. 2025.

BURKE, A. S. et al. Rationale, methods, feasibility, and preliminary outcomes of a transdiagnostic prevention program for at-risk college students. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, p. 1030, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.6587>. Acesso em: 2 jul. 2025.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. Santos: [s.n.], 2006.

CABANACH, R. G. et al. Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. **European Journal of Education and Psychology**, v. 3, n. 1, p. 75–87, 2010. Disponível em: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3227516>. Acesso em: 2 jul. 2025.

CABANACH, R. G. et al. Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. **European Journal of Education and Psychology**, v. 7, n. 1,

p. 43–57, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.30552/ejep.v7i1.100>. Acesso em: 2 jul. 2025.

CAZASSA, M. J.; OLIVEIRA, M. S.; SLAVICH, G. M. **Baralho Stresstegy: 13 caminhos para driblar o estresse**. Porto Alegre: Editora Sinopsys, 2020.

CLARK, D. A. et al. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. **Journal of Cognitive Psychotherapy**, v. 14, n. 1, p. 100–106, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/0889-8391.14.1.100>. Acesso em: 2 jul. 2025.

CLARK, D. A. Cognitive perspective on social phobia. In: CROZIER, W. R.; ALDREN, L. E. **International handbook of social anxiety: concepts, research and interventions relating to the self and shyness**. Chichester: John Wiley & Sons, 2001.

CLARK, D.; BECK, A. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012a.

CLARK, D. A.; BECK, A. **Vencendo a ansiedade e a preocupação com a terapia cognitivo-comportamental: tratamentos que funcionam: manual do paciente**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2012b.

CAMINHA, R. M.; GUSMÃO, M. **Emocionário: dicionário das emoções**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Sinopsys, 2022.

CONLEY, C. S.; DURLAK, J. A.; KIRSCH, A. C. A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. **Prevention Science**, v. 16, p. 487–507, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0543-1>. Acesso em: 2 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. RESOLUÇÃO CFP nº 011/2012. **Regulamenta os serviços psicológicos realizados por meios tecnológicos de comunicação a distância, o atendimento psicoterapêutico em caráter experimental e revoga a Resolução CFP nº 12/2005**. 2012. Disponível em: https://ite.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Resoluxo_CFP_nx_011-12.pdf. Acesso em: 2 jul. 2025.

COOK, L.; MOSTAZIR, M.; WATKINS, E. Reducing stress and preventing depression (RESPOND): randomized controlled trial of web-based rumination-focused cognitive behavioral therapy for high-ruminating university students. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, n. 5, e11349, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/11349>. Acesso em: 2 jul. 2025.

COUDRAY, C.; PALMER, R.; FRAZIER, P. Moderators of the efficacy of a web-based stress management intervention for college students. **Journal of Counseling Psychology**, v. 66, n. 6, p. 747–754, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/cou0000340>. Acesso em: 2 jul. 2025.

COZZOLINO, M.; CELIA, G.; GIRELLI, L.; LIMONE, P. Effects of the brain wave modulation technique administered online on stress, anxiety, global distress, and affect during the first wave of the COVID-19 pandemic: a randomized clinical trial. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 635877, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.635877>. Acesso em: 2 jul. 2025.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

- CYBULSKI, C. A.; MANSANI, F. P. Análise da depressão, dos fatores de risco para sintomas depressivos e do uso de antidepressivos entre acadêmicos do curso de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, p. 92–101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160034>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- DAVIES, E. B.; MORRISS, R.; GLAZEBROOK, C. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 5, e3142, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.3142>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- DAY, V.; MCGRATH, P. J.; WOJTOWICZ, M. Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: a randomized controlled clinical trial. **Behaviour Research and Therapy**, v. 51, n. 7, p. 344–351, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.03.003>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- DEAR, B. F. et al. Examining an internet-delivered intervention for anxiety and depression when delivered as a part of routine care for university students: a phase IV trial. **Journal of Affective Disorders**, v. 256, p. 567–577, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.044>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- DEASY, C. et al. Psychological distress and coping amongst higher education students: a mixed method enquiry. **PLOS ONE**, v. 9, n. 12, e115193, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115193>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- DEMENECH, L. M. et al. Prevalence of anxiety, depression and suicidal behaviors among Brazilian undergraduate students: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 282, p. 147–159, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.108>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- DITZ, C. P. **Testagem de uma intervenção psicológica via internet para pacientes com sintomatologia em ansiedade social**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2020.
- DOS ANJOS, I. C. B. et al. **Saúde mental e pandemia de Covid-19: impacto na saúde dos acadêmicos**. In: CONGRESSO DE SAÚDE COLETIVA DA UFPR, 2., 2020, Curitiba. Anais [...]. Curitiba: UFPR, 2020.
- DUGGLEBY, W. et al. Qualitative research and its importance in adapting interventions. **Qualitative Health Research**, v. 30, n. 10, p. 1605–1613, 2020. DOI: 10.1177/1049732320920229.
- EL ALAOUI, S. et al. Effectiveness of Internet-based cognitive–behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 83, n. 5, p. 902–914, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0039198>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- ELLIS, L. A.; CAMPBELL, A. J.; SETHI, S. The feasibility of e-therapy as a treatment option for depression in rural and remote communities. **Australian Journal of Rural Health**, v. 19, n. 6, p. 296–300, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2011.01237.x>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ESTÁCIO, L. S. D. S. et al. O produtivismo acadêmico na vida dos discentes de pós-graduação. **Em Questão**, v. 25, n. 1, p. 133-158, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/79285>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ETTMAN, C. K. et al. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. **JAMA Netw Open**, v. 3, n. 9, e2019686, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FARRER, L. M. et al. A novel multi-component online intervention to improve the mental health of university students: Randomised controlled trial of the Uni Virtual Clinic. **Internet Interventions**, v. 18, 100276, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100276>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FERNANDES, F. **Resiliência. 50 questões para ajudar a enfrentar dificuldades e adversidades**. São Paulo: Editora Matrix, 2018.

