



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

GEANNINY RAFAELLY MONTEIRO DA COSTA

**A SÍNDROME DO IMPOSTOR E O DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
COM DISCENTES DE DIREITO**

**JOÃO PESSOA
2022**

GEANNINY RAFAELLY MONTEIRO DA COSTA

**A SÍNDROME DO IMPOSTOR E O DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
COM DISCENTES DE DIREITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Juliana Toledo Araújo Rocha.

Coorientador: Dr. Carlos Eduardo Pimentel.

JOÃO PESSOA
2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C838s Costa, Geanniny Rafaelly Monteiro da.

A Síndrome do Impostor e o Direito à Saúde Mental:
um estudo com discentes de Direito / Geanniny Rafaelly
Monteiro da Costa. - João Pessoa, 2022.

81 f. : il.

Orientação: Juliana Toledo Araújo Rocha.

Coorientação: Carlos Eduardo Pimentel.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Direito à Saúde Mental. 2. Síndrome do Impostor.
3. Ensino Superior. I. Rocha, Juliana Toledo Araújo.
II. Pimentel, Carlos Eduardo. III. Título.

UFPB/CCJ

CDU 34

GEANNINY RAFAELLY MONTEIRO DA COSTA

**A SÍNDROME DO IMPOSTOR E O DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO
COM DISCENTES DE DIREITO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito de João Pessoa do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial da obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Dr.^a Juliana Toledo Araújo Rocha.

Coorientador: Dr. Carlos Eduardo Pimentel.

DATA DA APROVAÇÃO: 09 DE DEZEMBRO DE 2022

BANCA EXAMINADORA:

**Prof.^a Dr.^a JULIANA TOLEDO ARAÚJO ROCHA
(ORIENTADORA)**

**Prof. Dr. CARLOS EDUARDO PIMENTEL
(COORIENTADOR)**

**Prof.^a Dr.^a ANA LUÍSA CELINO COUTINHO
(AVALIADOR)**


Prof.^a Dr.^a JULIANA TOLEDO ARAÚJO ROCHA
(ORIENTADORA)

Prof. Dr. CARLOS EDUARDO PIMENTEL
(COORDENADOR)

Prof.^a Dr.^a ANA LUISA CELINO COUTINHO
(AVALIADOR)

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
SISTEMA INTEGRADO DE PATRIMÔNIO, ADMINISTRAÇÃO E CONTRATOS

FOLHA DE ASSINATURAS

Emitido em 13/12/2022

MONOGRAFIA Nº 13122022/2022 - CCJ - CM (11.01.46.01.03)
(Nº do Documento: 13122022)

(Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 13/12/2022 17:33)
ANA LUISA CELINO COUTINHO
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
1189964

(Assinado digitalmente em 13/12/2022 18:54)
CARLOS EDUARDO PIMENTEL
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
2014467

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufpb.br/documentos/> informando seu número:
13122022, ano: 2022, documento (espécie): MONOGRAFIA, data de emissão: 13/12/2022 e o código de
verificação: 5ebdff4688

Dedico este trabalho, assim como todo o meu esforço ao longo da vida, a minha mãe e minha irmã, que tanto amo.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Ednadjá Monteiro, e minha irmã, Geisianny Monteiro, as quais nunca mediram esforços para me ajudar e apoiar ao longo de toda a minha vida, principalmente desde o início da trajetória acadêmica. Aproveito para mencionar a minha tia, Ana Maria Florêncio, que posso chamar de mãe; a minha grande amiga Hérica Duarte, que posso chamar de irmã; e o meu pai, Gean Costa.

Aos meus avós, Ednólia da Silva e Flávio Monteiro. Aproveito para mencionar a minha avó de coração, Geralda Florêncio. Aludo *in memoriam*, minha avó, avô e bisavó, respectivamente: Suzete Dias, Otacílio Costa e Eulina da Silva. Todos da minha família (biológica ou de coração) colaboraram de alguma maneira para esta realização.

Aos amigos feitos ao decorrer da vida, em especial durante o Ensino Médio e Superior, que sempre estiveram ao meu lado, independente do tempo ou distância, pela amizade incondicional, carinho e consideração. É primordial apontar também aqueles com quem compartilhei o transporte público, tendo em vista as tantas horas de conversa e troca de conhecimentos, tudo isso com segurança graças aos motoristas, especificamente Redmi Oliveira, que na ocupação do referido cargo fez de tudo para trazer mais alegria aos universitários.

A todos os professores que tive do Ensino Fundamental ao Superior, os quais certamente impactaram na minha formação, especialmente aqueles com participação direta no desenvolvimento deste trabalho (orientadora e coorientador). Não posso deixar de citar “tia Belca”, que deu todo suporte possível para enriquecer o meu processo de aprendizado, desde a Pré-escola até o Ensino Médio, através do excelente desempenho da função de diretora do colégio onde estudei por anos, com muito orgulho.

A todas as pessoas com quem convivi no decurso desses anos, que de algum modo foram capazes de contribuir para este feito.

RESUMO

Todos indivíduos merecem a proteção completa do Direito à Saúde Mental. É particularmente importante salvaguardar o bem-estar mental dos discentes de Direito ao longo do Ensino Superior, para que possam se concentrar nos estudos, concluir a graduação com excelência e entrar no mercado de trabalho com aptidão para assegurar o progresso do Direito no Brasil. Diante disso, faz-se necessário verificar se o direito básico mencionado está sendo garantido na íntegra aos discentes do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa. A verificação referida se deu através da aplicação de questionário composto por duas escalas, as quais são: Escala CIPS – *Clance Impostor Phenomenom Scale*, e Escala DASS-21 (versão reduzida) – *Depression Anxiety and Stress Scale*. A metodologia é hipotético-dedutiva e a pesquisa é do tipo correlacional. A Síndrome do Impostor, mensurada pela escala CIPS, trata justamente do descrédito da própria capacidade intelectual, fator geralmente interligado a problemas como depressão, ansiedade e estresse, por isso a aplicação conjunta da escala DASS-21 (versão reduzida). Através dos resultados obtidos, verificou-se, portanto, que 211 respondentes (92,58%), os quais fazem parte dos níveis moderado, alto e elevado, possuem a influência da Síndrome do Impostor durante a graduação. Para o presente estudo, 151 discentes (66,23%) têm a Síndrome do Impostor, fator indicador de nível alto e elevado da presença da síndrome. Destes, grande parcela é do sexo feminino, entre 20 a 24 anos e está cursando o primeiro ou quinto ano do curso. A média da pontuação obtida para a Síndrome do Impostor foi de 65,60 (nível alto). Além disso, observou-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Síndrome do Impostor e os três fatores (ansiedade, depressão e estresse). Sendo assim, tais constatações servem para evidenciar que o Direito à Saúde Mental não está sendo garantido na íntegra aos discentes do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa durante o Ensino Superior. Desse modo, políticas públicas focalizadas na saúde mental, desenvolvidas e implementadas por gestores de saúde, são aconselhadas para conseguir criar um ambiente de aprendizagem positivo no qual o bem-estar emocional dos estudantes seja priorizado, com o intuito de diminuir cada vez mais a incidência da Síndrome do Impostor, assim como distanciar a possibilidade de acometimento de quaisquer doenças e transtornos mentais.

Palavras-chave: Direito à Saúde Mental. Síndrome do Impostor. Ensino Superior.

ABSTRACT

All individuals receive the full protection of Mental Health Right. It is particularly important to protect the mental health of law students throughout higher education so they can concentrate on their studies, complete their graduation with excellence and find a job with mandatory requirements to ensure the progress of law in Brazil. So, it is necessary to verify whether the aforementioned basic right is being fully guaranteed to students of the Law course at the Federal University of Paraíba - Campus I - João Pessoa. This verification was by the application of two scales, which are: CIPS Scale – Clance Imposter Phenomenon Scale, and DASS-21 Scale (reduced version) – Depression, Anxiety and Stress Scale. The methodology is hypothetical-deductive and the research is correlational. The Impostor Syndrome, measured by the CIPS scale, deals precisely with discrediting one's own intellectual capacity, a factor usually linked to problems such as depression, anxiety and stress, the reason to joint application of the DASS-21 scale (short version). Through the obtained results, it is concluded, therefore, that 211 respondents (92.58%), which are part of the moderate, high and more high levels, suffer the influence of the Impostor Syndrome during higher education. For the present study, 151 students (66.23%) have the Impostor Syndrome, a factor that indicates a high and more high level of the presence of the syndrome. So, most are female, between 20 and 24 years old and in their first or fifth year of the course. The average score observed for the Impostor Syndrome was 65.60 (high level). In addition, positive and statistically significant correlations were observed between the Impostor Syndrome and the three factors (anxiety, depression and stress). Therefore, such findings serve to show that Mental Health Right is not being guaranteed in integrity to students of the Law course at the Federal University of Paraíba - Campus I - João Pessoa during higher education. In this way, public politics focused on mental health, developed and integrated by health managers, are advised to be able to create a positive learning environment in which the emotional well-being of students is prioritized, reducing the incidence of the Impostor Syndrome, as well as to distance the possibility of involvement of any illnesses and mental disorders.

Key-words: Mental Health Right. Impostor Syndrome. Higher Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes sem (33,77%) e com SI (66,23%).	36
Figura 2 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os respondentes com nível da SI elevado (17,03%), alto (48,91%), moderado (26,20%) e baixo (7,42%).	36
Figura 3 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes com SI do sexo masculino (35,76%) e do sexo feminino (66,24%).....	37
Figura 4 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes com SI com idade de 15 a 19 anos (27,15%), de 20 a 24 anos (60,93%), de 25 a 29 anos (6,62%) e de 30 anos ou mais (5,30%).	37
Figura 5 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes com SI matriculados no primeiro (25,17%), segundo (18,54%), terceiro (7,95%), quarto (22,52%) e quinto (25,83%) ano do curso.	38
Figura 6 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os níveis normal (49,01%), leve (16,56%), moderado (33,77%), severo (0,66%) e extremamente severo (0,00%) de depressão nos discentes com SI.	38
Figura 7 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os níveis normal (29,14%), leve (19,87%), moderado (32,45%), severo (16,56%) e extremamente severo (1,99%) de ansiedade nos discentes com SI.	39
Figura 8 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os níveis normal (30,46%), leve (59,60%), moderado (9,93%), severo (0,00%) e extremamente severo (0,00%) de estresse nos discentes com SI.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – A pontuação acima de 80 indica o nível elevado da Síndrome do Impostor; entre 61 e 80, nível alto; entre 41 e 60, nível moderado; e abaixo de 41, nível baixo.	33
Tabela 2 – A pontuação de 0 a 10 aponta o indicador normal de estresse; de 11 a 18, leve; de 19 a 26, moderado; de 27 a 34, severo; e de 35 a 42, extremamente severo.....	34
Tabela 3 – A pontuação de 0 a 6 aponta o indicador normal de ansiedade; de 7 a 9, leve; de 10 a 14, moderado; de 15 a 19, severo; e de 20 a 42, extremamente severo.....	34
Tabela 4 – A pontuação de 0 a 9 aponta o indicador normal de depressão; de 10 a 12, leve; de 13 a 20, moderado; de 21 a 27, severo; e de 28 a 42, extremamente severo.....	34
Tabela 5 – As médias da pontuação da Síndrome do Impostor, estresse, ansiedade e depressão foram, respectivamente: 65,60; 13,88; 10,98; e 12,03.	40
Tabela 6 – Correlações positivas entre a Síndrome do Impostor e a Ansiedade (0,499), Estresse (0,603) e Depressão (0,691). **. A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade)	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

ANVISA - AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

CCJ - CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS

CF - CONSTITUIÇÃO FEDERAL

CIPS - *CLANCE IMPOSTOR PHENOMENOM SCALE*

CNS - COMITÊ NACIONAL DE SAÚDE

DASS-21 - *DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE*

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JP - JOÃO PESSOA

NASF - NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

OAB - ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

SI – SÍNDROME DO IMPOSTOR

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SPSS - *STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE*

TCC - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UFPB - UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O DIREITO À SAÚDE, A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O SUS.....	14
3 O DIREITO À SAÚDE MENTAL E A SÍNDROME DO IMPOSTOR	19
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	19
3.2 A REDE DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL....	21
3.2.1 Nível primário de resolução.....	23
3.2.2 Nível secundário de resolução	24
3.2.3 Nível terciário de resolução	26
3.3 A SÍNDROME DO IMPOSTOR	30
4 MÉTODO	33
4.1 PARTICIPANTES	33
4.2 INSTRUMENTOS	33
4.3 PROCEDIMENTOS.....	35
4.4 ANÁLISE DE DADOS	35
5 RESULTADOS	36
5.1 RESULTADOS PRELIMINARES	36
5.2 RESULTADOS PRINCIPAIS	39
5.3 DISCUSSÃO.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	48
APÊNDICE B – RESPOSTAS OBTIDAS NO QUESTIONÁRIO.....	66

1 INTRODUÇÃO

O Direito fundamental à Saúde Mental deve ser assegurado plenamente em quaisquer fases da vida de um indivíduo. Durante o Ensino Superior, uma etapa essencial na capacitação que possibilita o ingresso dos futuros profissionais no mercado de trabalho, faz-se necessário garantir a preservação do estado de saúde psíquica dos discentes dentro das instituições de ensino, objetivando serem capazes de adquirir uma educação completa e, conseqüentemente, sentirem-se aptos para encarar o mercado de trabalho com maestria na respectiva área de atuação.

Diante disso, surge a preocupação de verificar se o direito fundamental supramencionado está sendo garantido na íntegra aos discentes do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa. A verificação referida será possível através da aplicação de questionário com duas escalas, são elas: Escala CIPS – *Clance Impostor Phenomenom Scale*, e Escala DASS-21 – *Depression Anxiety and Stress Scale*. Para tanto, a metodologia é hipotético-dedutiva e a pesquisa é do tipo correlacional.

O tema objeto deste trabalho é matéria de Direito Constitucional e encontra-se previsto na Constituição Federal de 1988 (Arts. 6º e 196). O Direito à Saúde Mental é espécie do gênero Direito à Saúde e está diretamente interligado com o princípio da dignidade da pessoa humana, para a total garantia do bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional.

A Síndrome do Impostor, examinada pela escala CIPS, trata justamente do descrédito da própria capacidade intelectual, fator geralmente relacionado a problemas como depressão, ansiedade e estresse, por isso a aplicação da escala DASS-21 (versão reduzida). Dessa forma, ao desenvolver a análise, subentende-se que, quanto mais alto o índice evidenciado nas escalas mais prejudicada está a saúde mental do estudante diante de toda a sobrecarga e pressão vivenciadas durante o Ensino Superior. É necessário, portanto, averiguar se o resultado dessa pesquisa pode relatar alguma ameaça ao Direito fundamental à Saúde Mental, constitucionalmente assegurado aos discentes em questão.

Em formato de questionamento, encontra-se da seguinte maneira o problema da pesquisa: O Direito à Saúde Mental dos estudantes de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa está sendo plenamente assegurado durante o Ensino Superior? Para conseguir obter uma resposta, este trabalho tem como objetivo geral verificar, por meio da hipótese de acometimento da síndrome do impostor, interligada aos fatores depressão,

ansiedade e estresse, se o Direito à Saúde Mental destes discentes está sendo plenamente assegurado durante o Ensino Superior, que é uma época tão importante na vida dos indivíduos.

Além disso, como objetivos específicos estão: (1) explicar o gênero Direito à Saúde e a espécie Direito à Saúde Mental; (2) definir a Síndrome do Impostor e correlaciona-la aos fatores de ansiedade, depressão e estresse; (3) examinar os resultados obtidos pelas escalas CIPS e DASS-21; e por fim, (4) verificar, com base neste exame dos resultados, se está sendo efetivamente assegurado o Direito à Saúde Mental dos graduandos de Direito da Universidade Federal Da Paraíba – Campus I – João Pessoa durante o Ensino Superior.

O tema deste trabalho foi escolhido em razão dos prejuízos à saúde mental dos estudantes universitários trazidos pela pandemia do novo Coronavírus. Segundo a matéria publicada pelo G1, com dados trazidos pelo estudo *Global Student Survey*:

Sete a cada dez universitários brasileiros (76%) declaram que a pandemia trouxe impacto na saúde mental, o maior índice registrado em 21 países analisados, segundo uma pesquisa divulgada nesta sexta-feira (26). Para a maior parte (87%), houve aumento de estresse e ansiedade. Apenas 21% buscou ajuda, e 17% declararam ter pensamentos suicidas.

Diante disso, nasceu a preocupação com as consequências destes infortúnios a longo prazo, especialmente durante a inserção desses universitários no mercado de trabalho após formados. Para tanto, fez-se primordial verificar a saúde mental dos discentes de Direito no cenário pós-pandêmico, para observar se o Direito fundamental à Saúde Mental dos mesmos está sendo assegurado devidamente para que estejam bem física e mentalmente agora e no futuro, bem como possam lograr êxito como profissionais da área quando concluírem o curso e garantir progresso para o Direito no Brasil.

2 O DIREITO À SAÚDE, A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O SUS

Seria impossível falar sobre Direito à Saúde Mental sem mencionar o Direito à Saúde *latu senso*. Portanto, o presente capítulo ensejará uma visão panorâmica dos aspectos constitucionais no tocante ao Direito à Saúde, tendo em vista o seu caráter social e fundamental, assim como o dever do Estado de garanti-lo.

O Estado se caracteriza pelo conjunto de instituições no âmbito político administrativo que organiza o espaço de um povo ou nação. Nesse sentido, os elementos fundamentais para a formação do Estado são: território, população e soberania, esta última assegurada através das leis e da instauração de fronteiras.

O Estado possui dois grandes papéis na esfera dos direitos humanos: papel indutor, através do qual se obriga a implementar políticas públicas educativas e culturais com a finalidade de conscientizar a nação no tocante a seus direitos e deveres; e papel garantidor, em que o Estado não pode isentar-se de desenvolver leis direcionadas à garantia dos direitos humanos, ao fornecimento de um sistema judiciário imparcial e célere e de elaborar políticas públicas com foco em garantir qualidade de vida social, cultural, educacional, econômica, sanitária, civil e política a toda a sociedade, de forma igual para todos, sem privilégios ou discriminações (ROSA; SZANIAWSKI, 2018).

Esse trabalho estatal deve garantir que as pessoas sejam respeitadas democraticamente e, ao mesmo tempo, faz-se necessário cuidar disso sem hesitação - proporcionando um espaço seguro para a liberdade de expressão e desenvolvimento, para "minorias culturais e políticas", em especial: mulheres, negros, indígenas, deficientes físicos, crianças, adolescentes e idosos, bem como indivíduos e grupos com orientação sexual homossexual ou bissexual (VERONEZE, 2018).

O grupamento de direitos humanos fundamentais é caracterizado por direitos e garantias individuais e coletivas como por exemplo, direito à vida, liberdade, igualdade, propriedade, entre outros, além de direitos sociais como, direito à saúde, educação, moradia, assistência social, trabalho, entre outros. Faz-se importante ressaltar que todos esses direitos são interdependentes e em consequência disso entende-se que sua instauração deve ser realizada de forma conjunta e não dissociada (BORGES, 2017).

Nesse diapasão, Belmudes e Souza (2008) asseveram que a Declaração Universal de Direitos Humanos e a Constituição da República são instrumentos capazes de garantir a dignidade da pessoa humana, a erradicação da pobreza e marginalização, a redução das desigualdades sociais, criando assim uma sociedade mais justa e solidária. Os autores afirmam

que embora a sociedade brasileira tenha progredido no tocante ao reconhecimento dos direitos da pessoa humana, ainda se encontra muito distante da possibilidade de garantir o mínimo existencial para uma existência digna.

Diante disso, apesar da evidente necessidade de progresso quanto aos fatores supramencionados, no tocante ao direito à saúde, o Brasil mostra-se bastante evoluído, de modo que o direito à saúde, necessário para garantir a dignidade da pessoa humana, foi inserido na Constituição Federal de 1988 com o objetivo de resguardar o bem-estar e a justiça social. Segue o artigo 6º da CF/88:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988)

Nesse sentido, a Constituição Federal (CF) garante o princípio da primazia ao direito à saúde, até mesmo como pressuposto para o livre exercício do direito à vida. Sendo assim, para assegurar esse direito, o Brasil desenvolveu um sistema de saúde dinâmico e multifacetado, baseado no princípio do acesso à saúde como um direito fundamental de toda pessoa e um dever do Estado, o qual é responsável por organizar um conjunto de iniciativas e serviços para garantir acesso universal, incondicional e não remunerado à assistência médica a todos os cidadãos. O papel da União engloba não apenas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas também a implementação de políticas sociais e econômicas para reduzir doenças ou agravos, conforme o disposto no art. 196 da CF/88:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O sistema de saúde adotado pelo Brasil recebe o nome de Sistema Único de Saúde (SUS), e é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Em conjunto com a Constituição Federal, a Lei 8.080 de 1990 (conhecida como Lei Orgânica da Saúde) e a Lei 8.142 de 1990 enfatizam os princípios e diretrizes do SUS, estabelecendo os padrões de financiamento para iniciativas e serviços de saúde pública (ASENSI, 2015).

O SUS opera de acordo com os seguintes princípios:

- a) Universalidade: todos os cidadãos têm direito a acesso a todos os serviços públicos de saúde (ou serviços contratados pela administração pública);

- b) Não discriminação: o acesso a todos os serviços é garantido a todos, sem discriminação baseada em raça, gênero, condição econômica, status social, orientação sexual, opiniões políticas ou quaisquer características sociais ou pessoais;
- c) Equidade: todos os cidadãos têm direitos iguais (em termos de acesso e uso de serviços) e serão atendidos de acordo com suas necessidades de saúde;
- d) Abrangência: as iniciativas e serviços públicos em níveis distintos de complexidade devem abranger todas as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, incluindo suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (ASENSI, 2015).

As obrigações de saúde do Estado são desenvolvidas no SUS pelo Ministério da Saúde, na esfera federal, e pelos respectivos serviços de saúde, nas esferas estadual e municipal, com base no federalismo cooperativo. Em termos gerais, o Governo Federal estabelece diretrizes nacionais para a política de saúde, os estados coordenam suas respectivas redes regionais, assim como os municípios planejam e implementam ações e serviços de saúde ao lado de outras cidades da mesma região, conforme as necessidades da população.

Dada essa autoridade comum, os órgãos da federação são conjuntamente responsáveis por atender às demandas de assistência à saúde, em razão dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquia, a autoridade judicial deve direcionar o cumprimento de acordo com as regras de divisão de poderes e ordenar o pagamento de indenização daqueles responsáveis por suportar os respectivos encargos financeiros.

O Comitê Nacional de Saúde (CNS), órgão conjunto instituído pela Lei 8.142 de 1990, é responsável pela estratégia e controle das políticas públicas de saúde, além dos seus aspectos econômico-financeiros, atuando como o mais alto órgão de decisão do SUS.

A Constituição Federal também permitiu ao setor privado desenvolver ações e serviços de saúde. Instituições privadas podem participar do sistema nacional de saúde (1) de forma acessória, fornecendo insumos ou serviços ou participando do gerenciamento da saúde com recursos próprios, seguindo diretrizes da administração pública e com base em contratos administrativos assinados com entidades públicas; e (2) suplementarmente, oferecendo serviços de saúde por meio de empresas que operam planos e planos de saúde privados (BLEICHER; BLEICHER, 2016).

Organizações filantrópicas e sem fins lucrativos têm precedência sobre outras entidades privadas na prestação de serviços ao SUS. No entanto, se os serviços dessas entidades não puderem ser contratados ou não forem suficientes para atender à demanda do SUS, a administração pública poderá contratar esses serviços para o SUS com entidades privadas com fins lucrativos.

A saúde suplementar é um setor econômico atendido por um número significativo de planos privados de saúde e operadoras de seguros. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituída pela Lei 9.961 de 2000, é aquela estabelecida pelo governo sob o Ministério da Saúde que opera em todo o país para regular, padronizar, controlar e inspecionar os seguros e planos de saúde privados, setor de planejamento (BLEICHER; BLEICHER, 2016).

A Lei 10.185 de 2001, previa a especialização de seguradoras em planos de saúde privados, sujeitas a regulamentação e fiscalização pela ANS. O marco regulatório para esse setor encontra-se na Lei 9.656 de 1998, que contém os regulamentos sobre planos de saúde e seguros privados (VERONEZE, 2018).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada pela Lei 9.782 de 1999, é a principal autoridade responsável pelo controle da saúde pública sobre a produção e comercialização de produtos e serviços designados, incluindo produtos farmacêuticos e dispositivos médicos. O Ministério da Saúde, o CNS, a ANS e a ANVISA são os órgãos governamentais encarregados principalmente da aplicação das leis e regras de saúde.

O SUS atende diretamente aproximadamente 75% da população. Os demais cidadãos (cerca de 47,3 milhões) possuem plano de saúde privado. A saúde privada é o terceiro ativo mais desejado pelos não-beneficiários, atrás apenas da educação e da propriedade residencial. Em grande parte, isso é resultado de deficiências na prestação de serviços de saúde do setor público devido a, entre outras coisas, restrições orçamentárias e escassez de mão-de-obra qualificada nas áreas médica e odontológica. O processo de “universalização excludente” estabelecido pelo SUS deu um forte impulso ao setor de saúde privado recentemente (VERONEZE, 2018).

A linha entre participantes públicos e privados sempre foi um pouco confusa, com sua coexistência resultando às vezes em sobreposições e ineficiências. Os usuários podem recorrer a ambos os lados do sistema, dependendo de suas reais necessidades ou recursos financeiros. Embora sejam díspares e descoordenados, esses dois setores são interdependentes. Eles não se excluem ou se substituem, dado o caráter universal do SUS. No entanto, os prontuários médicos para o mesmo usuário dos setores público e privado não são integrados, o que gera ineficiências no sistema de saúde.

Os pacientes escolhem regularmente entre o SUS e o setor de saúde privado após considerar sua condição médica, complexidade do tratamento e proximidade das instalações disponíveis, entre outros fatores. Inclusive, nos termos do artigo 32 da Lei 9.656 de 1998, os prestadores de serviços de saúde privados devem reembolsar o SUS pelos custos de tratamento público daqueles cobertos por um plano de saúde privado (VERONEZE, 2018).

O sistema de saúde também vem sendo afetado por outros dilemas globais, como o envelhecimento da população, que nas próximas décadas será em ritmo mais acelerado, colocando pressão no sistema de saúde já sobrecarregado. Além disso, a incorporação de novas tecnologias dispendiosas, expansão de procedimentos obrigatórios a serem cobertos por prestadores de serviços de saúde privados e decisões judiciais obrigando o estado e os operadores privados a cobrirem tratamentos médicos imprevistos, também são fatores-chave que prejudicam a escala do sistema de saúde.

No tocante ao Direito à Saúde, Braz e Montenegro (2010) afirmam que em ambientes hospitalares superlotados, tal direito se encontra negligenciado por parte do Estado, que não fornece condições mínimas para uma vida digna como um ambiente salubre, alimentação básica, roupas e materiais de higiene, medicamentos para manutenção da saúde física e mental, garantidas pela Constituição Federal, em seu artigo 1º, inciso III, o qual prevê expressamente o princípio da dignidade da pessoa humana.

Por conseguinte, os autores asseveram que o Direito à Saúde se configura como sendo um direito fundamental, conceito que foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas, as quais, para serem empregadas, são indispensáveis a realização de planejamentos e levantamentos com o intuito de garantir a efetivação da universalidade de assistência. Este direito é intrinsecamente ligado ao direito à vida e ao princípio da dignidade da pessoa humana. Desse modo, a assistência deve ser concedida de forma integral, ou seja, tanto de forma preventiva quanto curativa; isso inclui a prestação de medicamentos como forma de garantia do direito à saúde que pode acarretar prejuízos à integridade física da pessoa (BRAZ; MONTENEGRO, 2010, p. 50).

3 O DIREITO À SAÚDE MENTAL E A SÍNDROME DO IMPOSTOR

A saúde mental é uma espécie do gênero saúde, por esta razão, o Direito fundamental à Saúde Mental faz parte de toda a abrangência do Direito à Saúde, explicada na íntegra anteriormente. De todo modo, a espécie em questão serve para especificar os direitos relacionados ao cuidado com a saúde psicológica dos indivíduos, que tanto vem sendo prejudicada nos últimos anos. Sendo assim, faz-se necessário explicar sobre a Política Nacional de Saúde Mental e a rede de atendimento ao paciente com transtorno mental.

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

O próprio site do Governo Federal, no tópico de Saúde Mental declara:

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. (BRASIL)

Considerando a precisão de promover o desenvolvimento de redes de serviços de saúde mental e psiquiatria no país, criou-se dispositivos para atender as necessidades da população com formas de coordenar e organizar os diversos componentes da rede através de reconhecimento legal. Desse modo, o Ministério da Saúde, por meio da Lei 10.216/01, regulamentou a proteção e assistência aos portadores de transtornos mentais.

O desenvolvimento de um sistema de serviços de saúde mental, em uma rede devidamente coordenada, visa atender as necessidades dos indivíduos e da população para promover saúde mental, bem como prestar atendimento oportuno e adequado aos usuários acometidos por problemas de saúde psicológica, mediante atividades de maior custo-efetividade, maior facilidade e equidade no acesso aos serviços, redução do uso desnecessário deles e maior satisfação do usuário (BAIÃO; MARCOLAN, 2020).

Para atender às necessidades de saúde mental das pessoas, os serviços de saúde devem formalmente criar e desenvolver uma rede de serviços de saúde mental e psiquiatria em seu território. Essa rede, portanto, deve moldar um modelo de atenção à comunidade, no qual um conjunto de recursos assistenciais disponíveis, públicos e privados, abordará de forma

coordenada e integrada, os problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas da população existente em uma determinada área geográfica. Dentro dessa rede, seus componentes estarão relacionados de forma sistêmica, cada um, a partir de sua especificidade, abordará ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Para o bom funcionamento da rede de serviços, é necessário que cada Serviço de Saúde tenha um plano estratégico de saúde mental com base nas seguintes premissas:

- I. O planejamento e programação das atividades de saúde mental e psiquiatria em cada Serviço de Saúde deve ser definido e priorizado de acordo com o diagnóstico epidemiológico da população correspondente a esse Serviço.
- II. Os planos e programas abrangerão todo o espectro de ações do eixo saúde-doença, ou seja, atividades de promoção da saúde, prevenção primária, secundária e terciária (reabilitação) de pessoas afetadas por transtornos mentais.
- III. Para o cuidado da saúde mental em nível pessoal e/ou de grupo e, especialmente durante o tratamento e reabilitação de pessoas afetadas por doenças mentais, será incentivada a participação familiar e comunitária.
- IV. A rede definirá as ações clínicas e administrativas necessárias para garantir o direito de cada usuário de receber atendimento oportuno e de alta qualidade em qualquer componente de sua organização e a qualquer momento durante a evolução de sua doença.
- V. A rede fará uso de recursos compatíveis com critérios de custo-efetividade para resolver os problemas das pessoas (RIBEIRO et al., 2015).

A rede de serviços de saúde mental e psiquiatria deve ser incorporada à estrutura da rede geral de atenção à saúde, tanto como componente funcional dessa estrutura quanto com componentes estruturais próprios, na modalidade que cada serviço de saúde define.

Nas unidades de saúde, serão fornecidos benefícios relacionados a essa problemática como parte de suas atividades habituais e de acordo com suas prioridades locais. Portanto, essas instalações farão parte da rede de serviços de saúde mental e psiquiatria.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Unidades Básicas de Saúde têm a responsabilidade de: desenvolver ações de promoção à saúde mental, prevenção e cuidado de pessoas com histórico de sofrimento psíquico e promover ações para redução de danos as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e, quando necessário, compartilhar com outros pontos da rede. As ações da Estratégia Saúde da Família

(ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são referenciadas nas Unidades Básicas de Saúde. A equipe móvel é formada por profissionais que atuam de forma móvel, oferecendo ações e assistência à saúde da população em situação de rua. Dentro da Rede de Atenção Psicossocial, é responsabilidade da Equipe de Atendimento na Rua o atendimento em saúde mental.

3.2 A REDE DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL

Para atender as crescentes e diversas necessidades da população, é necessária uma rede de serviços de saúde mental e psiquiatria, na qual as diferentes unidades oferecem uma ampla gama de serviços, coordenando entre si para a troca de informações, a definição dinâmica das respectivas áreas de competência, o fluxo de pacientes entre eles e a implementação de atividades conjuntas, incluindo tanto a promoção e proteção da saúde mental, quanto o tratamento e reabilitação de doenças.

O conceito de rede refere-se aos vínculos estabelecidos entre pessoas, grupos e/ou instituições que, cada uma com suas próprias características e particularidades, reconhecem a necessidade básica de criar laços e unir esforços para o cumprimento de objetivos comuns, compartilhando um espaço de igualdade, em que as relações são horizontais e diferentes saberes e contribuições são reconhecidos.

A rede de serviços decorre de um novo modelo de cuidado que move o eixo da estrutura física de um determinado estabelecimento (escritório, hospital), aos benefícios ou atos clínicos entregues por um conjunto de estabelecimentos, programas, equipes de saúde, profissionais e técnicos e organizações de autoajuda (usuários e famílias), que podem ter diferentes unidades administrativas e/ou financeiras, públicas ou privadas. Os diferentes componentes da rede devem ser articulados de forma coerente, a fim de garantir a diversidade e intensidade do cuidado exigido pelo paciente e sua família, a continuidade do cuidado, a existência de diferentes níveis de resolução e o acesso a medidas de promoção e proteção da saúde (RIBEIRO et al, 2015).