FERNANDES, M. et al. Prevención del suicidio: concepción de estudiantes universitarios. **Enfermería Universitaria**, v. 16, n. 4, p. 414-423, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.622>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FERRARI, M. et al. Digital Interventions for Psychological Well-being in University Students: Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 24, n. 9, e39686, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/39686>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FERREIRA, V. S.; OLIVEIRA, M. A.; VANDENBERGHE, L. Efeitos a curto e a longo prazo de um grupo de desenvolvimento de habilidades sociais para universitários. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 1, p. 73-81, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000100009>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FLEISCHMANN, R. J. et al. Patients' experiences in a guided Internet-and App-based stress intervention for college students: A qualitative study. **Internet Interventions**, v. 12, p. 130-140, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.12.001>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FRACASSO, F. F. **Intervenção breve baseada na terapia cognitivo-comportamental on-line para universitários com sintomas de depressão e risco de suicídio no retorno às aulas presenciais durante a pandemia de Covid-19: ensaio clínico randomizado**. 2024. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/44ce78c7-1780-4a90-a22d-0408a38a1445>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FREEMAN, A. **As 10 bobagens mais comuns que as pessoas inteligentes cometem**. São Paulo: Editora Versal, 2006.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. **Social Science & Medicine**, v. 26, n. 3, p. 309-317, 1988. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90395-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4). Acesso em: 2 jul. 2025.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. **II Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das**

instituições federais de ensino superior. 2004. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2021/07/II-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioeconomico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. **III Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior**. 2011. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2021/07/III-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioeconomico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. **IV Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior**. 2016. Disponível em: <http://www.fonaprace.andifes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/DIAGRAMACAO-perfil2016.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. **V Pesquisa Nacional de Perfil Socioeconômico e Cultural dos (as) Graduandos (as) das IFES**. 2019. Disponível em: <http://www.fonaprace.andifes.org.br/site/wp-content/uploads/2019/06/V-Pesquisa-do-Perfil-Socioeconômico-dos-Estudantes-de-Graduação-das-U.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FURLAN, L. A. Eficacia de una intervención para disminuir la ansiedad frente a los exámenes en estudiantes universitarios argentinos. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 22, n. 1, p. 75-89, 2013. Disponível em: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692013000100006. Acesso em: 2 jul. 2025.

GAIOTTO, E. M. G. et al. Response to college students' mental health needs: a rapid review. **Revista de Saude Publica**, v. 55, p. 114, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003363>. Acesso em: 2 jul. 2025.

GERSHKOVICH, M. et al. Internet-delivered acceptance-based cognitive-behavioral intervention for social anxiety disorder with and without therapist support: a randomized trial. **Behavior Modification**, v. 41, n. 5, p. 583-608, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0145445517694457>. Acesso em: 2 jul. 2025.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2016.

GUNDIM, V. A. et al. Saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37293>. Acesso em: 2 jul. 2025.

GUSTAINIENĖ, L. et al. Effectiveness of progressive muscle relaxation and biofeedback-assisted relaxation in reducing perceived stress among students with

regard to personality features. **International Journal of Psychology: A Biopsychosocial Approach**, n. 16, p. 67-91, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7220/2345-024X.16.4>. Acesso em: 2 jul. 2025.

HARRER, M. et al. Effectiveness of an internet-and app-based intervention for college students with elevated stress: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 4, e9293, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.9293>. Acesso em: 2 jul. 2025.

HAWKE, L. D. et al. Going virtual: youth attitudes toward and experiences of virtual mental health and substance use services during the COVID-19 pandemic. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06321-7>. Acesso em: 2 jul. 2025.

HEBER, E. et al. The benefit of web-and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 2, e32, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.5774>. Acesso em: 2 jul. 2025.

HEDMAN, E. et al. Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. **Behaviour Research and Therapy**, v. 64, p. 49-55, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.009>. Acesso em: 2 jul. 2025.

HINTZ, S.; FRAZIER, P. A.; MEREDITH, L. Evaluating an online stress management intervention for college students. **Journal of Counseling Psychology**, v. 62, n. 2, p. 137-147, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/cou0000014>. Acesso em: 2 jul. 2025.

HOPE, D.; HEIMBERG, R.; TURK, C. **Terapia cognitivo comportamental para ansiedade social: Guia do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HORNSTEIN, S. et al. Personalization strategies in digital mental health interventions: a systematic review and conceptual framework for depressive symptoms. **Frontiers in Digital Health**, v. 5, 1170002, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fdgth.2023.1170002>. Acesso em: 2 jul. 2025.

INGLIS, G.; JENKINS, P.; McHARDY, F.; SOSU, E.; WILSON, C. Poverty stigma, mental health, and well being: A rapid review and synthesis of quantitative and qualitative research. **Journal of Community & Applied Social Psychology**, v. 33, n. 4, p. 783–806, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/casp.2677>. Acesso em: 16 jul. 2025.

ITO, L. M.; ROSO, M. C.; TIWARI, S.; KENDALL, P. C.; ASBAHR, F. R. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s96-s101, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007>. Acesso em: 2 jul. 2025.

JACOBSON, E. Progressive relaxation. **The American Journal of Psychology**, v. 100, n. 3/4, p. 522-537, 1987. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1422693>. Acesso em: 2 jul. 2025.

KARYOTAKI, E. et al. Examining the effectiveness of a web-based intervention for symptoms of depression and anxiety in college students: study protocol of a randomised

controlled trial. **BMJ Open**, v. 9, n. 5, e028739, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028739>. Acesso em: 2 jul. 2025.

KAUER, S. D.; MANGAN, C.; SANCI, L. Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 3, e66, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.3103>. Acesso em: 2 jul. 2025.