A rede de serviços de saúde mental e psiquiatria deve fazer parte da rede geral de saúde, entendendo que pessoas com doença mental necessitam e devem ter acesso imediato a todo o sistema de saúde, bem como pessoas que sofrem de qualquer outro tipo de doença.

A existência de uma rede de serviços de saúde mental e psiquiatria significa que o usuário é efetivamente utilizador da rede, e, portanto, tem acesso à diversidade de serviços,

articulados em conjunto para atender às suas necessidades em qualquer fase de seu processo saúde-doença.

A rede de serviços deve garantir que as ações de saúde mental e psiquiatria sejam realizadas em um espaço territorial próximo de casa e que as pessoas possam acessar qualquer um dos componentes, que precisam ser articulados entre si e em coordenação com outros setores. Em cada Serviço de Saúde, as Equipes de Saúde Mental e Psiquiatria Ambulatorial devem ser criadas a cargo de uma população atribuída, em área geográfica definida. A população total de beneficiários deve ser vinculada a uma dessas equipes (RIBEIRO et al., 2015).

Cada equipe de Saúde Mental e Psiquiatria Ambulatorial deve ser constituída como centro articulador e coordenador da rede de saúde mental e psiquiatria em sua localidade, o que garante a continuidade do cuidado, tanto da saúde quanto social, a partir da cooperação e corresponsabilidade com os pacientes entre as diferentes unidades assistenciais e comunitárias, a transmissão adequada e oportuna de informações entre as equipes de tratamento e a manutenção de uma linha coerente de ação em todo o processo saúde-doença (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

As redes de serviços de saúde mental e psiquiatria devem responder as necessidades das diversas populações, em seus diferentes estágios do ciclo de vida e levando em conta suas particularidades de gênero, a saber:

I. População geral

- a) Pessoas sem percepção de sofrimento físico ou mental, com alto risco de desenvolver problemas ou doenças de saúde mental.
- b) Pessoas com sofrimento físico ou mental percebido, consultor e não consultora em centros gerais de saúde, serviços de saúde mental ou atendimento psiquiátrico (ambulatório ou hospitalar).
- c) Pessoas com doença mental que têm problemas legais (DOS SANTOS et al., 2018).

O bom funcionamento da rede de serviços clínicos também exige a existência de diversas instâncias formais de participação do usuário e da família, como conselhos ou comitês, a fim de garantir o respeito aos direitos dos pacientes, a qualidade dos serviços prestados e a colaboração entre os usuários, família, profissionais e técnicos.

O papel dos grupos de usuários e familiares em uma rede de serviços de saúde mental e psiquiatria é fundamental, especialmente no campo de alternativas residenciais, centros

diurnos, clubes de integração social e grupos de autoajuda (DAL'BOSCO et al., 2020). Para tanto, vale ressaltar que, apesar do art. 196 da CF/88 evidenciar o papel do Estado enquanto garantidor, não tira a responsabilidade de todos quanto ao cuidado da saúde física e mental, principalmente o papel primordial da estrutura familiar na preservação do bem-estar psicológico.

A implantação de uma rede de serviços de saúde mental e psiquiatria exige que cada Serviço de Saúde, por meio de suas Unidades de Saúde Mental, tenha um plano estratégico de desenvolvimento que, levando em conta as características demográficas e epidemiológicas e os dispositivos de saúde disponíveis, estabeleça as necessidades dos recursos humanos, terapêuticos, financeiros e de infraestrutura. e um cronograma para a implementação de seus componentes prioritários.

Neste documento, descrevemos a rede de serviços de saúde mental e psiquiátrica que tem sido priorizada para o país neste estágio inicial de desenvolvimento, dividida por resolução e cobertura populacional e capaz de assumir uma forma única em cada Serviço de Saúde com base no diagnóstico epidemiológico, necessidades expressas localmente e as características culturais e sociais dos pacientes. Ademais, os níveis de resolução são três: primário, secundário e terciário.

3.2.1 Nível primário de resolução

Todas as instituições desta camada devem incluir serviços de promoção da saúde mental e de prevenção. As táticas principais para se utilizar nesta fase são:

- I. Programa Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria: implantado em todos os estabelecimentos: Postos Rurais, Clínicas Urbanas Rurais e Gerais, Centros de Saúde da Família e Hospitais Tipo 3 e 4. Em cada um deles, um profissional deve ser oficialmente nomeado como Chefe do Programa de Saúde Mental e Psiquiatria e agendar as horas técnicas e profissionais necessárias.
- II. Consultoria em Saúde Mental: o objetivo desta atividade é que a equipe de saúde em geral receba informações e adquira habilidades para realizar as ações do Programa, melhorando e mantendo sua capacidade de resolução. Consiste em atividades conjuntas e interativas com a equipe de saúde mental e psiquiatria ambulatorial, como reuniões clínicas; técnicas e atendimento

conjunto ao paciente. A frequência dessa atividade deve ser de pelo menos uma sessão por mês por equipe ou unidade de saúde geral.

III. Psicólogos em Centros de Saúde da Família e Clínicas Gerais Urbanas: em todos esses estabelecimentos devem trabalhar pelo menos um psicólogo. As funções desse profissional são realizar as atividades correspondentes indicadas no Programa Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria e capacitar e orientar os técnicos e profissionais do estabelecimento nas intervenções psicossociais necessárias para o cumprimento do programa (PERES et al., 2018).

3.2.2 Nível secundário de resolução

Segundo De Oliveira *et al* (2021), para exames de complexidade média, existe o nível secundário, o qual é composto por:

I. Equipes de Saúde Mental e Psiquiatria Ambulatorial: essas equipes, compostas por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, técnico paramédico e monitor são os coordenadores e articuladores da rede de Saúde Mental e Psiquiatria. São responsáveis por uma área territorial e uma população beneficiária específica, e devem exercer, além de funções de assistência direta, treinamento e assessoria para os dispositivos de nível primário, a comunidade organizada e estabelecer vínculos intersetoriais. Além disso, são responsáveis pela definição e implementação de um fluxograma de atendimento ao paciente (referência e contrarreferência) que garanta o cumprimento dos princípios de universalidade, acessibilidade, equidade e continuidade do cuidado com os beneficiários. Por fim, são responsáveis por avaliar e monitorar sistematicamente a operação e o status da rede.

II. Centros de atenção psicossocial: devem estar equipados com os recursos técnicos e profissionais necessários para atuar como equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial, realizando todas as atividades no nível secundário (exceto para internação), incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, tanto com ações diretas com pessoas quanto por meio de consultorias em saúde mental para equipes de atenção básica.

III. Equipes de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, compostas por pelo menos um psiquiatra infantil e outros profissionais com especialização em crianças e adolescentes. A maioria dos problemas e doenças ambulatoriais e de saúde mental são resolvidos no nível primário e por equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial. Apenas os casos mais graves, resistentes ao tratamento ou com comorbidade, são encaminhados às equipes de psiquiatria de crianças e adolescentes. Cada equipe de psiquiatria de crianças e adolescentes deve apoiar o trabalho e receber encaminhamentos de 2 ou mais equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial.

IV. Pronto Socorro: todos os Serviços Gerais de Emergência devem alcançar maior capacidade de detecção de problemas de saúde mental, manejo farmacológico agudo, intervenção em crise e encaminhamento. Os Serviços de Emergência dos hospitais tipo 1 exigem pelo menos 8 horas por dia de psiquiatras (preferencialmente com sistema de turno, cobrindo 24 horas).

V. Domicílios Protegidos: com componentes flexíveis e diversificados de acordo com as necessidades de pessoas com doença mental, tanto para curta estadia (crise, transição pós-internação etc.) quanto por longa permanência. Receber pacientes encaminhados pela equipe de saúde mental e psiquiatria ambulatorial.

VI. Grupos de Usuários e Familiares: devem ter apoio técnico e financeiro, favorecendo o desenvolvimento organizacional, terapêutico e reabilitatório desses grupos. Em uma primeira etapa, prioriza-se sua participação em grupos de autoajuda para o alcoolismo e vício em drogas, e em clubes de integração social, centros de reabilitação e casas abrigadas para pessoas com deficiência mental grave.

VII. Comunidades Terapêuticas: para pessoas com dependência grave de álcool e drogas, com internação total (24 horas) ou ambulatorial (tipo hospitalar diário), por vários meses. Os Serviços de Saúde devem ter recursos para a compra de serviços de instituições credenciadas para fornecê-los. Os pacientes são encaminhados por equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial (DE OLIVEIRA *et al*, 2021).

3.2.3 Nível terciário de resolução

É essencial estabelecer mecanismos de articulação entre as equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial e as equipes das diferentes subespecialidades do nível terciário - Vícios, Permanência Média, Psiquiatria da Criança e do Adolescente (Internação, fechada) (DAMOUS; ERLICH, 2017).

Considerando a alta prevalência de doença mental, é necessário resolver a maioria dos casos nos níveis primário e secundário, reservando assim a capacidade de dispositivos de nível terciário para episódios de doenças resistentes ao tratamento, devolvendo o paciente às equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial assim que sua patologia for gerenciável nesse nível (DAMOUS; ERLICH, 2017). É constituído, então, por:

- I. Serviço de Psiquiatria de Permanência Média: para pacientes com patologia de alta complexidade, resistentes a tratamentos, ou com complicações físicas ou psicológicas graves, que requerem um período superior a 2 meses de internação (tempo máximo de internação de 12 meses). Esses serviços exigem uma prestação adequada de recursos profissionais, técnicos, farmacológicos, de reabilitação e procedimentos especiais.
- II. Unidade de Vícios Ambulatoriais: para pacientes com vícios graves e comorbidade psiquiátrica (dupla patologia) que apresentam rede social com capacidade de apoio e contenção. Tratamentos farmacológicos e psicossociais, com permanência de 4 a 8 horas diárias, de segunda a sexta-feira (semelhante ao dia do hospital), por cerca de 6 meses.
- III. Unidade de Dependências internadas: para pacientes com vícios graves e comorbidade psiquiátrica (patologia dupla) que tenham uma rede social disfuncional, ou que não sejam capazes de desintoxicação ambulatorial.
- IV. Unidades de Psiquiatria Forense: Serviços de Psiquiatria com medidas de proteção especial (equipamentos técnicos e plantas arquitetônicas) para internação de pessoas que cometeram crimes graves (Justiça Criminal) e que foram demitidas por doença mental. Seu objetivo é o tratamento integral, a reabilitação psicossocial e a reintegração à comunidade. Pelo menos dois níveis são necessários para responder às necessidades dessas pessoas; em

termos de patologia psiquiátrica e periculosidade contra si mesmos e terceiros, Média Complexidade e Alta Complexidade. O cumprimento dos objetivos dessas unidades requer sua coordenação com as redes gerais de saúde mental e psiquiatria, a fim de facilitar o fluxo progressivo dessas pessoas delas para Serviços Gerais de Psiquiatria, Casas Protegidas, Centros de Reabilitação, Programas ambulatoriais e Reinserção Social e Trabalhista (RODRIGUES et al, 2019).

A implantação do Plano Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria, portanto, é a execução oportuna e efetiva das atividades e benefícios do Programa que requerem a participação de diferentes instâncias de responsabilidade para a gestão da rede de serviços, programação de suas atividades, diretrizes e normas técnicas para realizá-las com a mais alta qualidade possível e avaliar sistematicamente seu trabalho, bem como o acesso das pessoas ao cuidado.

Em cada um desses casos de responsabilidade, deve ser garantida a participação ativa de usuários, pacientes e familiares. Para responder efetivamente às necessidades e garantir os valores de um modelo de ação voltado ao desenvolvimento humano, com acesso universal, oportuno e contínuo, de alta qualidade, e com a participação ativa do paciente e de seus familiares, não basta ter um conjunto de dispositivos organizados em uma rede de serviços ou uma série de atividades organizadas em um programa (RODRIGUES et al, 2019).

Também exige equipes de profissionais e técnicos altamente motivados, tecnicamente competentes e comprometidos com a saúde mental de indivíduos e comunidades. Eles têm responsabilidades diretas no cuidado de pessoas com doenças mentais de maior gravidade, tanto no estabelecimento em que trabalham quanto na responsabilidade e apoio através de sua passagem por outros dispositivos da rede. Além disso, essas equipes têm responsabilidade indireta pela promoção e proteção da saúde mental e pelo tratamento de doenças mentais menos graves através de consultoria e ligação com equipes de saúde em nível primário.

As principais características desses dispositivos são a multidisciplinaridade, o trabalho em equipe, a setorização, a integralidade das ações, a continuidade do cuidado, a articulação com a Atenção Primária, protagonismo de usuários e parentes, relação com outros setores, desenvolvimento profissional contínuo e incentivos.

A setorização implica dizer que para cada equipe ser responsável pela saúde mental de uma determinada população beneficiária, é necessário dividir a população total de um Serviço de Saúde entre as equipes de saúde mental disponíveis e ambulatorios de psiquiatria. Para isso, a forma mais simples seria distribuir as Clínicas de Atenção Básica, incluindo os Centros de

Saúde da Família e os Postos Rurais com suas populações cadastradas entre as equipes, para que as populações sejam semelhantes e de acordo com a localização geográfica do dispositivo base de cada equipe. O padrão nacional de uma equipe com 44 horas/semana de cada profissão por 40.000 pessoas de todas as idades deve ser tomado como referência, embora a grande diversidade de realidades locais signifique, em suma, uma ampla gama no tamanho das equipes (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

A integralidade das ações articula que as equipes ambulatoriais de saúde mental e psiquiatria são responsáveis por tudo, desde a promoção e prevenção da saúde mental até o tratamento e reabilitação de doenças mentais. Juntamente com as equipes de atenção primária e organizações comunitárias, eles devem ter um diagnóstico abrangente dos principais problemas de saúde mental de sua população e dos fatores de risco e proteção, expressos em um programa para enfrentá-los de forma sistemática e econômica (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

A multidisciplinaridade trata da formação dessas equipes com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, auxiliares e monitores expressos, permitindo abordar a complexidade biopsicossocial da saúde mental das pessoas de diferentes perspectivas, além de ter uma ampla gama de habilidades e formas de intervenção.

O trabalho em conjunto trata da horizontalidade das relações entre os membros da equipe e a contribuição dos conhecimentos e habilidades de cada profissão para alcançar diagnósticos e projetar planos de ação abrangentes sobre a saúde e doença mental dos indivíduos e comunidades, realizando as ações tanto através dos membros da equipe com maiores capacidades para sua execução, quanto por meio daqueles que possuem um conhecimento mais profundo e maior proximidade cultural com a pessoa ou comunidade a que essas ações se destinam (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

A continuidade do cuidado é particularmente relevante no caso de pessoas com doenças mentais graves e de longo prazo, as quais geralmente têm algum grau de incapacidade psicossocial. Essas pessoas precisam estabelecer um profundo vínculo pessoal e terapêutico com a equipe de saúde mental e psiquiatria ambulatorial, especialmente com um de seus membros identificado como seu principal agente terapêutico e de reabilitação, o que a sustenta no uso dos diferentes dispositivos da rede de saúde mental e psiquiatria, e motiva sua adesão ao tratamento.

Segundo estudos nacionais e de outros países, a articulação com a Atenção Primária é um dos benefícios mais eficazes, pois retrata a Consultoria em Saúde Mental entre as equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial e as equipes gerais de saúde da atenção básica. O

objetivo é que este último fortaleça sua capacidade de resolução e defina mecanismos de referência e contrarreferência. Além disso, é geralmente realizada como uma reunião de meio período com frequência mensal para cada unidade básica de saúde, na qual os pacientes são atendidos em conjunto e são realizadas reuniões clínicas e administrativas, embora as modalidades sejam flexíveis e dependam da situação local de problemas de saúde mental e da quantidade e tipo de recursos disponíveis (DOS SANTOS *et al*, 2018).

O protagonismo dos usuários e parentes é primordial na realização de atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Portanto, as equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial devem estimular e facilitar seu papel, desde a participação dos pacientes como sujeitos ativos em seus próprios tratamentos e sua incorporação em grupos de autoajuda na prática clínica de rotina, até o apoio ao desenvolvimento organizacional de grupos formais e a participação de representantes deles em reuniões de planejamento e gestão.

A relação com outros setores trata da intervenção sobre os múltiplos fatores que influenciam a saúde mental da população sob sua responsabilidade, exigindo que as equipes mantenham uma relação formal e informal, periódica e contínua com os diferentes setores (educação, trabalho, justiça, município, etc) em que seus pacientes, famílias e comunidades estão inseridos.

O desenvolvimento profissional contínuo faz referência aos esforços para melhorar permanentemente a qualidade dos profissionais e técnicos que compõem as equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial, tendo base para maior efetividade da qualidade e efetividade das ações da rede de serviços, com exigência de reconhecimento programático do tempo para reuniões clínicas e bibliográficas semanais e atendimento regular em atividades de treinamento intermitente (congressos, oficinas, seminários), bem como atividades de treinamento contínuo, ou seja, programas de capacitação (LOUREIRO; COSTA, 2019).

Os incentivos aos profissionais e técnicos que compõem as equipes de saúde mental e psiquiatria ambulatorial, devido à responsabilidade, ao comprometimento exigido e as demandas particulares do desempenho de suas funções, merecem incentivos econômicos (salários superiores aos profissionais e técnicos dos hospitais) e as melhores condições de trabalho em termos de estabilidade oficial, clima organizacional, equipamentos de locais de trabalho, meios diagnósticos e terapêuticos atualizados e desenvolvimento pessoal e profissional.

Apresentadas as informações quanto ao Direito à Saúde Mental, a Política Nacional de Saúde Mental e a rede de atendimento ao paciente com transtorno mental, dar-se-á

continuidade ao trabalho com informações acerca da Síndrome do Impostor e sua relevância para o tema aqui abordado.

3.3 A SÍNDROME DO IMPOSTOR

A Síndrome do Impostor, também conhecida por fenômeno impostor, refere-se à falta de internalização do sucesso pessoal, no entanto, não é considerada uma patologia estabelecida como tal, mas uma condição que leva ao desconforto psicológico relacionado à ansiedade e depressão (ALMEIDA, 2020). Em estudos, viu-se uma maior associação da síndrome do impostor ao sexo feminino (baixa autoestima, cultura institucional hierárquica e competitiva). Apesar disso, foi evidenciado na literatura revisada que esse fenômeno afeta ambos os sexos e podem ocorrer em diferentes grupos ocupacionais, sejam de estudantes a profissionais (DE MATOS, 2018).

O ciclo impostor, segundo Clance (1985), é considerado uma das características fundamentais para essa síndrome. Após o início de uma atividade acadêmica profissional, a pessoa com traços impostores começa a gerar dúvidas, preocupações e ansiedade. Nesse sentido, a pessoa pode se preparar excessivamente, logo após, procrastinar e em seguida, realizar dias intensos para alcançar o objetivo. Depois de atingida a tarefa, essa pessoa será capaz de perceber um sentimento de alívio sem que isso seja capaz de durar um longo tempo, mesmo com feedback positivo para o trabalho bem-sucedido, esses indivíduos ignoram ou descartam e atribuem os bons resultados a sorte ou ao excesso de preparação, tratando-se de uma crença fixa dos impostores de que o sucesso obtido pelo excesso de poder não manifesta suas verdadeiras habilidades. A repetição desse comportamento reforça o ciclo do impostor, gerando maior dúvida sobre si mesmo, sentindo-se como fraudes e causando ansiedade e depressão (CLANCE, 1985).

Um fator preocupante é o excesso de trabalho quando excede os limites de tempo e energia necessários para atender à sua qualidade, interferindo em outras ocupações ou na própria integridade da pessoa, embora tenha sido determinado que as pessoas com essa síndrome reconheçam essa característica, elas não são capazes de optar por uma mudança pelo medo de falhar ou ser uma fraude (ALMEIDA, 2020).

Como Clance (1985) descreveu, os impostores têm sido um dos melhores alunos durante sua educação básica, essas pessoas geralmente mantêm em reserva a necessidade de ser o melhor em relação aos outros. Nas universidades, locais com nível maior de competição acadêmica, faz com que venham a considerar suas qualidades e talentos como "estúpidos"

quando não são os melhores em relação aos outros. Isso é conhecido como a característica de ser especial ou ser o melhor. Ser perfeccionista também é uma das características, chamado de aspecto de ser um super-homem ou supermulher. Esses indivíduos pretendem realizar tudo e cobrir todos os aspectos de suas vidas sem qualquer inconveniente, sentindo-se assim fracassados e decepcionados quando essas metas não podem ser cumpridas, fator também relacionado a necessidade de ser o melhor. Característica essa que se correlaciona com altos níveis de ansiedade (CLANCE, 1985).

Por outro lado, a negação de competência nesses indivíduos refere-se à dificuldade que tem de internalizar seu sucesso pessoal e aceitar os comentários positivos que os circundam, atribuindo suas conquistas a sorte ou demanda. Sentir-se culpado e ter medo de não ter sucesso também é comum nessas pessoas, pois esses sentimentos estão relacionados as "consequências negativas do sucesso", isso se dá se o sucesso for diferente do seu ambiente comum, gerando medo de rejeição.

Em relação aos fatores de risco para a síndrome do impostor, leva-se em conta: o ambiente familiar, onde a criança permanece, os estilos de treinamento concedidos pelos pais. Isso implica um papel importante na forma como a criança desde cedo aprende a enfrentar tanto o sucesso quanto o fracasso, essas características serão complementadas com a socialização em idades posteriores. Há também outros fatores relacionados, como o neurótico.

Assim, Almeida (2020) em sua pesquisa, utilizando a escala do ambiente familiar para avaliar a relação e estrutura disso, determinou que alunos com *escores* catalogados com síndrome de impostor relatassem falta de apoio, controle, conflito familiar, bem como expressão de raiva, comunicação e expressão familiar inadequada. Clance identificou que existem 4 características do ambiente familiar envolvidas na síndrome do impostor: (1) a percepção de suas competências são desiguais em relação às do seu ambiente; (2) a família gera pensamentos excessivos sobre a importância das habilidades cognitivas; (3) qualidades que os indivíduos com síndrome do impostor têm e o sucesso familiar; (4) a falta de apoio positivo, uma vez que a criança não obtém aprovação da família em alguma realização, forjando assim sentimentos de humilhação e vergonha.

As consequências das pessoas com o fenômeno impostor tendem a ser psicológicas, assim como o estresse e o medo da fraude. Esses traços os impedem de assimilar as conquistas que obtêm como resultado de suas habilidades e competências, alcançando assim a estabilidade psicoemocional. Depois de repetir o ciclo impostor, aparecerão características mais negativas, tais como: exaustão emocional, falta de motivação pessoal e culpa para o sucesso. O perfeccionismo em um impostor contribuirá para que a pessoa se sinta incapaz de alcançar o

objetivo que, em muitos casos, é inatingível ou irreal levando à ansiedade, ao estresse e à depressão, razões pelas quais essas pessoas procuram ajuda profissional.

Desse modo, o tratamento para essa síndrome é através da psicoterapia, por meio da tentativa de encontrar a causa responsável por desenvolver essa condição na pessoa. A duração desse tratamento dependerá dos diferentes fatores de risco envolvidos em seu desenvolvimento, assim como a personalidade do indivíduo e transtornos que o acompanham.

A Síndrome do Impostor, portanto, não representa uma doença mental, porém fornece indícios de possíveis problemas psicológicos que podem um dia chegar a se tornar sérios transtornos, como por exemplo, a depressão e a ansiedade generalizada. Em razão disso, o presente estudo utilizou a Escala CIPS – *Clance Impostor Phenomenon Scale* em conjunto com a Escala DASS-21 – *Depression Anxiety and Stress Scale*. Subentende-se então, como dito logo no início do trabalho, que quanto mais alto o índice evidenciado nas escalas mencionadas, mais prejudicada está a saúde mental do estudante diante de toda a sobrecarga e pressão vivenciadas durante o ensino superior, e consequentemente, menor o nível da garantia do Direito à Saúde Mental desses discentes, tendo em vista que o sistema de saúde do país deve assegurar o bem-estar mental de todos e resultados de notável incidência da Síndrome do Impostor, correlacionado com os fatores de depressão, ansiedade e estresse, seriam capazes de demonstrar a existência de problemas na real efetivação desse direito tão fundamental que é o Direito à Saúde Mental.

4 MÉTODO

4.1 PARTICIPANTES

Participaram desse estudo uma amostra 228 discentes do curso de Direito da Universidade Federal Da Paraíba – Campus I – João Pessoa. Destes, a maioria formada por mulheres com idade entre 20 a 24 anos e que também estavam no primeiro ano do curso.

4.2 INSTRUMENTOS

A Escala Clance de Síndrome do Impostor (CIPS). A Síndrome do Impostor, portanto, pode ser mensurada através desta escala, composta por 20 itens – validada por Matos (2014) – cuja avaliação é dada em uma escala de Likert de 5 pontos, com *escores* que variam de 1 (nada verdadeiro) a 5 (muito verdadeiro), de acordo com Alves, Ferreira e Bonfim (2019). O alfa de Cronbach para o conjunto dos 20 itens desta escala foi de 0,91. O resultado da avaliação é equivalente a soma dos escores obtidos dos 20 itens, em que a incidência varia de acordo com a pontuação, conforme quadro a seguir:

Pontuação	Indicativo
Acima de 80	Nível elevado da Síndrome
Entre 61 e 80	Nível alto da Síndrome
Entre 41 e 60	Nível moderado da Síndrome
Abaixo de 41	Nível baixo da Síndrome

Tabela 1 – A pontuação acima de 80 indica o nível elevado da Síndrome do Impostor; entre 61 e 80, nível alto; entre 41 e 60, nível moderado; e abaixo de 41, nível baixo.

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Segundo Corrêa et al. (2020), a mesma é composta por 21 itens – validada, na forma reduzida, por Patias et al. (2016) – cuja avaliação é dada em uma escala de Likert de 4 pontos, com *escores* que variam de 0 (nada verdadeiro) a 3 (muito verdadeiro). O alfa de Cronbach para a escala de ansiedade foi de 0,81, para estresse 0,86 e para depressão 0,90. O resultado da avaliação é equivalente a soma dos escores obtidos dos 21 itens, no qual a incidência dos três fatores (depressão, ansiedade e estresse) varia de acordo com a pontuação, conforme tabelas a seguir, de elaboração própria:

QUESTÕES	1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.	
ESTRESSE	INDICATIVO	PONTUAÇÃO
	NORMAL	0 a 10
	LEVE	11 a 18
	MODERADO	19 a 26
	SEVERO	27 a 34
	EXTREMAMENTE SEVERO	35 a 42

Tabela 2 – A pontuação de 0 a 10 aponta o indicador normal de estresse; de 11 a 18, leve; de 19 a 26, moderado; de 27 a 34, severo; e de 35 a 42, extremamente severo.

QUESTÕES	2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20.	
ANSIEDADE	INDICATIVO	PONTUAÇÃO
	NORMAL	0 a 6
	LEVE	7 a 9
	MODERADO	10 a 14
	SEVERO	15 a 19
	EXTREMAMENTE SEVERO	20 a 42

Tabela 3 – A pontuação de 0 a 6 aponta o indicador normal de ansiedade; de 7 a 9, leve; de 10 a 14, moderado; de 15 a 19, severo; e de 20 a 42, extremamente severo.

QUESTÕES	3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21.	
DEPRESSÃO	INDICATIVO	PONTUAÇÃO
	NORMAL	0 a 9
	LEVE	10 a 12
	MODERADO	13 a 20
	SEVERO	21 a 27
	EXTREMAMENTE SEVERO	28 a 42

Tabela 4 – A pontuação de 0 a 9 aponta o indicador normal de depressão; de 10 a 12, leve; de 13 a 20, moderado; de 21 a 27, severo; e de 28 a 42, extremamente severo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aplicado juntamente as escalas para garantir os aspectos éticos da pesquisa, como voluntariado, anonimato e sigilo.

O Questionário sociodemográfico. Finalidade de coletar dados como: sexo, idade e ano/período em que se encontra matriculado no curso.

4.3 PROCEDIMENTOS

Esta pesquisa foi divulgada nas dependências da referida universidade através de panfletos nos quadros de avisos das salas, e utilizamo-nos das redes sociais para tal. Além disso, a coleta ocorreu através do formulário do *Google Forms*. Os participantes responderam ao questionário em um tempo médio de 20 minutos.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Utilizou-se o *software Excel* e, a fim de análises mais aprofundadas, o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS 21), para realizar estatísticas descritivas e inferenciais, especificamente frequência percentual, correlação r de Pearson e regressão múltipla.

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS PRELIMINARES

Os resultados preliminares foram obtidos através do *software Excel*, desse modo, de acordo com o estudo, em geral foi determinado que 151 discentes têm a síndrome de impostor, ou seja, os mesmos conseguiram obter pontuação igual ou maior a 61 na escala, indicando nível alto ou elevado da presença da síndrome. Segue gráfico com porcentagem:

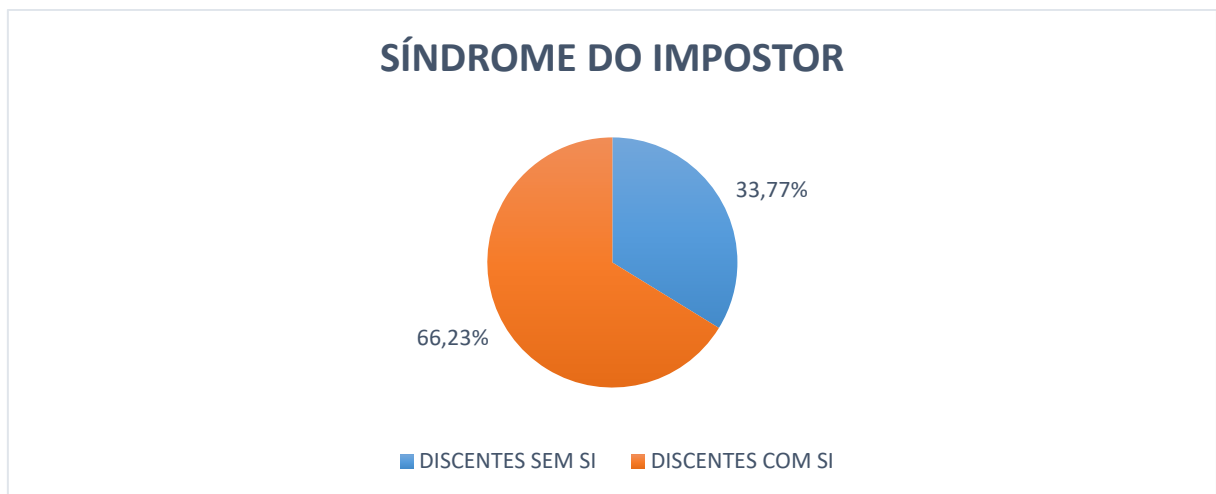


Figura 1 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes sem (33,77%) e com SI (66,23%).

De maneira ainda mais específica, dos 228 respondentes, 17 discentes possuem o nível baixo da síndrome; 60, o nível moderado; 112, o nível alto; e 39, o nível elevado. O gráfico abaixo mostra a porcentagem:

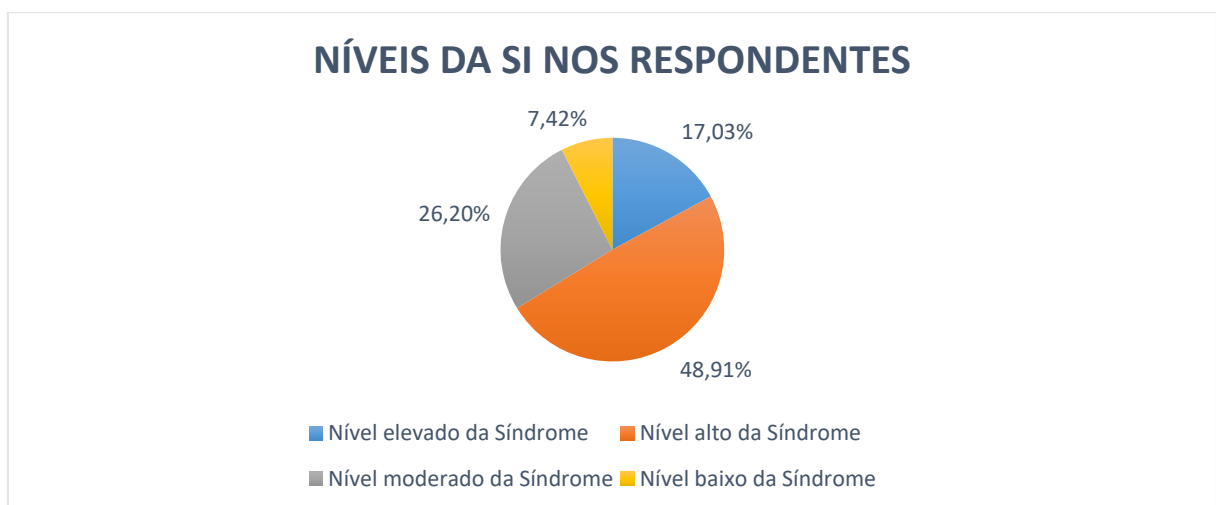


Figura 2 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os respondentes com nível da SI elevado (17,03%), alto (48,91%), moderado (26,20%) e baixo (7,42%).