KING, C. A. et al. Online suicide risk screening and intervention with college students: a pilot randomized controlled trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 83, n. 3, p. 630-636, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0038805>. Acesso em: 2 jul. 2025.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

KOTSOÚ, I. **Caderno de Exercícios de Inteligência Emocional**. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

KRIFA, I. et al. Effectiveness of an online positive psychology intervention among Tunisian healthcare students on mental health and study engagement during the Covid-19 pandemic. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 14, n. 4, p. 1228-1254, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aphw.12332>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LAMEU, J. D. N.; SALAZAR, T. L.; SOUZA, W. F. D. Prevalência de sintomas de stress entre graduandos de uma universidade pública. **Psicologia da Educação**, n. 42, p. 13-22, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752016000100002. Acesso em: 2 jul. 2025.

LAMOURÈRE, O. **Caderno de exercícios e dicas para fazer amigos e ampliar suas relações**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

LARCOMBE, W. et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological distress among students at an Australian university. **Studies in Higher Education**, v. 41, n. 6, p. 1074-1091, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03075079.2014.966072>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LATTIE, E. G. et al. Digital mental health interventions for depression, anxiety, and enhancement of psychological well-being among college students: systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 21, n. 7, e12869, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/12869>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LAZARUS, R. S. Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. In: RECE, V. H. (Ed.). **Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2012. p. 195-222. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=_Vp2AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA199&dq=lazarus+2000+stress&ots=6IEsQ2H2Nn&sig=Y9vsr2e_O6XzEfjuS2BfBpwiE1U#v=onepage&q=lazarus%202000%20stress&f=false. Acesso em: 2 jul. 2025.

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

LEAHY, R. L. **Como lidar com as preocupações**: sete passos para impedir que elas paralisem você. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.

LEAHY, R. L. **Vença a depressão antes que ela vença você**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2015.

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva**: manual do terapeuta. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2018.

LEAHY, R. L. **Não acredite em tudo que você sente**: identifique seus esquemas emocionais e liberte-se da ansiedade e da depressão. Porto Alegre: Artmed Editora, 2020.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia**: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013.

LEHRER, P.; CARRINGTON, P. A. T. Progressive relaxation, autogenic training, and meditation. In: *Handbook of mind-body medicine for primary care*. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=6EU5DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA137&dq=Progressive+relaxation,+autogenic+training+and+meditation.%C2%A0Handbook&ots=YleaF9hT8P&sig=S7OUbQ-pL0_60Vpbbi1I-EHub-g#v=onepage&q=Progressive%20relaxation%2C%20autogenic%20training%20and%20meditation.%C2%A0Handbook&f=false. Acesso em: 2 jul. 2025.

LI, Y.; WANG, Y.; JIANG, J.; VALDIMARSDÓTTIR, U.; FALL, K.; FANG, F.; SONG, H.; LU, D. Mental health among college students during the COVID-19 pandemic in China: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 301, p. 234-245, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.045>.

LIPP, M. E. N. Stress e suas implicações. **Estud. Psicol. (Campinas)**, v. 1, n. 3/4, p. 5-19, 1984. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-6206>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LIU, Z. et al. The efficacy of computerized cognitive behavioral therapy for depressive and anxiety symptoms in patients with COVID-19: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23, n. 5, e26883, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/26883>. Acesso em: 2 jul. 2025.

LOPES, R.; NASCIMENTO, R.; LOPES, F. **Caixinha AntiAnsiedade**: 100 questões para pensar no seu jeito de encarar a vida. São Paulo: Editora Matrix, 2018.

MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia**, v. 37, e200067, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200067>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MARINHO, C. A. C. **Prevalência de sintomas de ansiedade, estresse, depressão e transtorno do estresse pós-traumático em estudantes universitários no contexto pós-pandemia da Covid-19**. 2025. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/82067>. Acesso em: 23 jul. 2025.

MCCALL, H. C. et al. Evaluating a web-based social anxiety intervention among university students: randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 20, n. 3, e8630, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.8630>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MENDO LÁZARO, S.; DEL BARCO, B. L.; FELIPE CASTAÑO, E.; POLO DEL RIO, M. I. Entrenamiento en habilidades sociales en el contexto universitario: efecto sobre las habilidades sociales para trabajar en equipos y la ansiedad social. **Behavioral Psychology / Psicología Conductual**, v. 24, n. 3, p. 423-438, 2016. Disponível em: http://www.researchgate.net/profile/Santiago-Mendo/publication/311218593_social_skills_training_in_the_university_context_effect_on_the_social_skills_for_working_in_teams_and_social_anxiety/links/5b73f70192851ca6506213b9/social-skills-training-in-the-university-context-effect-on-the-social-skills-for-working-in-teams-and-social-anxiety.pdf. Acesso em: 2 jul. 2025.

MIRANDA, M. B. **Desenvolvimento de uma plataforma online de terapia autoguiada para o transtorno de ansiedade social de desempenho** [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2023. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFJF_03e18626d6617547c88700a8143954e4. Acesso em: 2 jul. 2025.

MONTAGNI, I.; CARIOU, T.; FEUILLET, T.; LANGLOIS, E.; TZOURIO, C. Exploring digital health use and opinions of university students: field survey study. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 6, n. 3, e9131, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/mhealth.9131>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MONTERO-MARÍN, J. et al. An internet-based intervention for depression in primary care in Spain: a randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 18, n. 8, e231, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.5695>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MOREIRA, K. A.; MELO, A. G.; JORGETTO, G. V. Prevalence of depression, anxiety and stress in university population in pandemic times. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, e7911527731, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27731>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MOREIRA, J. F. G.; TELZER, E. H. Changes in family cohesion and links to depression during the college transition. **Journal of Adolescence**, v. 43, p. 72-82, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.012>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MORETTI, F. A.; HÜBNER, M. M. C. O estresse e a máquina de moer alunos do ensino superior: vamos repensar nossa política educacional? **Revista Psicopedagogia**, v. 34, n. 105, p. 258-267, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000300003. Acesso em: 2 jul. 2025.

MORTON, D. P. et al. A multimodal intervention for improving the mental health and emotional well-being of college students. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v.