Além disso, 97 discentes com SI são do sexo feminino e 54 são do sexo masculino, conforme demonstra o gráfico, com porcentagem:

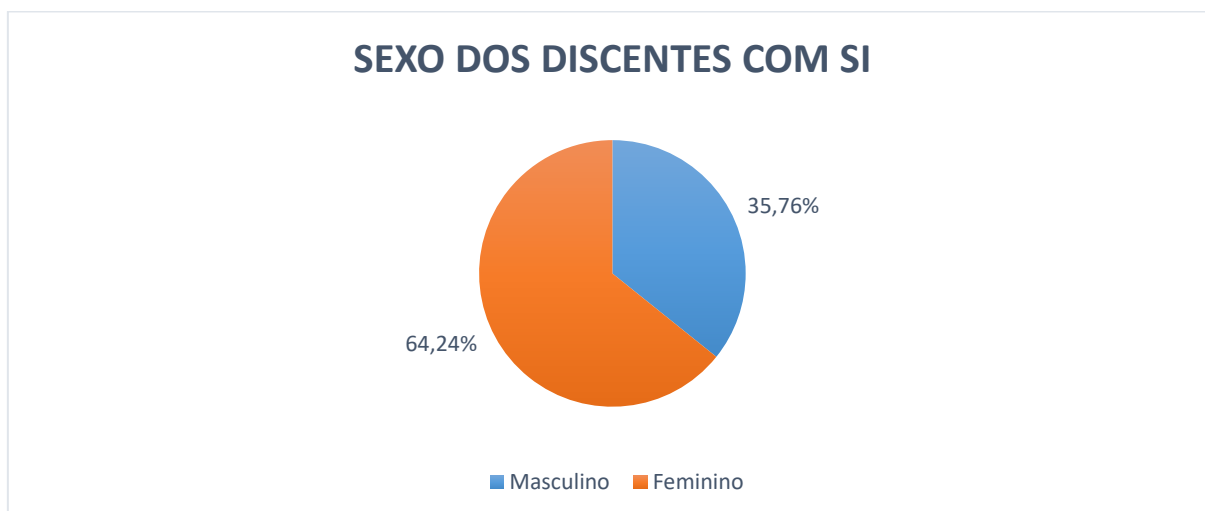


Figura 3 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes com SI do sexo masculino (35,76%) e do sexo feminino (66,24%).

No mais, 41 discentes com SI tem de 15 a 19 anos, 92 tem de 20 a 24 anos, 10 tem de 25 a 29 anos e 8 tem acima de 30 anos. Demonstrativo em porcentagem no gráfico abaixo:

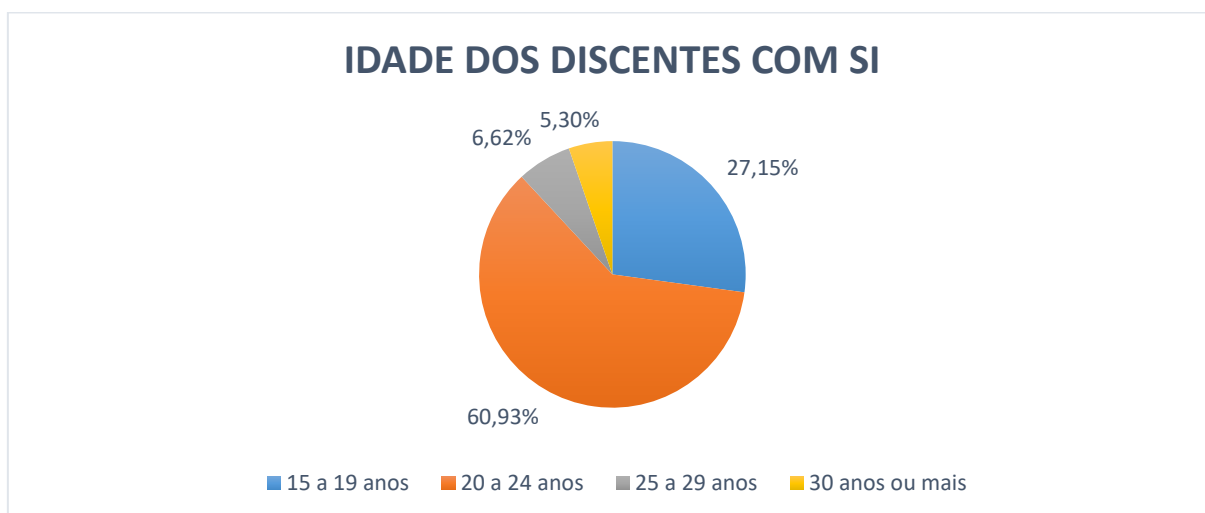


Figura 4 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes com SI com idade de 15 a 19 anos (27,15%), de 20 a 24 anos (60,93%), de 25 a 29 anos (6,62%) e de 30 anos ou mais (5,30%).

Ademais, 38 discentes com SI encontram-se matriculados no primeiro ano do curso, 28 encontram-se matriculados no segundo ano, 12 encontram-se matriculados no terceiro ano, 34 encontram-se matriculados no quarto ano e 39 encontram-se matriculados no quinto ano. Gráfico com porcentagem abaixo:

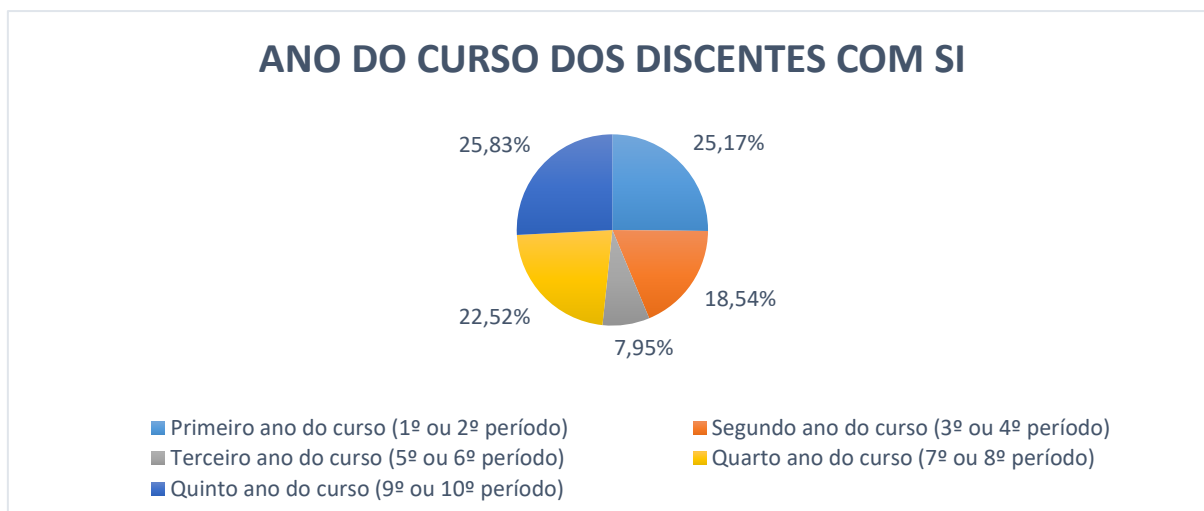


Figura 5 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os discentes com SI matriculados no primeiro (25,17%), segundo (18,54%), terceiro (7,95%), quarto (22,52%) e quinto (25,83%) ano do curso.

Constatou-se também o número de discentes com SI com os indicativos normal, leve, moderado, severo e extremamente severo no tocantes aos três fatores (depressão, ansiedade e estresse) provenientes da Escala DASS-21. Quanto à depressão, 74 discentes encontram-se no indicador normal; 25, no indicador leve; 51, no indicador moderado; 1, no indicador severo; e 0, no indicador muito severo. Quanto a ansiedade, 44 discentes encontram-se no indicador normal; 30, no indicador leve; 49, no indicador moderado; 25, no indicador severo; e 3, no indicador muito severo. Quanto ao estresse, 46 discentes encontram-se no indicador normal; 90, no indicador leve; 15, no indicador moderado; 0, no indicador severo; e 0, no indicador muito severo. Demonstrativo em porcentagem nos gráficos abaixo, respectivamente:

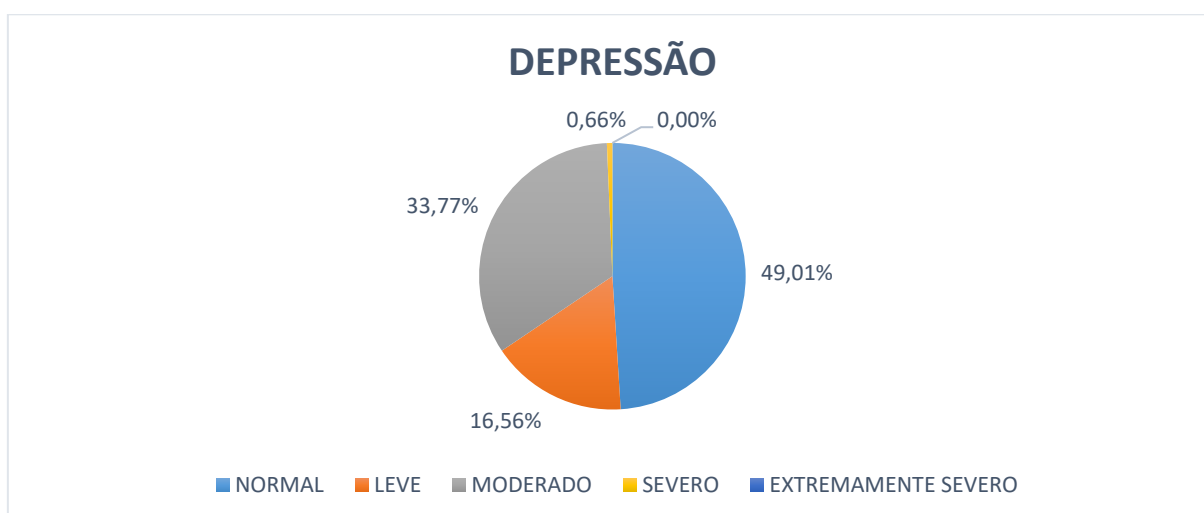


Figura 6 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os níveis normal (49,01%), leve (16,56%), moderado (33,77%), severo (0,66%) e extremamente severo (0,00%) de depressão nos discentes com SI.

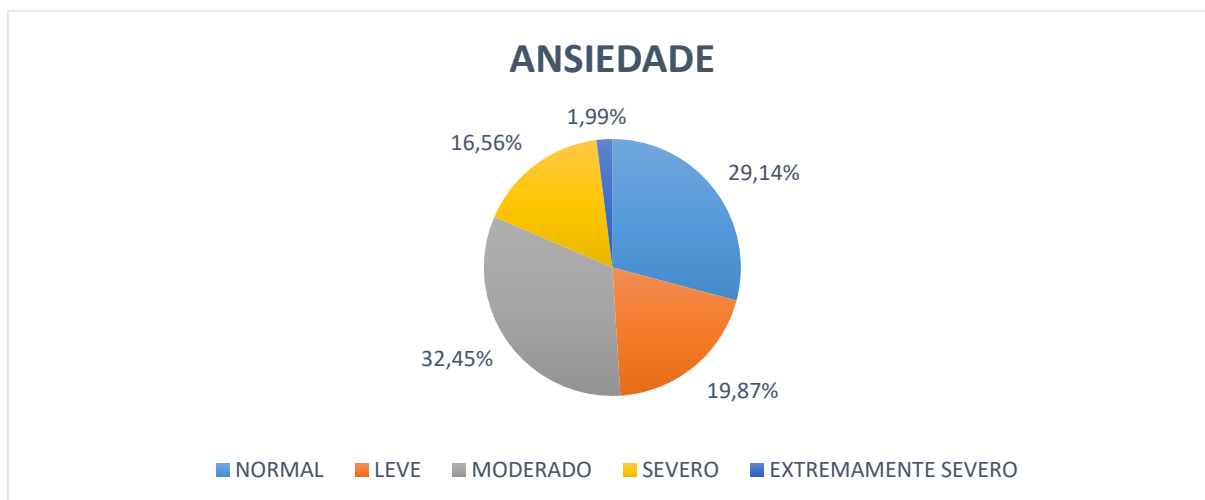


Figura 7 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os níveis normal (29,14%), leve (19,87%), moderado (32,45%), severo (16,56%) e extremamente severo (1,99%) de ansiedade nos discentes com SI.

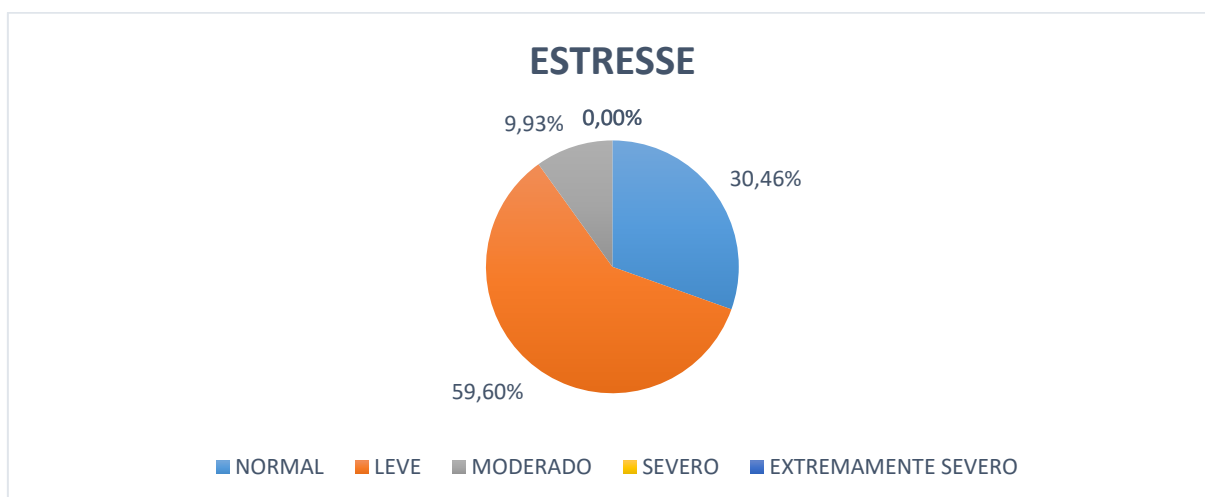


Figura 8 – O gráfico em formato Pizza 2D indica os níveis normal (30,46%), leve (59,60%), moderado (9,93%), severo (0,00%) e extremamente severo (0,00%) de estresse nos discentes com SI.

5.2 RESULTADOS PRINCIPAIS

Os resultados principais foram obtidos através do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS 21). Observou-se as seguintes pontuações nas variáveis que demonstram as médias da SI: estresse, ansiedade e depressão, respectivamente, no nível elevado (pontuação entre 61 e 80), no indicador leve (pontuação de 11 a 18), no indicador moderado (pontuação de 10 a 14) e no indicador leve (pontuação de 10 a 12), conforme tabela abaixo:

ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS	
	MÉDIA
Síndrome do Impostor	65,6096
Estresse	13,8860
Ansiedade	10,9868
Depressão	12,0395

Tabela 5 – As médias da pontuação da Síndrome do Impostor, estresse, ansiedade e depressão foram, respectivamente: 65,60; 13,88; 10,98; e 12,03.

Verificaram-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Síndrome do Impostor e a Ansiedade ($r = 0,50$), Estresse ($r = 0,60$) e Depressão ($r = 0,69$), todas a $p < 0,001$. Isto significa dizer que quanto maior a pontuação em SI, maior a pontuação em Ansiedade, Estresse e Depressão. Segue tabela:

CORRELAÇÕES					
		SI	ESTRESSE	ANSIEDADE	DEPRESSÃO
SI		1			
Estresse	Correlação de Pearson	,603**	1		
Ansiedade	Correlação de Pearson	,499**	,762**	1	
Depressão	Correlação de Pearson	,691**	,702**	,624**	1

Tabela 6 – Correlações positivas entre a Síndrome do Impostor e a Ansiedade (0,499), Estresse (0,603) e Depressão (0,691). **. A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

Após a análise de correlação, realizou-se uma regressão múltipla linear pelo método *Enter*. As variáveis independentes são Ansiedade, Estresse e Depressão para predizer a pontuação total em Síndrome do Impostor. O modelo apresentou valor de $R = 0,71$, $R^2 = 0,50$ e R^2 ajustado = 0,50, $F = 76,209$, $p < 0,001$. Verificou-se que a Depressão foi a variável que mais contribuiu para a predição da Síndrome do Impostor ($\beta = 0,53$, $p < 0,001$) seguido do Estresse ($\beta = 0,24$, $p < 0,003$).

5.3 DISCUSSÃO

Nos resultados obtidos, constatou-se, portanto, que 151 discentes (66,23% da amostra) têm a Síndrome do Impostor, fator indicador de nível alto e elevado da presença da síndrome. Destes, a maioria é do sexo feminino, com idade entre 20 a 24 anos e está cursando o primeiro ou quinto ano do curso. A média da pontuação obtida para a Síndrome do Impostor foi de 65,60 (nível alto). Além disso, observou-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Síndrome do Impostor e os três fatores (ansiedade, depressão e estresse).

Destarte, nota-se que realmente a experiência acadêmica propicia a incidência da Síndrome do Impostor em razão da concorrência, pressão e cobranças, como já observado por Houston (2015) e Almeida (2020). Além disso, em concordância com pesquisa feita por Clance (1978), mulheres continuam sendo as mais afetadas pela SI, pelos mais diversos motivos (CLANCE; JAMES, 1978).

Ademais, percebe-se também maiores índices da síndrome nos discentes do primeiro e quinto ano do curso. Quanto aos estudantes matriculados no primeiro ano do curso, é possível constatar grande influência da pandemia da Covid-19 sobre os mesmos, o que certamente teve impacto nos resultados da pesquisa. Em relação aos estudantes matriculados no último ano, também se constata a influência mencionada, porém, além disso ainda se faz necessário mencionar outras preocupações que permeiam o final do curso, como desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), ter a aprovação no exame da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e garantir espaço no mercado de trabalho. Todos esses fatores podem afetar negativamente a saúde mental do estudante, favorecendo a incidência da Síndrome do Impostor.

Sendo assim, essas notáveis constatações servem para evidenciar que o Direito à Saúde Mental não está sendo garantido efetivamente aos discentes do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa, pois mesmo com uma legislação bem elaborada responsável por assegurar o Direito fundamental à Saúde Mental, através de um sistema de saúde completo, incluindo o total cuidado a saúde mental, apenas 7,42% dos respondentes encontra-se com o nível baixo da síndrome, enquanto os 92,58% restantes dos respondentes (níveis moderado, alto e elevado) têm a influência da Síndrome do Impostor durante o ensino superior, principalmente aqueles caracterizados pelo presente trabalho como discentes com SI, que são 66,23% da amostra.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Direito à Saúde é fundamental e assegurado pela Constituição Federal de 1988 com o conceito de maior abrangência para garantir a dignidade da pessoa humana. Uma das espécies desse gênero é o Direito à Saúde Mental, cuja principal preocupação é resguardar o bem estar psicológico dos indivíduos.

No Brasil, é possível identificar a importância da garantia desse direito através da extensa e complexa rede criada para cuidar da mente dos brasileiros, seja para prevenir ou tratar. Apesar disso, a população não deixa de ser assolada por doenças mentais, das mais leves as mais elevadas, principalmente após um cenário tão caótico vivenciado durante a pandemia, que, segundo diversos estudos, como o já mencionado desenvolvido pelo *Global Student Survey*, foi responsável por aumentar significativamente os índices estudantes universitários afetados pela depressão e ansiedade. Além disso, vale ressaltar também a crescente registrada dos pensamentos suicidas.

A graduação por si só já é uma fase da vida humana cheia de angústia e pressão para os estudantes, pois ali estão sendo preparados para ocupar os cargos e funções que tanto almejam no futuro. Diante disso, muitos jovens e adultos são atingidos pelo medo e insegurança ao decorrer do curso, fator que em grandes proporções pode trazer diversos prejuízos psicológicos para os discentes afetados, desencadeando como consequência, problemas à saúde mental como os já mencionados, os quais estão cada dia mais presentes na realidade do estudante universitário.

O Sistema Único de Saúde foi criado para fornecer não só o tratamento, mas também a prevenção, entretanto poucas são as pessoas capazes de reconhecer os primeiros indícios de problemas com a saúde mental e ainda menos pessoas buscam ajuda, seja pelo tabu existente acerca da psicologia e a psiquiatria ou apenas pelo descrédito de que a ausência de saúde mental não seja tão prejudicial quanto ausência de saúde física. Além disso, nos pouquíssimos casos em que ajuda é buscada, problemas como morosidade para conseguir a consulta, indisponibilidade de vagas e dificuldade de continuidade do tratamento são enfrentados.

O Direito à Saúde Mental é regulamentado e garantido legalmente no Brasil, apesar dos inúmeros problemas existentes na realidade do fornecimento desses serviços. Todavia, a presente pesquisa se propôs a verificar se o direito em questão está sendo plenamente assegurado aos discentes do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa durante o ensino superior ao levar em consideração o cenário pós-pandemia.

Nos resultados obtidos, verificou-se, portanto, que 66,23% da amostra tem a Síndrome do Impostor, fator indicador de nível alto e elevado da presença da síndrome. Destes, a maioria é do sexo feminino na faixa etária jovem e cursa o primeiro ou quinto ano. A média da pontuação obtida para a Síndrome do Impostor foi de 65,60 (nível alto). Além disso, observou-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a Síndrome do Impostor e os três fatores (ansiedade, depressão e estresse).

Ante o exposto, tais notáveis constatações servem para evidenciar que o Direito à Saúde Mental não está sendo garantido na íntegra aos discentes do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I - João Pessoa, pois mesmo com uma legislação bem elaborada responsável por assegurar o Direito fundamental à Saúde Mental, através de um sistema de saúde completo, incluindo o total cuidado a saúde mental, apenas 7,42% dos respondentes encontra-se com o nível baixo da síndrome, enquanto os 92,58% restantes dos respondentes (níveis moderado, alto e elevado) tem a influência da Síndrome do Impostor durante o ensino superior, principalmente aqueles caracterizados pelo presente trabalho como discentes com SI, que são 66,23% da amostra.

Diante disso, o presente trabalho apresenta extrema relevância em razão do levantamento de dados obtidos pelo questionário aplicado, pois comprova a existência de infortúnios na efetiva garantia do Direito à Saúde Mental dos discentes mencionados durante o ensino superior, o que pode estar prejudicando o aprendizado dos mesmos e, conseqüentemente, trará males no desempenho de função na área, fator contrário à garantia do progresso para o Direito no Brasil.

Portanto, recomenda-se que os gestores de saúde criem e implementem políticas públicas em torno da saúde mental para garantir um bom ambiente estudantil, com ênfase no cuidado psicoemocional dos alunos. Inclusive, os dados desta pesquisa podem ser utilizados pela própria UFPB - Campus I para desenvolver medidas com foco na garantia do Direito à Saúde Mental dos discentes, em especial aqueles do curso de Direito. Além disso, vale ressaltar que o Centro de Ciências Jurídicas da referida instituição já desenvolve um projeto de extensão com foco na saúde mental, este intitulado *Direito da Gente: acolhimento e assistência psicológica num contexto pós-pandêmico*, que objetiva fazer com que o(a) aluno(a) paciente seja atendido(a) uma vez por semana (com agendamento prévio) por psicólogo(a) ou estudante de psicologia em formação sob supervisão profissional nas dependências do CCJ - JP. Todavia, muitas outras medidas podem, e devem, ser adotadas a partir dos resultados desse estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Aline Carvalho de. **Sou Uma Fraude (?)**: Explicando a Síndrome do Impostor. 2020.
- ALMEIDA, Patrícia Aline de; MAZZAIA, Maria Cristina. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2154-2160, 2018.
- ASENSI, Felipe. **Sistema Único de Saúde Lei 8.080/1990 e Legislação Correlata**. Leya, 2015.
- BAIÃO, Juliana Jesus; MARCOLAN, João Fernando. Política de saúde mental, ensino em enfermagem e dificuldades na prática assistencial. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e85973815-e85973815, 2020.
- BLEICHER, Lana; BLEICHER, Taís. Saúde para todos, já! 3. ed. - Salvador: EDUFBA, 2016.
- BORGES, Trindade Viviane. Memórias difíceis: Hospital Colônia de Barbacena, reforma psiquiátrica brasileira e os usos políticos de um passado doloroso. **Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Museologia e Patrimônio**, Unirio - MAST - v.10, n.1, 2017. Disponível em:
<http://revistamuseologiaepatrimonio.mast.br/index.php/ppgpmus/article/viewFile/528/544>
 Acesso em: 7 de nov. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 set. 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2010.
- BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de novembro de 1990. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm. Acesso em: 5 de nov. 2022.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. [S. l.], 19 set. 1990. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm. Acesso em: 6 de nov. 2022.
- BRASIL. Lei nº 9.872, de 26 de janeiro de 1999. **Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências**. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.782%2C%20DE%2026%20DE%20JANEIRO%20DE%201999.&text=Define%20o%20Sistema%20de%20Vigil%C3%A2ncia%20Sanit%C3%A1ria

[20Nacional%20de, Sanit%C3%A1ria%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias](#). Acesso em: 6 de nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 7 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de janeiro de 2000. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 5 de nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001. **Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10185.htm. Acesso em: 5 de nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3º ed. Revista e atualizada, Brasília, 2002.

BRAZ, Kalini Vasconcelos; MONTENEGRO, Sandra. Efetivação do direito à saúde e concessão de medicamentos via ação judicial. In: GUEDES, Jefferson Carús; MAYRINK, NEIVA, Juliana Sahione. **Pulicações da escola da AGU: temas de direito à saúde**. p.39-56. Brasília: Advocacia Geral da União, 2010.

CORRÊA, Cinthia Andriota et al. Níveis de estresse, ansiedade, depressão e fatores associados durante a pandemia de COVID-19 em praticantes de Yoga. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-7, 2020.

CLANCE, P. R., & IMES, S. A. **The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention**. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, v.15, p.241–247, 1978. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/h0086006>. Acesso em: 6 nov. 2022.

CLANCE, P. R. **The impostor phenomenon: Overcoming the fear that haunts your success**. Peachtree. 1985.

DAL'BOSCO, Eduardo Bassani et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, v.73, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ck98YrXKhsh6mhZ3RdB8ZVx/?lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2022.

DAMOUS, Issa; ERLICH, Hilana. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 911-932, 2017.

DE MATOS, Patrícia Andréa Victório Camargo et al. A cola na escola de negócios e sua relação com a Síndrome do Impostor. **Caderno Profissional de Administração da UNIMEP**, v. 8, n. 2, p. 1-19, 2018.

DE OLIVEIRA, Glacielli Thaiz Souza et al. Considerações sobre o processo de trabalho do Serviço Social nos espaços da saúde mental. **Humanidades em Perspectivas**, v. 5, n. 11, p. 105-110, 2021.

DOS SANTOS, Aline Brauna et al. Saúde mental, humanização e direitos humanos. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 10, n. 25, p. 01-19, 2018.

FERREIRA, Eduardo Cotrim; ALVES, Mariana Azevedo; BONFIM, Mariana Pereira. **A síndrome do impostor e sua relação com a docência**: um estudo com as professoras de Ciências Contábeis e Administração, 2018.

HOUSTON, N. M. Imposter Phenomenon. In: Grafton, A., & Sullivan Jr, G. A. **How to Build a Life in the Humanities**: Meditations on the academic work-life balance. p. 73- 81, 2015. Springer.

LOUREIRO, Luís Manuel de Jesus; COSTA, Lúcia Manuela Brandão Valente da. Avaliação do programa de Primeiros Socorros em Saúde Mental em estudantes de licenciatura em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 20, p. 9-18, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental. **Governo Federal**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>. Acesso em: 3 nov. 2022.

OLIVEIRA, Elida. Brasil tem maior índice de universitários que declaram ter saúde mental afetada na pandemia, diz pesquisa. **Globo**, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2021/02/26/brasil-tem-maior-indice-de-universitarios-que-declaram-ter-saude-mental-afetada-na-pandemia-diz-pesquisa.ghtml>. Acesso em: 1 nov. 2022.

PERES, Girlane Mayara et al. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 10, n. 27, p. 34-52, 2018.

RODRIGUES, Jeferson et al. Ensino da saúde mental em enfermagem na percepção de professores. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

ROSA, Angélica Ferreira; SZANIAWSKI, Elimar. O holocausto brasileiro e a responsabilidade do estado em relação ao direito à saúde e a prestação de remédios aos doentes psiquiátricos. **NOMOS: Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC**, Fortaleza, v.38, n.2, jul./dez., 2018, p.133-150. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/43740>. Acesso em: 7 de nov. 2022.

RIBEIRO, Laiane Medeiros et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Artigo Original - Revista escola de Enfermagem (USP)**, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/fRDcvcsK7M6bQDdxB3Z7Ggp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 de nov. 2022.

SOUZA MIRAGAIA, Bruno Ricardo; BELMUDES, Eduardo. **Com o dever de proteger os direitos humanos, o Estado é maior violador**. Revista Consórcio Jurídico (Conjur), São

Paulo, 2008. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-dez-26/estado_maior_violador_direitos_humanos. Acesso em: 9 de nov. 2022.

UFPB no combate à covid-19: DIREITO DA GENTE: acolhimento e assistência psicológica num contexto pós-pandêmico. **Centro de Ciências Jurídicas (UFPB)**, 2022. Disponível em: <http://www.ccj.ufpb.br/ccj/contents/destaques/projeto-de-extensao-direito-da-gente>. Acesso em: 7 de out. 2022.

VERONEZE, Marcela Salim. **Judicialização da saúde:** a possibilidade de aplicação da lei 12.732/12 aos contratos de planos de saúde suplementar. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Federal de Uberlândia, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/23196>. Acesso em: 8 de nov. 2022

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

A SÍNDROME DO IMPOSTOR E O DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM DISCENTES DE DIREITO

Questionário elaborado para fins de utilização dos resultados no Trabalho de Conclusão de Curso da discente Geanniny Rafaelly Monteiro da Costa, atualmente no décimo período do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I.

- Amostra: Discentes regularmente matriculados no curso de Direito da UFPB - Campus I.

*Obrigatório

**TERMO DE
CONSENTIMENTO
LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa está sendo feita para o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "**A SÍNDROME DO IMPOSTOR E O DIREITO À SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM DISCENTES DE DIREITO**", desenvolvida pela estudante Geanniny Rafaelly Monteiro da Costa, discente da Graduação em Direito da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Juliana Toledo Rocha e coorientação do Prof. Dr. Carlos Eduardo Pimentel.

O objetivo do estudo é: Verificar, por meio da hipótese de acometimento da síndrome do impostor, interligada aos fatores depressão, ansiedade e estresse, se o direito à saúde mental dos discentes do curso de Direito da Universidade Federal da Paraíba - Campus I está sendo plenamente assegurado durante o ensino superior.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o futuro do direito brasileiro por meio da preocupação em constatar se o direito fundamental à saúde mental está sendo assegurado e plenamente garantido aos futuros juristas, os quais serão os responsáveis por resolver os mais complexos infortúnios jurídicos da prosperidade e devem estar bem física e mentalmente para exercer com excelência as atividades profissionais na área.

Solicitamos a sua colaboração para responder ao questionário com as escalas CIPS (adaptação brasileira) – *Clance Impostor Phenomenon Scale*, DASS-21 (versão reduzida) – *Depression Anxiety and Stress Scale* e questões sociodemográficas, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área das Ciências Humanas (Direito) e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Portanto, é garantido o anonimato das declarações e a utilização destas será somente para fins acadêmicos.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a

qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Contato da Pesquisadora Responsável:
grmc@academico.ufpb.br;

Atenciosamente,

Geanniny Monteiro.

1. Ante o exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. *
 Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Marque todas que se aplicam.

☐ Declaro que li e aceito as condições do termo de consentimento.

ESCALA
CIPS –
Clance
Impostor
Phenomenom
Scale.

ADAPTAÇÃO BRASILEIRA.

INSTRUÇÕES. As seguintes afirmações descrevem experiências que podem fazer parte do seu cotidiano. Indique a alternativa mais apropriada utilizando a seguinte escala:

2. **1. Tenho medo dos outros me avaliarem e, se possível, evito avaliações.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

3. **2. Eu posso dar a impressão de que sou mais competente do que realmente sou.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

4. **3. Muitas vezes tenho sucesso em uma tarefa, embora temesse que eu não a executaria bem antes de eu assumi-la.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

5. **4. Quando as pessoas me elogiam por algo que eu tenha feito, eu tenho medo de não ser capaz de viver de acordo com as expectativas criadas sobre mim no futuro.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

6. **5. Às vezes, penso que eu obtive minha posição de sucesso atual, porque aconteceu de eu estar no local certo na hora certa e/ou por conhecer as pessoas certas.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

7. **6. Tenho medo que as pessoas importantes para mim descubram que eu não sou tão capaz quanto eles pensam que eu sou.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

8. **7. Eu costumo lembrar os incidentes em que eu não fiz o meu melhor (fracasso) mais do que aqueles em que fiz o meu melhor (sucesso).** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

9. **8. Raramente eu desenvolvo uma tarefa tão bem quanto eu gostaria de fazê-la. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

10. **9. Eu acredito que meu sucesso na minha vida é o resultado de algum tipo de erro. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

11. **10. Sinto dificuldade em aceitar elogios sobre a minha inteligência ou realizações. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
☐ Raramente;
☐ Às vezes;
☐ Frequentemente;
☐ Muito verdadeiro.