14, n. 2, p. 216-224, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1559827617733941>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MOURA, F. R. D.; FACCI, M. G. D. A atuação do psicólogo escolar no ensino superior: configurações, desafios e proposições sobre o fracasso escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 20, p. 503-514, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539201502031036>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MUÑOZ, G. N.; ASECIO, E. N. Mejora de las estrategias de autorregulación del aprendizaje en la universidad: impacto de un programa de adaptación académica a grado. **Bordón: revista de pedagogía**, v. 70, n. 4, p. 121-136, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.13042/Bordon.2018.60148>. Acesso em: 2 jul. 2025.

MUSIAT, P. et al. Web-based indicated prevention of common mental disorders in university students in four European countries—study protocol for a randomised controlled trial. **Internet Interventions**, v. 16, p. 35-42, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.02.004>. Acesso em: 2 jul. 2025.

NASCIMENTO, R.; LOPES, R.; LOPES, P. **Exercícios de Inteligência Emocional. 100 perguntas para aprimorar suas competências**. Editora Matrix, 2018.

NGUYEN-FENG, Viann N.; GREER, Christiaan S.; FRAZIER, Patricia. *Using online interventions to deliver college student mental health resources: evidence from randomized clinical trials*. **Psychological Services**, v. 14, n. 2, p. 140-151, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/ser0000154>. Acesso em: 2 jul. 2025.

NOH, D.; KIM, H. Effectiveness of online interventions for the universal and selective prevention of mental health problems among adolescents: a systematic review and meta-analysis. **Prevention Science**, v. 24, n. 2, p. 353-364, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01443-8>. Acesso em: 2 jul. 2025.

O'BRIEN, N.; LAWLOR, M.; CHAMBERS, F.; O'BRIEN, W. State of mind ireland-higher education: a mixed-methods longitudinal evaluation of a positive mental health intervention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, 5530, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155530>. Acesso em: 2 jul. 2025.

OLIVEIRA, C. T. D.; DIAS, A. C. G.; PICCOLOTO, N. M. Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para as dificuldades de adaptação acadêmica. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 9, n. 1, p. 10-18, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20130003>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo**. 2022. Disponível em: <http://paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PACHECO, J. P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 39, p. 369-378, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PADOVANI, R. D. C. et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 1, p. 02-10, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PALACIOS, J. E. et al. Supported internet-delivered cognitive behavioral therapy programs for depression, anxiety, and stress in university students: open, non-randomised trial of acceptability, effectiveness, and satisfaction. **JMIR Mental Health**, v. 5, n. 4, e11467, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2196/11467>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PALMA-GÓMEZ, A. et al. Efficacy of a self-applied online program to promote resilience and coping skills in university students in four Spanish-speaking countries: study protocol for a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02536-w>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PAPADATOU-PASTOU, M. et al. A review of web-based support systems for students in higher education. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, p. 1-20, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0165-z>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PEDRELLI, P.; NYER, M.; YEUNG, A.; ZULAUF, C.; WILENS, T. College students: mental health problems and treatment considerations. **Acad Psychiatry**, v. 39, p. 503–511, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0205-9>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PETITCOLLIN, C. **Caderno de Exercícios para se Organizar Melhor e Viver sem Estresse**. Editora Vozes, 2017.

PICON, P.; KNIJNIK, D. Z. Fobia social. In: KNAPP, P. **Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica**. Artmed, 2009. p. 226-247.

PIGANI, E. **Caderno de Exercícios para Desacelerar quando Tudo vai Rápido Demais**. Editora Vozes, 2014.

POLETTI, R.; DOBBS, B. **Caderno de Exercícios para Autoestima**. Editora Vozes, 2013.

POTTS, C. et al. Digital Mental Health Interventions for Young People Aged 16-25 Years: Scoping Review. **J Med Internet Res**, v. 27, e72892, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/72892>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RAMOS, F. P. et al. Intervenções psicológicas com universitários em serviços de apoio ao estudante. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26707/1984-7270/2019v19n2p221>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Artmed, 2001.

RECABARREN, R. E.; GAILLARD, C.; GUILLOD, M.; MARTIN-SOELCH, C. Short-term effects of a multidimensional stress prevention program on quality of life, well-being and psychological resources: A randomized controlled trial. **Frontiers in**

Psychiatry, v. 10, p. 1-15, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00088>. Acesso em: 2 jul. 2025.

REIMER, C.; TRINKAUS, S.; JURKAT, H. B. Suicidal tendencies of physicians—an overview. **Psychiatrische Praxis**, v. 32, n. 8, p. 381-385, 2005. Disponível em:

<https://doi.org/10.1055/s-2005-866903>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RIDLEY, M.; RAO, G.; SCHILBACH, F.; PATEL, V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. **Science**, v. 370, n. 6522, p. eay0214, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>. Acesso em: 16 jul. 2025.

RISO, W. **Maravilhosamente Imperfeito Escandalosamente Feliz**. L&PM Editores, 2017.

RIVADENEIRA-GUERRERO, M. F. et al. Experiencia y resultados de un proceso educativo interdisciplinario para la promoción de salud en universitarios. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 25, n. 2, p. 109-123, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.12>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ROCHA, M. S. et al. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários durante a pandemia do COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 80959-80970, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv7n8-352>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RODRÍGUEZ, D. M.; RAMÍREZ, M. T. G.; LANDAVERDE, O. D. M. Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones. **Revista de Psicología**, v. 6, n. 2, p. 121-136, 2014. Disponível em:

<https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5151781>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ROHDE, P. et al. Pilot trial of a dissonance-based cognitive-behavioral group depression prevention with college students. **Behaviour Research and Therapy**, v. 82, p. 21-27, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.05.001>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RONG, Y. et al. Improving knowledge and attitudes towards depression: a controlled trial among Chinese medical students. **BMC Psychiatry**, v. 11, p. 1-10, 2011.

Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/36>. Acesso em: 2 jul. 2025.

ROSEMBERG, M. B. **Comunicação não violenta - Nova edição**: Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Editora Ágora, 2021.

ROZEIRA, C. H. B. Vivências na graduação em Psicologia: discutindo a saúde mental dos universitários. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 4, p. 175-189, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n4p175-189>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RUFATO, F. D.; ROSSETTO, E.; WILKON, N. W. V. O adoecimento psíquico em jovens universitários. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 15, n. 34, p. 1-24, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20952/revtee.v15i34.16903>. Acesso em: 2 jul. 2025.

RYAN, M. L.; SHOCHET, I. M.; STALLMAN, H. M. Universal online interventions might engage psychologically distressed university students who are unlikely to seek formal help. **Advances in Mental Health**, v. 9, n. 1, p. 73-83, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5172/jamh.9.1.73>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SALAMANCA-SANABRIA, A.; RICHARDS, D.; TIMULAK, L. Adapting an internet-delivered intervention for depression for a Colombian college student population: an illustration of an integrative empirical approach. **Internet Interventions**, v. 15, p. 76-86, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.11.005>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SALAMANCA-SANABRIA, A. et al. A culturally adapted cognitive behavioral internet-delivered intervention for depressive symptoms: randomized controlled trial. **JMIR Mental Health**, v. 7, n. 1, e13392, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/13392>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SALEEM, M. et al. Understanding engagement strategies in digital interventions for mental health promotion: scoping review. **JMIR Mental Health**, v. 8, n. 12, e30000, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/30000>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SALEH, D.; CAMART, N.; SBEIRA, F.; ROMO, L. Can we learn to manage stress? A randomized controlled trial carried out on university students. **PloS One**, v. 13, n. 9, e0200997, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200997>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SMITH, J. Qualitative methods in psychological intervention research: understanding the how and why. **Journal of Clinical Psychology**, v. 80, n. 2, p. 123–137, 2024.

SANTA, N. D.; CANTILINO, A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, p. 772-780, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SERRANO PINTADO, I.; DELGADO SÁNCHEZ-MATEOS, J.; ESCOLAR-LLAMAZARES, M. C. A stress inoculation program to cope with test anxiety: differential efficacy as a function of worry or emotionality. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 34, n. 1, p. 3-18, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242016000100002&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 2 jul. 2025.

SILVA LANTYER, A. et al. Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 18, n. 2, p. 4-19, 2016. Disponível em: https://researchgate.net/profile/Angelica-Lantyer/publication/309385121_Ansiedade_e_Qualidade_de_Vida_entre_Estudantes_Universitarios_Ingressantes_Avaliacao_e_Intervencao/links/585a9efc08ae64cb3d4ac7ee/Ansiedade-e-Qualidade-de-Vida-entre-Estudantes-Universitarios-Ingressantes-Avaliacao-e-Intervencao.pdf. Acesso em: 2 jul. 2025.

SILVA, R. M.; GOULART, C. T.; DE AZEVEDO GUIDO, L. Evolução histórica do conceito de estresse. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 7, n. 2, p. 148-156, 2018. Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/316>. Acesso em: 2 jul. 2025.

STAPPEN, A. V. **Caderno de exercícios para se afirmar e enfim ousar dizer não**. Editora Vozes, 2014.

STREPPARAVA, M. G. et al. Cognitive counselling intervention: treatment effectiveness in an Italian university centre. **British Journal of Guidance & Counselling**, v. 44, n. 4, p. 423-433, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03069885.2015.1110561>. Acesso em: 2 jul. 2025.

SOUZA, H. S.; SOUZA, J. F. L. P.; RODRIGUES, L. E. B. **Guia Prático da Eureka sobre Micropassos. Princípios básicos para sair do zero e vencer o caos da vida**. 26. ed. Eureka, 2021.

SOUZA, H. S.; SOUZA, J. F. L. P.; RODRIGUES, L. E. B. **Guia Prático da Eureka sobre Criação de Metas. 8 miniguias para você criar metas fortes e que funcionam**. 12. ed. Eureka, 2020a.

SOUZA, H. S.; SOUZA, J. F. L. P.; RODRIGUES, L. E. B. **Depressão 2. 8 miniguias completos para se proteger da doença do século**. 18. ed. Eureka, 2020b.

SOUZA, H. S.; SOUZA, J. F. L. P.; RODRIGUES, L. E. B. **Guia prático da eureka sobre relacionamentos. 8 miniguias ilustrados para você cultivar o amor e a amizade**. 3. ed. Eureka, 2019.

SOUZA, H. S.; SOUZA, J. F. L. P.; RODRIGUES, L. E. B. **Guia prático de inteligência emocional. 8 miniguias completos sobre saúde emocional**. Eureka, 2018.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Artmed Editora, 2014.

SUNDE, R. M. Impactos da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos estudantes universitários. **PSIUNISC**, v. 5, n. 2, p. 33-46, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v5i2.16348>. Acesso em: 2 jul. 2025.

TEODORO, M. L. M. et al. Saúde mental em estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 2, p. 372-382, 2021. Disponível em: <http://redalyc.org/journal/4979/497969633003/497969633003.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

THALMAAN, Y. **Caderno de Exercícios de Eficácia Pessoal**. Editora Vozes, 2017.

TRIGUEIRO, E. S. O.; CALDAS, G. F. R.; SILVA, J. M. F. L. Saúde mental e sofrimento psíquico em estudantes universitários. **Educação em Perspectiva**, v. 12, e021021, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22294/eduper/ppge/ufv.v12i01.9675>. Acesso em: 2 jul. 2025.

TROCKEL, M.; MANBER, R.; CHANG, V.; THURSTON, A.; TAILOR, C. B. An e-mail delivered CBT for sleep-health program for college students: effects on sleep quality and depression symptoms. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 7, n. 3, p.

276-281, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.5664/JCSM.1072>. Acesso em: 2 jul. 2025.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. **Boas práticas para a promoção de bem-estar na universidade**. 2020. Disponível em: http://www.sae.unicamp.br/portal/images/guia_boas_praticas_univesidade_2020.pdf. Acesso em: 2 jul. 2025.