12. **11. Sinto que o meu sucesso foi devido a algum tipo de sorte. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

13. **12. Me sinto decepcionado em minhas atuais realizações e acho que eu deveria ter feito muito mais. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

14. **13. Eu tenho medo que os outros vão descobrir o quanto de conhecimento me falta. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

15. **14. Tenho medo de que eu possa falhar em uma nova tarefa, embora eu geralmente faça bem o que eu tento.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

16. **15. Quando eu tive sucesso em alguma coisa e recebi o reconhecimento por muitas realizações, me surgiram dúvidas de que eu possa repetir esse sucesso.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

17. **16. Se eu recebo uma grande quantidade de elogios e reconhecimento por algo que eu tenho feito, eu costumo a desconsiderar a importância daquilo que eu fiz.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

18. **17. Costumo comparar minha capacidade com as das pessoas ao meu redor e acho que elas podem ser mais inteligentes do que eu.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

19. **18. Muitas vezes me preocupo em não ter sucesso em uma prova, mesmo que os outros ao meu redor considerem que eu me saia bem.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

20. **19. Se eu receber uma promoção ou reconhecimento de algum tipo, hesito em contar aos outros até que o fato seja consumado.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

21. **20. Se eu não sou o “melhor” em situações que envolvem conquista, eu me sinto mal e desanimado.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não é de todo verdade;
- ☐ Raramente;
- ☐ Às vezes;
- ☐ Frequentemente;
- ☐ Muito verdadeiro.

ESCALA DASS-21 –
Depression Anxiety and
Stress Scale.

VERSÃO REDUZIDA.

INSTRUÇÕES. As seguintes afirmações descrevem experiências que podem fazer parte do seu cotidiano.

Indique a alternativa mais apropriada utilizando a seguinte escala:

22. **1. Tive dificuldade em acalmar-me.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
- ☐ Concordo parcialmente;
- ☐ Discordo parcialmente;
- ☐ Discordo totalmente.

23. **2. Estava consciente de que minha boca estava seca. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

24. **3. Parecia não conseguir ter nenhum sentimento positivo. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

25. **4. Senti dificuldade em respirar (ex. respiração excessivamente rápida, falta de ar, na ausência de esforço físico) ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

26.

*

5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas.*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Concordo totalmente;
- ☐ Concordo parcialmente;
- ☐ Discordo parcialmente;
- ☐ Discordo totalmente.

27. **6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada a situações. ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Concordo totalmente;
- ☐ Concordo parcialmente;
- ☐ Discordo parcialmente;
- ☐ Discordo totalmente.

28. **7. Senti tremores (ex.: nas mãos). ****Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Concordo totalmente;
- ☐ Concordo parcialmente;
- ☐ Discordo parcialmente;
- ☐ Discordo totalmente.

29. **8. Senti que estava geralmente muito nervoso.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

30. **9. Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a).** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

31. *
- 10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

32. *

11. Senti que estava agitado.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

33. **12. Tive dificuldade em relaxar.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

34. **13. Senti-me desanimado e deprimido.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

35. **14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

36. **15. Senti que ia entrar em pânico.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

37. **16. Não consegui me entusiasmar com nada.** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

38. **17. Senti que não tinha muito valor como pessoa. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

39. **18. Senti que estava sensível. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

40. **19. Eu estava consciente do funcionamento/batimento do meu coração na ausência de esforço físico (ex.: sensação de aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca). ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

41. **20. Senti-me assustado sem ter uma boa razão. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

42. **21. Senti que a vida estava sem sentido. ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Concordo totalmente;
☐ Concordo parcialmente;
☐ Discordo parcialmente;
☐ Discordo totalmente.

QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

43. Nome Completo: *

44. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Feminino.
☐ Masculino.

45. Idade: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 15 a 19 anos.
- ☐ 20 a 24 anos.
- ☐ 25 a 29 anos.
- ☐ 30 anos ou mais.

46. Encontra-se matriculado(a) no: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Primeiro ano do curso (1º ou 2º período).
- ☐ Segundo ano do curso (3º ou 4º período).
- ☐ Terceiro ano do curso (5º ou 6º período).
- ☐ Quarto ano do curso (7º ou 8º período).
- ☐ Quinto ano do curso (9º ou 10º período).

AGRADECIMENTOS

Gratidão pela sua colaboração.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

APÊNDICE B – RESPOSTAS OBTIDAS NO QUESTIONÁRIO

A SINDROME DO IMPOSTOR E O DIREITO A SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO COM DISCENTES DE DIREITO

228 respostas

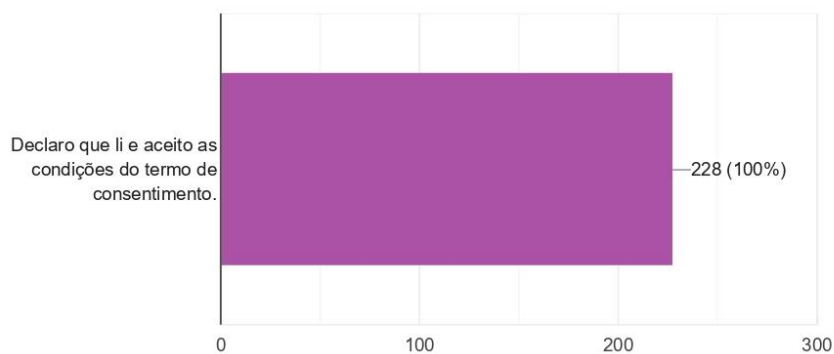
[Publicar análise](#)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Ante o exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

 Copiar

228 respostas



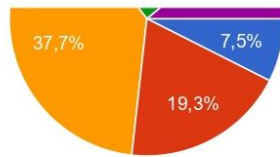
ESCALA CIPS – Clance Impostor Phenomenom Scale.

1. Tenho medo dos outros me avaliarem e, se possível, evito avaliações.

 Copiar

228 respostas

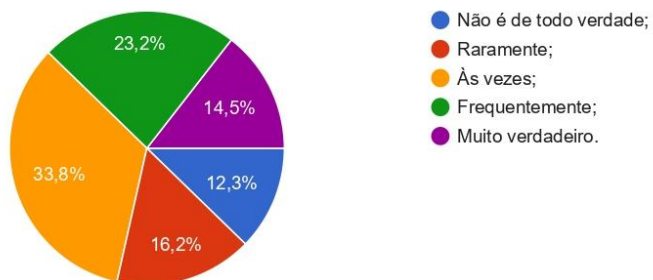




2. Eu posso dar a impressão de que sou mais competente do que realmente sou.

Copiar

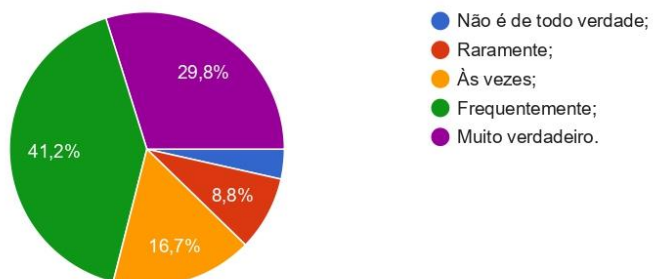
228 respostas



3. Muitas vezes tenho sucesso em uma tarefa, embora temesse que eu não a executaria bem antes de eu assumi-la.

Copiar

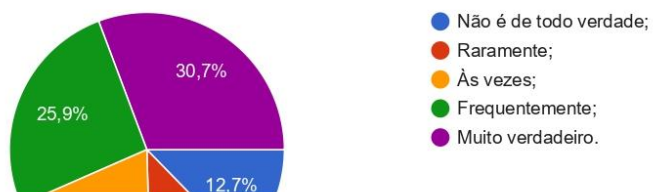
228 respostas

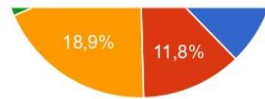


4. Quando as pessoas me elogiam por algo que eu tenha feito, eu tenho medo de não ser capaz de viver de acordo com as expectativas criadas sobre mim no futuro.

Copiar

228 respostas

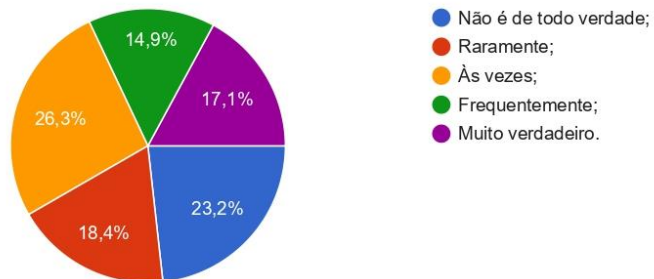




5. Às vezes, penso que eu obtive minha posição de sucesso atual, porque aconteceu de eu estar no local certo na hora certa e/ou por conhecer as pessoas certas.

Copiar

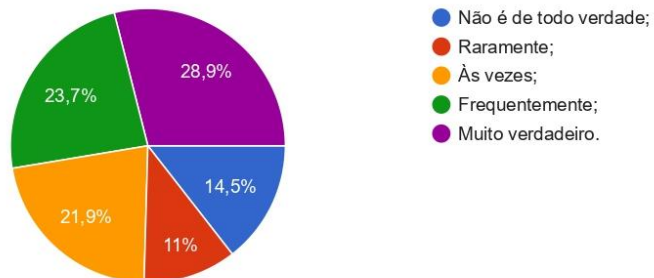
228 respostas



6. Tenho medo que as pessoas importantes para mim descubram que eu não sou tão capaz quanto eles pensam que eu sou.

Copiar

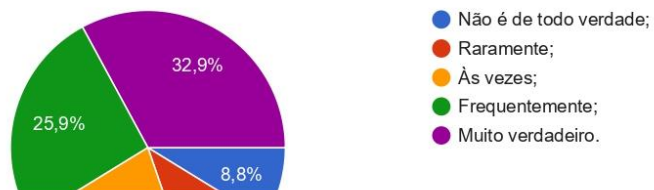
228 respostas



7. Eu costumo lembrar os incidentes em que eu não fiz o meu melhor (fracasso) mais do que aqueles em que fiz o meu melhor (sucesso).

Copiar

228 respostas

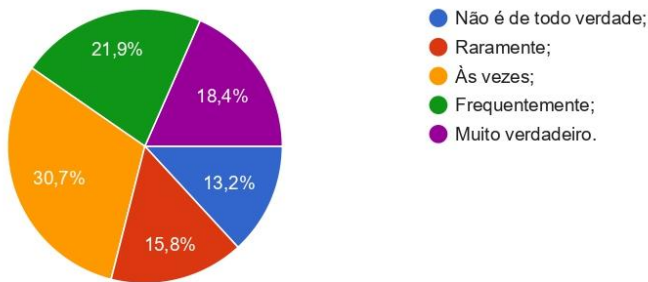




8. Raramente eu desenvolvo uma tarefa tão bem quanto eu gostaria de fazê-la.

 Copiar

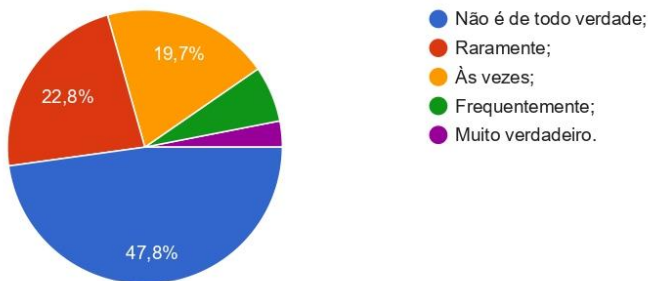
228 respostas



9. Eu acredito que meu sucesso na minha vida é o resultado de algum tipo de erro.

 Copiar

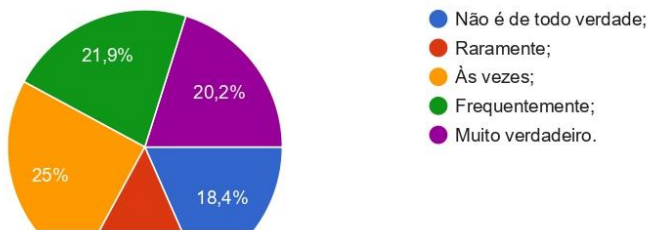
228 respostas



10. Sinto dificuldade em aceitar elogios sobre a minha inteligência ou realizações.

 Copiar

228 respostas

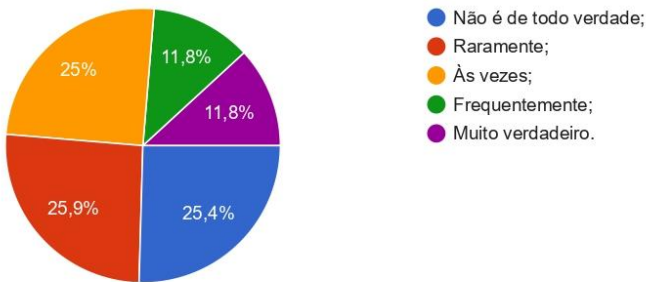




11. Sinto que o meu sucesso foi devido a algum tipo de sorte.

Copiar

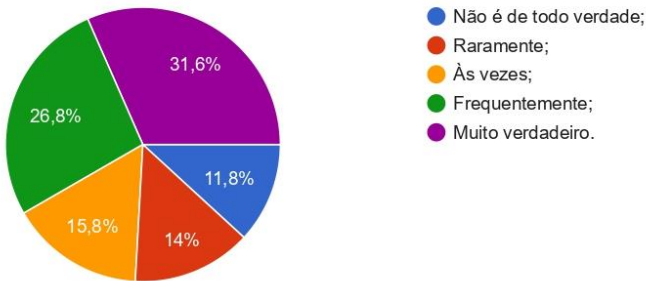
228 respostas



12. Me sinto decepcionado em minhas atuais realizações e acho que eu deveria ter feito muito mais.

Copiar

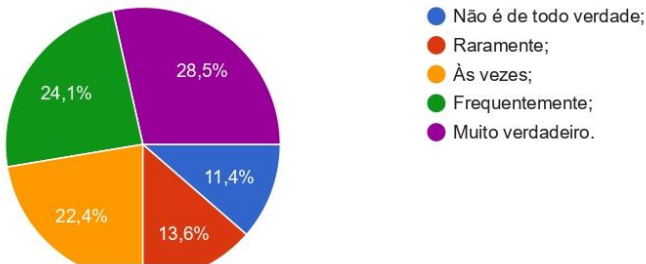
228 respostas



13. Eu tenho medo que os outros vão descobrir o quanto de conhecimento me falta.

Copiar

228 respostas

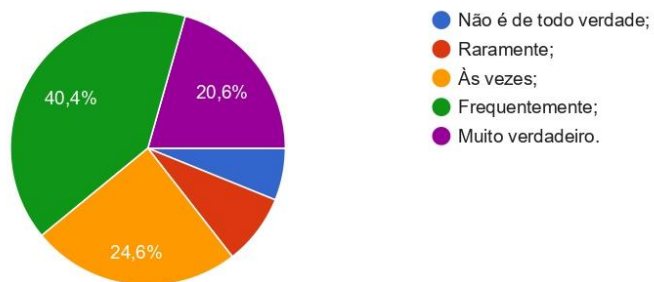




14. Tenho medo de que eu possa falhar em uma nova tarefa, embora eu geralmente faça bem o que eu tento.



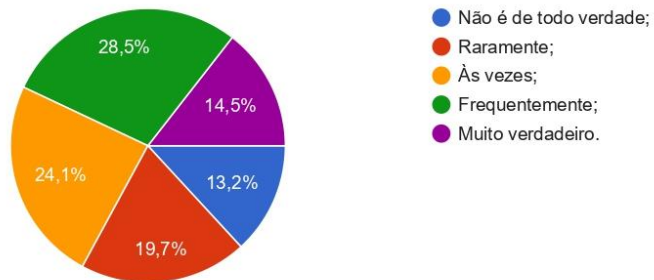
228 respostas



15. Quando eu tive sucesso em alguma coisa e recebi o reconhecimento por muitas realizações, me surgiram dúvidas de que eu possa repetir esse sucesso.



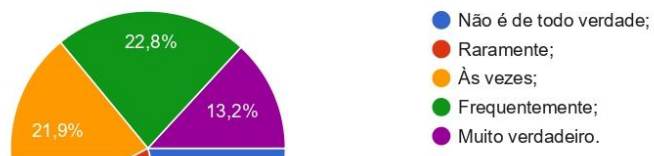
228 respostas

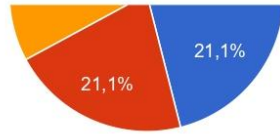


16. Se eu recebo uma grande quantidade de elogios e reconhecimento por algo que eu tenho feito, eu costumo a desconsiderar a importância daquilo que eu fiz.



228 respostas

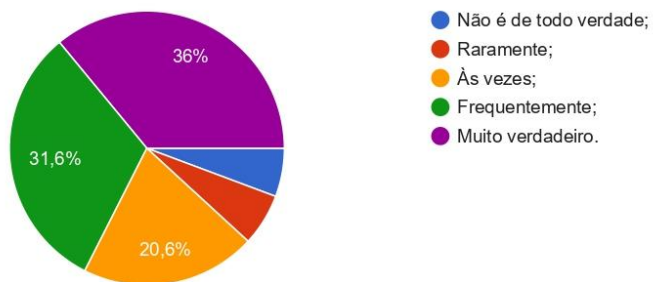




17. Costumo comparar minha capacidade com as das pessoas ao meu redor e acho que elas podem ser mais inteligentes do que eu.