VAN MIERLO, T.; RONDINA, R.; FOURNIER, R. Nudges and Prompts Increase Engagement in Self-Guided Digital Health Treatment for Depression and Anxiety: Results From a 3-Arm Randomized Controlled Trial. **JMIR Formative Research**, v. 8, e52558, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/52558>. Acesso em: 2 jul. 2025.

VENTURINI, E.; GOULART, M. S. B. Universidade, solidão e saúde mental. **Interfaces - Revista de Extensão da UFMG**, v. 4, n. 2, p. 94-136, 2016. Disponível em: <https://www.periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/18985>. Acesso em: 2 jul. 2025.

VIEIRA, L. N.; SCHERMANN, L. B. Estresse e fatores associados em alunos de psicologia de uma universidade particular do sul do Brasil. **Aletheia**, v. 46, p. 120-130, 2015. doi: 10.5935/1808-5687.20130003.

VIDOUREK, R. A.; BURBAGE, M. Positive Mental Health and Mental Health Stigma: A Qualitative Study Assessing Student Attitudes. **Mental Health & Prevention**, v. 13, p. 1–6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.11.006>. Acesso em: 2 jul. 2025.

VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104-109, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>. Acesso em: 2 jul. 2025.

VIZZOTTO, M. M.; DE JESUS, S. N.; MARTINS, A. C. Saudades de casa: indicativos de depressão, ansiedade, qualidade de vida e adaptação de estudantes universitários. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 59-73, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i1.469>. Acesso em: 2 jul. 2025.

VOURDA, M. C. et al. A Mixed-Methods Evaluation of a Wellbeing Programme Designed for Undergraduate Students: Exploring Participants' Experiences Using Interpretative Phenomenological Analysis. **Education Sciences**, v. 15, n. 5, 604, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/educsci15050604>. Acesso em: 2 jul. 2025.

WEYTENS, F.; LUMINET, O.; VERHOFSTADT, L. L.; MIKOLAJCZAK, M. An integrative theory-driven positive emotion regulation intervention. **PLoS One**, v. 9, n. 4, e95677, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0095677>. Acesso em: 2 jul. 2025.

WORSLEY, J. D.; PENNINGTON, A.; CORCORAN, R. Supporting mental health and wellbeing of university and college students: A systematic review of review-level evidence of interventions. **PLoS One**, v. 17, n. 7, e0266725, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266725>. Acesso em: 2 jul. 2025.

- WHITEHILL, J. M.; BROCKMAN, L. N.; MORENO, M. A. “Just talk to me”: communicating with college students about depression disclosures on Facebook. **Journal of Adolescent Health**, v. 52, n. 1, p. 122-127, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.015>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- WRIGHT, J. H.; BROWN, G. K.; THASE, M. E.; BASCO, M. R. An illustrated guide to learning cognitive behavioral therapy. **Journal of Clinical Psychology**, 2018. (ou *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado*. Artmed Editora, 2018.)
- WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2008.
- XIAO, H.; ZHANG, Y.; KONG, D.; LI, S.; YANG, N. The effects of the COVID-19 pandemic on mental health of college students: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 669119, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.669119>.
- YU, Y. et al. The role of family environment in depressive symptoms among university students: a large sample survey in China. **PloS One**, v. 10, n. 12, e0143612, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143612>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- ZALAF, M. R. R.; FONSECA, R. M. G. S. D. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 132-138, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000100017>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- ZAROWSKI, B.; GIOKARIS, D.; GREEN, O. Effects of the COVID-19 pandemic on university students’ mental health: a literature review. **Cureus**, v. 16, n. 2, e54032, 11 fev. 2024. DOI: 10.7759/cureus.54032
- ZHANG, W. R. et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 89, n. 4, p. 242–250, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000507639>. Acesso em: 2 jul. 2025.
- ZHIYU, Y.; WENTIAN, L.; RUIZI, Z. Online psychosocial interventions for improving mental health in people during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 316, p. 120-131, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.023>. Acesso em: 2 jul. 2025.

23 APÊNDICES

23.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Bem-vindo (a)!

IMPORTANTE: Precisamos lhe conhecer melhor para observar se o seu perfil corresponde a

nossa proposta de intervenção.

1- Nome completo:

2 - Endereço de e-mail:

3 - Telefone para contato:

4- Período da graduação:

- ☐ 1 período
- ☐ 2 período
- ☐ 3 período
- ☐ 4 período
- ☐ 5 período
- ☐ 6 período
- ☐ 7 período
- ☐ 8 período
- ☐ 9 período
- ☐ 10 período
- ☐ Atualmente estou desperiodizado
- ☐ Atualmente estou na residência/especialização
- ☐ Atualmemente estou no mestrado
- ☐ Atualmente estou no doutorado

5- Faixa etária:

- ☐ 18-20 anos
- ☐ 21-22 anos
- ☐ 23-25 anos
- ☐ 26-29 anos
- ☐ Acima de 30 anos
- ☐ Acima de 35 anos
- ☐ Acima de 40 anos

6- Estado Civil:

- ☐ Solteiro
- ☐ Casado
- ☐ União estável
- ☐ Divorciado
- ☐ Viuvo
- ☐ Outro _____

7- Escolaridade:

- ☐ Ensino médio (2º Grau) completo
- ☐ Curso técnico
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo
- ☐ Pós-graduação incompleta (ainda cursando mestrado)
- ☐ Pós-graduação incompleta (ainda cursando doutorado)
- ☐ Pós-graduação completa (mestrado)
- ☐ Pós-graduação completa (doutorado)

8- Cor:

☐ Branco (a) ☐ Pardo (a) ☐ Preto (a) ☐ Amarelo (a) ☐ Outro: _____

9- É membro de grupo com pertencimento étnico cultural de povos e comunidades tradicionais?

- ☐ Sim
- ☐ Indígena ☐ Quilombola
- ☐ Outros especifique: _____
- ☐ Não

10- Gênero:

- ☐ feminino
- ☐ masculino
- ☐ mulher transexual/transgênero
- ☐ homem transexual/transgênero
- ☐ travesti
- ☐ não binário
- ☐ outros _____

11- Em qual faixa de renda Per Capita sua família se encontra? (Renda Per Capita é o resultado da renda familiar total dividido pelo número de membros da família):

- ☐ menos de meio salário-mínimo
- ☐ até um salário-mínimo
- ☐ de um a dois salários-mínimos
- ☐ três a quatro salários-mínimos
- ☐ acima de cinco salários-mínimos

11- Você é natural de qual estado?

- ☐ Acre (AC)
- ☐ Alagoas (AL)
- ☐ Amapá (AP)
- ☐ Amazonas (AM)
- ☐ Bahia (BA)
- ☐ Ceará (CE)
- ☐ Distrito Federal (DF)
- ☐ Espírito Santo (ES)
- ☐ Goiás (GO)
- ☐ Maranhão (MA)
- ☐ Mato Grosso (MT)
- ☐ Mato Grosso do Sul (MS)
- ☐ Minas Gerais (MG)
- ☐ Pará (PA)
- ☐ Paraíba (PB)
- ☐ Paraná (PR)
- ☐ Pernambuco (PE)
- ☐ Piauí (PI)
- ☐ Rio de Janeiro (RJ)
- ☐ Rio Grande do Norte (RN)
- ☐ Rio Grande do Sul (RS)
- ☐ Rondônia (RO)
- ☐ Roraima (RR)
- ☐ Santa Catarina (SC)
- ☐ São Paulo (SP)
- ☐ Sergipe (SE)
- ☐ Tocantins (TO)

10- Você faz uso de algum medicamento? Se sim, especifique.

11- Há quanto tempo?

12- Já fez tratamento psicológico ou psiquiátrico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

13- Quanto tempo durou? _____

14- Atualmente você está fazendo tratamento psicológico ou psiquiátrico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15- Você tem um domínio no uso do computador para executar atividades como acesso de e-mail, uso de redes sociais, conhecimento de segurança na internet, uso de sites, entre outros?

- ☐ Nada
- ☐ Um pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante

16- Você terá a disponibilidade de participar do projeto por 5 semanas consecutivas e dedicar-se por volta de 40 a 45 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

17- Você terá disponibilidade de utilizar um computador com acesso à internet?

- ☐ Sim
- ☐ Não

18- Você se comprometerá a utilizar um computador com antivírus e demais ferramentas de segurança, a fim de resguardar o sigilo?

- ☐ Sim
- ☐ Não

23.2 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PÓS-INTERVENÇÃO

1- Nome completo Endereço:

2- Endereço de e-mail:

3- O que te motivou a participar deste projeto?

4- Realizou tratamento psicológico durante a prática do nosso programa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5- Realizou tratamento psiquiátrico durante a prática do nosso programa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

6- Realizou tratamento medicamentoso (antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor?) durante a prática do programa?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Sua Impressão sobre o tratamento: Por favor, seja o mais sincero (a) possível em suas respostas. Sua avaliação é muito importante para aprimorarmos nossa intervenção.

6- Em geral, qual o seu nível de satisfação com o tratamento?

- ☐ Insatisfeito(a)
- ☐ Indiferente
- ☐ Na maioria das vezes satisfeito (a)
- ☐ Satisfeito (a)

7- Como você avalia a qualidade dos materiais oferecidas?

- ☐ Insatisfatória
- ☐ Indiferente
- ☐ Boa
- ☐ Satisfatória
- ☐ Excelente

8- Como você avalia o tempo que foi disponibilizado entre as sessões?

- ☐ Insatisfatória
- ☐ Indiferente
- ☐ Boa
- ☐ Satisfatória
- ☐ Excelente

9- Com base nas atividades e exercícios propostos, você conseguiu executá-los?

- ☐ Sim, realizei todas as atividades propostas
- ☐ Sim, realizei grande parte das atividades propostas
- ☐ Sim, realizei parcialmente as atividades propostas
- ☐ Não, tive dificuldades em me organizar para executá-las ao longo da semana
- ☐ Não, tive dificuldade de compreensão das atividades propostas

10- Com base nas atividades e exercícios propostos no programa, você avalia que houve: (poderá marcar quantas opções forem constatadas):

- ☐ Aumento do bem-estar
- ☐ Aumento da qualidade de vida
- ☐ Melhoria nos relacionamentos pessoais
- ☐ Redução de sintomas de ansiedade
- ☐ Redução de sintomas de ansiedade
- ☐ Redução de sintomas de depressão
- ☐ Aumento da sua autoestima
- ☐ Desenvolveu ferramentas e recursos para lidar com situações adversas
- ☐ Aprendeu a reconhecer suas emoções
- ☐ Aprendeu a lidar de uma forma mais saudável com suas emoções
- ☐ Aprendeu a reconhecer seus medos e enfrenta-los
- ☐ Crescimento e desenvolvimento pessoal
- ☐ Melhorou sua capacidade de comunicação
- ☐ Melhorou sua gestão de tempo
- ☐ Melhorou sua capacidade de resolver problemas
- ☐ Melhorou seu desempenho acadêmico
- ☐ Outro: _____

10- Qual era a sua expectativa antes de realizar as sessões?

11- Após o término do tratamento, suas expectativas prévias foram atendidas?

- ☐ Não
- ☐ Parcialmente
- ☐ Sim

12- Você indicaria esse tratamento para alguém?

- ☐ Não
- ☐ Pouco provável
- ☐ Talvez
- ☐ Sim

13- Gostaria poderia fazer alguma sugestão sobre o tratamento, criticar ou pontuar alguma possibilidade de melhoria?

24 ANEXOS

24.1 ESCALA DASS-21

DASS – 21 Versão traduzida e validada para o português do Brasil
Autores: Vignola, R.C.B. & Tucci, A.M.