[Copiar](#)

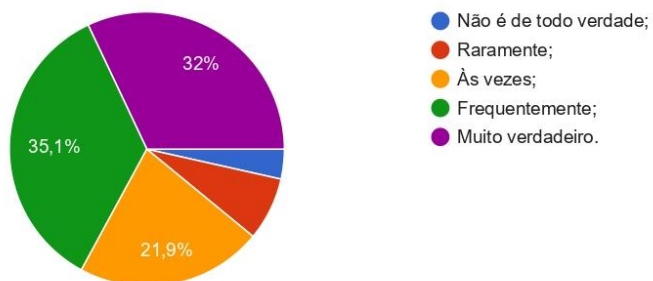
228 respostas



18. Muitas vezes me preocupo em não ter sucesso em uma prova, mesmo que os outros ao meu redor considerem que eu me saia bem.

[Copiar](#)

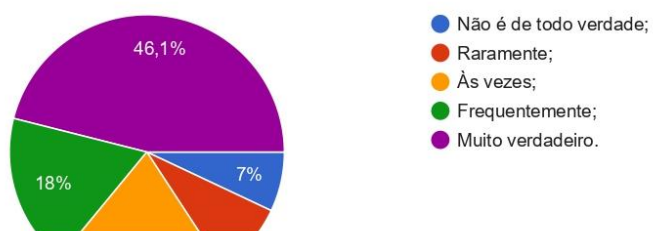
228 respostas



19. Se eu receber uma promoção ou reconhecimento de algum tipo, hesito em contar aos outros até que o fato seja consumado.

[Copiar](#)

228 respostas

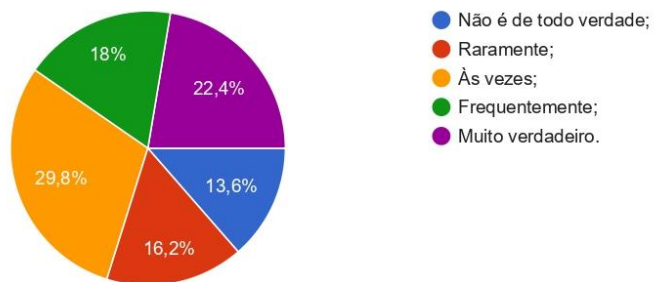




20. Se eu não sou o “melhor” em situações que envolvem conquista, eu me sinto mal e desanimado.

Copiar

228 respostas

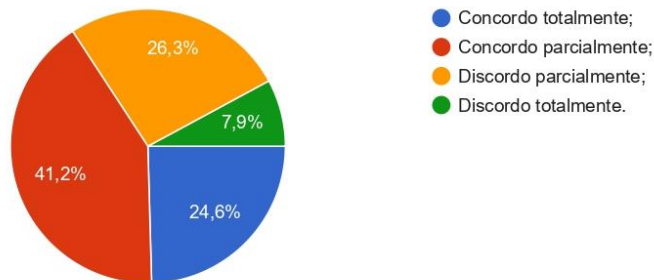


ESCALA DASS-21 – Depression Anxiety and Stress Scale.

1. Tive dificuldade em acalmar-me.

Copiar

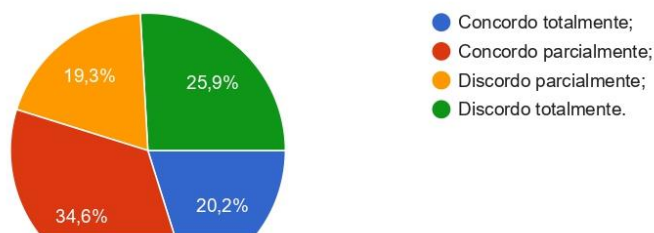
228 respostas



2. Estava consciente de que minha boca estava seca.

Copiar

228 respostas

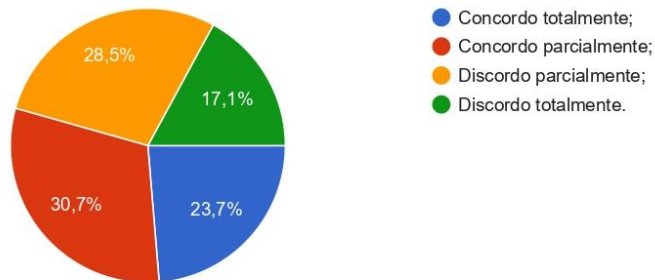




3. Parecia não conseguir ter nenhum sentimento positivo.

 Copiar

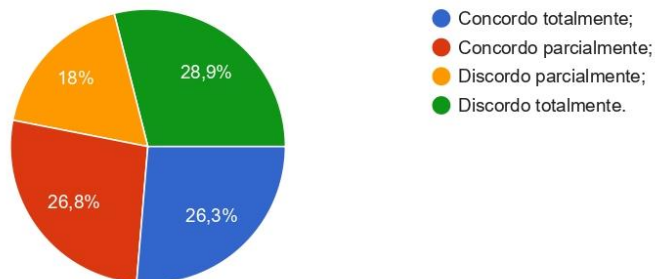
228 respostas



4. Senti dificuldade em respirar (ex. respiração excessivamente rápida, falta de ar, na ausência de esforço físico)

 Copiar

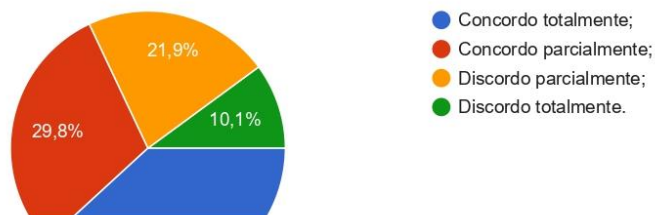
228 respostas



5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer as coisas.

 Copiar

228 respostas

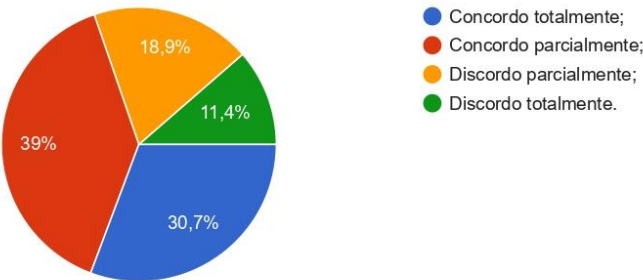




6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada a situações.

 Copiar

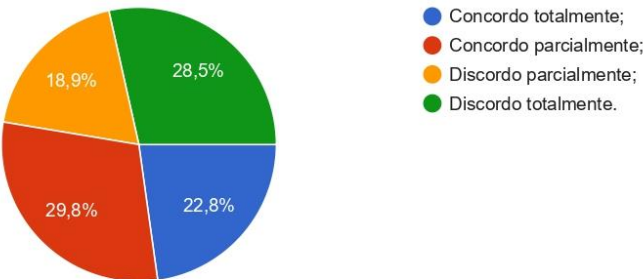
228 respostas



7. Senti tremores (ex.: nas mãos).

 Copiar

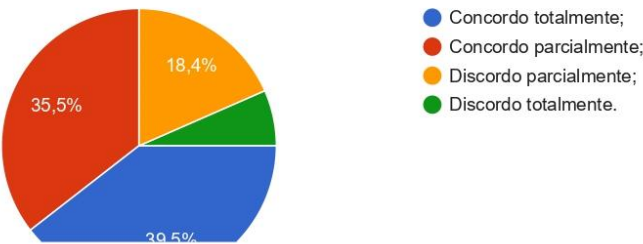
228 respostas



8. Senti que estava geralmente muito nervoso.

 Copiar

228 respostas

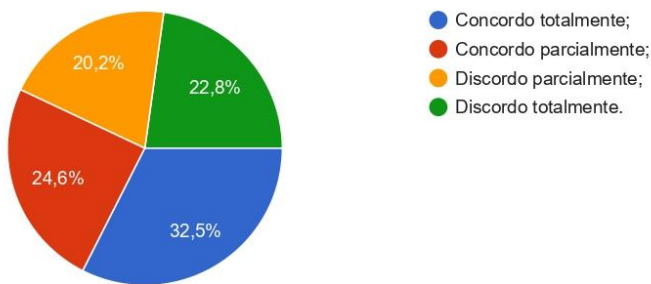




9. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a).

 Copiar

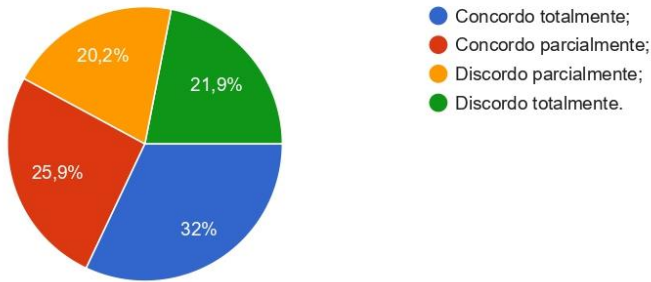
228 respostas



 Copiar

10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.

228 respostas

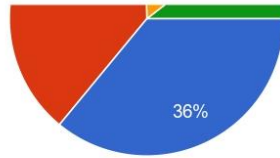


 Copiar

11. Senti que estava agitado.

228 respostas

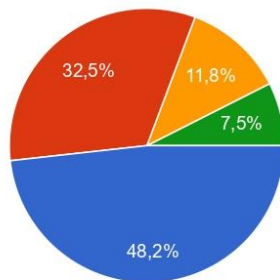




12. Tive dificuldade em relaxar.

Copiar

228 respostas

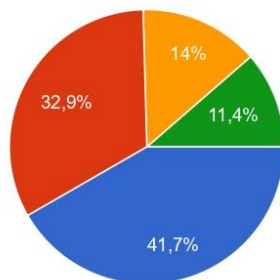


- Concordo totalmente;
- Concordo parcialmente;
- Discordo parcialmente;
- Discordo totalmente.

13. Senti-me desanimado e deprimido.

Copiar

228 respostas

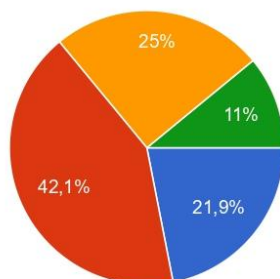


- Concordo totalmente;
- Concordo parcialmente;
- Discordo parcialmente;
- Discordo totalmente.

14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.

Copiar

228 respostas



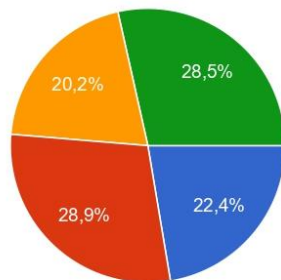
- Concordo totalmente;
- Concordo parcialmente;
- Discordo parcialmente;
- Discordo totalmente.



15. Senti que ia entrar em pânico.

 Copiar

228 respostas

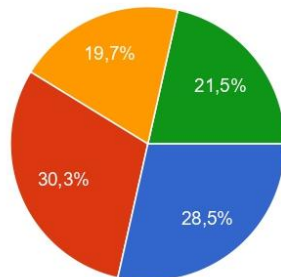


- Concordo totalmente;
- Concordo parcialmente;
- Discordo parcialmente;
- Discordo totalmente.

16. Não consegui me entusiasmar com nada.

 Copiar

228 respostas

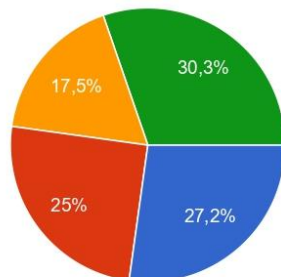


- Concordo totalmente;
- Concordo parcialmente;
- Discordo parcialmente;
- Discordo totalmente.

17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.

 Copiar

228 respostas



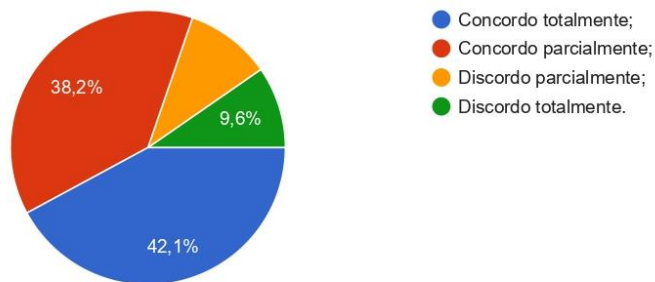
- Concordo totalmente;
- Concordo parcialmente;
- Discordo parcialmente;
- Discordo totalmente.



18. Senti que estava sensível.

 Copiar

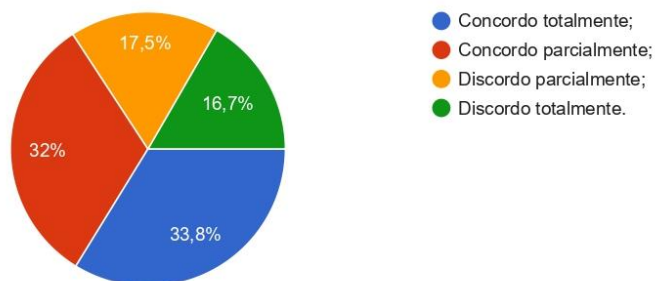
228 respostas



19. Eu estava consciente do funcionamento/batimento do meu coração na ausência de esforço físico (ex.: sensação de aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).

 Copiar

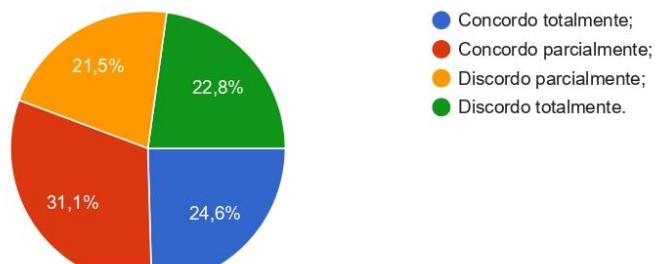
228 respostas



20. Senti-me assustado sem ter uma boa razão.

 Copiar

228 respostas

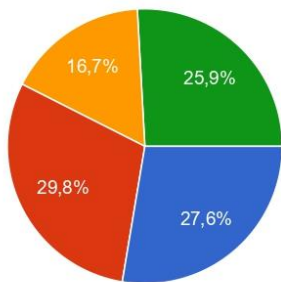




21. Senti que a vida estava sem sentido.

 Copiar

228 respostas



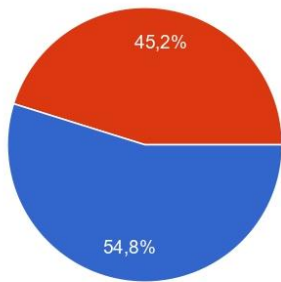
- Concordo totalmente;
- Concordo parcialmente;
- Discordo parcialmente;
- Discordo totalmente.

QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo:

 Copiar

228 respostas

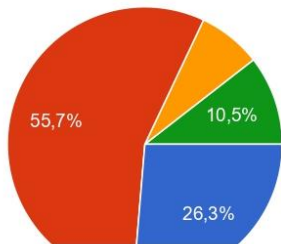


- Feminino.
- Masculino.

Idade:

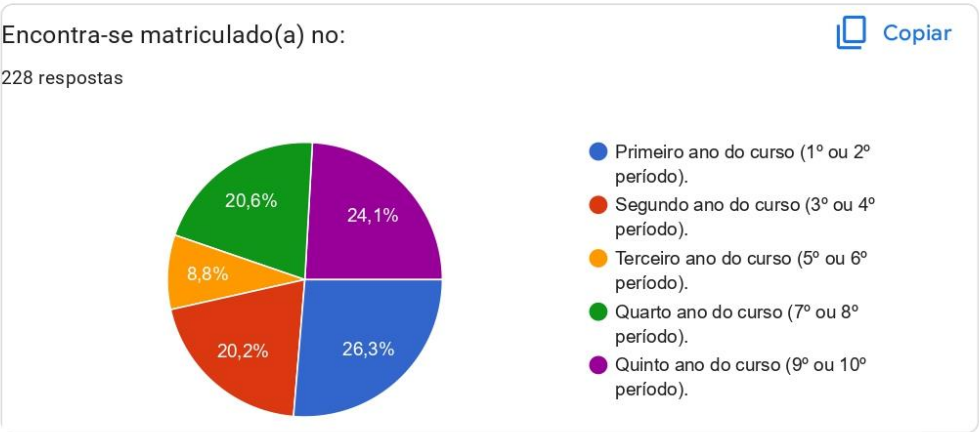
 Copiar

228 respostas



- 15 a 19 anos.
- 20 a 24 anos.
- 25 a 29 anos.
- 30 anos ou mais.





AGRADECIMENTOS

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