Instruções

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado **0,1,2 ou 3** que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

- 0 Não se aplicou de maneira alguma
- 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
- 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
- 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

1	Achei difícil me acalmar	0 1 2 3
2	Senti minha boca seca	0 1 2 3
3	Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4	Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0 1 2 3
5	Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0 1 2 3
6	Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0 1 2 3
7	Senti tremores (ex. nas mãos)	0 1 2 3
8	Senti que estava sempre nervoso	0 1 2 3
9	Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0 1 2 3
10	Senti que não tinha nada a desejar	0 1 2 3
11	Senti-me agitado	0 1 2 3
12	Achei difícil relaxar	0 1 2 3
13	Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0 1 2 3
14	Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0 1 2 3
15	Senti que ia entrar em pânico	0 1 2 3
16	Não consegui me entusiasmar com nada	0 1 2 3
17	Senti que não tinha valor como pessoa	0 1 2 3
18	Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0 1 2 3
19	Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0 1 2 3
20	Senti medo sem motivo	0 1 2 3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

24.2 TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Vivian Daniele de Lima responsável pelo projeto de pesquisa intitulado Intervenção autoguiada online baseada na terapia cognitivo comportamental para ansiedade, estresse e depressão declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Nome do Pesquisador Responsável: Vivian Daniele de Lima
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Psicologia, Instituto de Ciências Humanas
CEP: 36036-900
Fone: (32) 991022767
E-mail: vivianlimah@gmail.com

Juiz de Fora ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura

Nome do pesquisador responsável

24.3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Plena Mente: uma proposta de promoção de saúde mental em universitários da UFJF”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é oferecer materiais psicoeducativos online e gratuitos a fim de promoção e prevenção de saúde mental dos acadêmicos da instituição, visando contribuir para a redução de sintomas de ansiedade e depressão em universitários da UFJF.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: preenchimento de formulário com questionário sociodemográfico e com uma escala de ansiedade, estresse e depressão (DASS-21). Você também receberá um material psicoeducativo semanalmente, que será enviado pelo seu e-mail cadastrado. Esta pesquisa apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. (tais como: sentir algum nível de desconforto ou constrangimento, exposição de afetos, riscos de ver expostas situações ou características pessoais, dentre outros). Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito a indenização. A pesquisa pode ajudar na redução de sintomas de ansiedade, depressão, além de contribuir para o aumento do bem-estar e qualidade de vida. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento é preenchido pelo google formulário. Ao final do preenchimento, você receberá uma cópia pelo e-mail, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

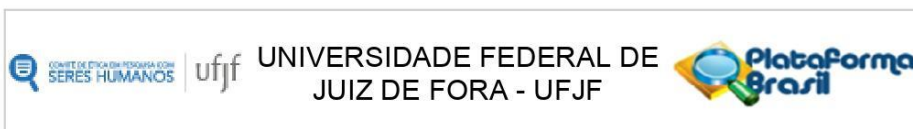
Juiz de Fora, ____ de ____ de 2023.

Ao clicar na opção abaixo, você declara que leu e compreendeu as informações acima e que concorda em participar da pesquisa. Se você não quiser participar, basta fechar essa página.

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Vivian Daniele de Lima
Campus Universitário da UFJF
Faculdade de Psicologia, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas
CEP: 36036-900
Fone: (32) 991022767
E-mail: vivianlimah@gmail.com

24.4 COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Plena Mente: uma proposta de promoção de saúde mental em universitários da UFJF.

Pesquisador: VIVIAN DANIELE DE LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 66509823.1.0000.5147

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Psicologia (UFJF)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.994.404

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa. "Desenho: Será realizado um estudo transversal, de promoção de saúde mental autoguiada (via internet) baseado na Terapia Cognitivo Comportamental para universitários com sintomas de ansiedade e depressão".

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar a efetividade de um programa de intervenção autoguiado para promoção e prevenção de saúde mental em universitários da UFJF. Objetivo Secundário:

1. Identificar os escores relacionados aos níveis de ansiedade e depressão no pré e pós-teste. 2. Verificar a efetividade do programa, por meio da comparação entre os resultados do pré e pós-teste. 3. Verificar a satisfação dos participantes com o programa apresentado, por meio de uma avaliação de satisfação".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Esta pesquisa é classificada como de risco mínimo. Os participantes podem eventualmente sentir algum nível de desconforto ou constrangimento, exposição de afetos, riscos de ver expostas situações ou características pessoais, dentre outros. O pesquisador se compromete a prestar toda assistência terapêutica necessária aos participantes que não se

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 5.994.404

sentirem confortáveis durante e após a intervenção. Benefícios: Os participantes do estudo podem se beneficiar com este programa de saúde mental, uma vez que ele pode contribuir para a redução da sintomatologia de depressão e ansiedade, por meio das informações psicoeducativas, técnicas cognitivas, técnicas comportamentais, estratégias e demais recursos apresentados ao longo dos módulos".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N**Bairro:** SAO PEDRO**CEP:** 36.036-900**UF:** MG**Município:** JUIZ DE FORA**Telefone:** (32)2102-3788**E-mail:** cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 5.994.404

norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa em julho de 2024.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1941173.pdf	10/04/2023 18:39:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoCorrigido2.docx	10/04/2023 18:30:51	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	QuestionarioSociodemograficoCorrigido.docx	27/02/2023 11:41:02	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECorrigido.docx	27/02/2023 11:40:30	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidadeeSigilo.docx	12/01/2023 11:18:53	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	lattescurriculovivian.pdf	12/01/2023 11:17:57	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	curriculolatteslelio.pdf	12/01/2023 11:15:34	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	Modulo5Estresse.pdf	11/01/2023 11:06:51	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	Modulo4Depressao.pdf	11/01/2023 11:04:38	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	Modulo3Ansiedade.pdf	11/01/2023 10:57:22	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	Modulo2Emocoes.pdf	11/01/2023 10:55:19	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito
Outros	Modulo1BoasVindas.pdf	11/01/2023 10:52:53	VIVIAN DANIELE DE LIMA	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N**Bairro:** SAO PEDRO**CEP:** 36.036-900**UF:** MG**Município:** JUIZ DE FORA**Telefone:** (32)2102-3788**E-mail:** cep.propp@ufjf.br