



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE ARTES  
E DESIGN

# **Metodologias de Design como ferramentas de desconstrução do apoio aos sintomas de ansiedade do público jovem – Casos de estudo**

**MÁRCIA DE FÁTIMA CAVALCANTI SILVEIRA**

**Mestrado em Design para a Saúde e Bem-estar**

**Escola Superior de Artes e Design do Politécnico de Leiria**

Orientadoras

Professora Doutora Cláudia Pernencar

Professora Doutora Roberta Frontini

Caldas da Rainha, junho de 2025

---

**“DEUS NÃO FEZ TUDO NUM SO DIA, O QUE FAZ PENSAR QUE EU POSSA?”**

**William Shakespeare**

---

## Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar meu filho, marido e irmão que abdicaram de tempo e paciência para lidar comigo, enquanto eu estudava. O amor e apoio que me deram nos momentos difíceis.

A Deus, pois sempre esteve comigo.

A meus pais que mesmo não estando mais comigo, sei que sentem orgulho e de que estão vendo de alguma forma.

Desejo expressar minha gratidão à Professora Doutora Cláudia Pernencar e à Professora Doutora Roberta Frontini por sua orientação valiosa durante a condução desta pesquisa. Especialmente diante da situação em que me encontrava, agradeço por manterem um contato tão útil e compreensivo em todas as situações necessárias.

Gostaria de expressar meu sincero agradecimento à Professora Doutora Elga, coordenadora deste curso, por sua incrível prestatividade, empatia e compreensão ao longo deste processo. Sua orientação e apoio foram fundamentais para o sucesso desta jornada acadêmica. Agradeço pela sua dedicação e contribuição significativa para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço todos os professores que participaram dessa jornada e que tanto me ensinaram e incentivaram.

A execução desta pesquisa seria impossível sem os aprendizados que obtive ao longo da minha trajetória pessoal e com a realização deste mestrado. Portanto, expresso meu agradecimento a todos os professores que estiveram ao meu lado ao longo desses anos. Agradeço a todas as pessoas que cruzaram meu caminho durante este período, em um mundo tão peculiar como o que estamos experimentando desde 2023.

Agradeço a todos que participaram como agentes ativos da pesquisa colaborando de forma voluntária da construção dessa dissertação.

## Resumo

A ansiedade é um problema de saúde mental prevalente que afeta significativamente o bem-estar e o funcionamento diário dos indivíduos. Estima-se que cerca de 264 milhões de pessoas em todo o mundo sofram com os efeitos da ansiedade, incluindo a Perturbação de Ansiedade Generalizada (PAG) (Barnhill, J. 2023). John Barnhill (2023) analisa as manifestações fisiológicas da ansiedade e os desequilíbrios dos neurotransmissores envolvidos, destacando a complexa interação entre a regulação hormonal, a neurotransmissão e o bem-estar emocional.

A ansiedade é uma emoção normal, experienciada por todos em situações de stress. No entanto, quando se manifesta de forma excessiva e persistente, interferindo no quotidiano, pode ser um indício de uma perturbação de ansiedade (Ye et al., 2021). A ansiedade está associada a diversas comorbidades, incluindo a depressão. Existe uma elevada prevalência das perturbações de ansiedade a nível mundial, sendo importante que haja abordagens abrangentes para promover a literacia em saúde mental. De facto, um baixo nível de literacia em saúde mental é considerado um dos fatores que contribuem para a exclusão social e para o aumento da morbidade e mortalidade (Mancuso, J. 2008).

Com a chegada da pandemia, verificou-se um aumento dos casos de depressão. Um estudo realizado durante esse período pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, revelou que um terço dos portugueses da amostra de 926 pessoas sofria ou tinha sofrido de sintomas de ansiedade e depressão (Aguiar et al., 2022).

Considerando a natureza multifacetada das perturbações de ansiedade, esta proposta de dissertação explora de que forma o design, enquanto ferramenta criativa e estratégica, pode contribuir para a sensibilização sobre a importância da deteção precoce, o desenvolvimento de estratégias de tratamento eficazes e a compreensão do impacto dos estigmas sociais em indivíduos com problemas de saúde mental. Neste contexto, a dissertação procura, por outro lado, questionar o papel do design como ferramenta estratégica de pensamento crítico na deteção precoce e na gestão de sintomas de ansiedade, centrando-se na interseção entre a saúde mental e o design de experiência do utilizador. O principal objetivo é identificar abordagens que possam

reduzir o estigma associado à discussão sobre saúde mental, em particular sobre a ansiedade. Além disso, pretende-se analisar casos de estudo para compreender como responder a estes desafios e estruturar redes de apoio eficazes.

**Palavras-chave:**

Ansiedade; Codesign; Design Thinking; Rede de apoio; Suicídio.

## Abstract

Anxiety is a prevalent mental health problem that significantly affects individuals' well-being and daily functioning. It is estimated that around 264 million people worldwide suffer from the effects of anxiety, including Generalised Anxiety Disorder (GAD) (Barnhill, J. 2023). John Barnhill (2023) analyses the physiological manifestations of anxiety, and the neurotransmitter imbalances involved, highlighting the complex interaction between hormonal regulation, neurotransmission and emotional well-being.

Anxiety is a normal emotion, experienced by everyone in stressful situations. However, when it manifests itself excessively and persistently, interfering with daily life, it can be an indication of an anxiety disorder (Ye et al., 2021). Anxiety is associated with various comorbidities, including depression. There is a high prevalence of anxiety disorders worldwide, and it is important to have comprehensive approaches to promote mental health literacy. In fact, a low level of mental health literacy is considered one of the factors contributing to social exclusion and increased morbidity and mortality (Mancuso, J. 2008).

With the arrival of the pandemic, there has been an increase in cases of depression. A study carried out during this period by the Institute of Public Health at the University of Porto revealed that a third of the Portuguese in the sample of 926 people suffered or had suffered from symptoms of anxiety and depression (Aguar et al., 2022).

Considering the multifaceted nature of anxiety disorders, this dissertation proposal explores how design, as a creative and strategic tool, can contribute to raising awareness about the importance of early detection, developing effective treatment strategies and understanding the impact of social stigmas on individuals with mental health problems.

In this context, the dissertation also seeks to question the role of design as a strategic tool for critical thinking in the early detection and management of anxiety symptoms, focusing on the intersection between mental health and user experience design. The main aim is to identify approaches that can reduce the stigma associated with discussing mental health, particularly anxiety. In addition, it aims to analyse case studies to

understand how to respond to these challenges and structure effective support networks.

**Keywords:**

Anxiety; Codesign; Design Thinking; Support network; Suicide.

# Índice

<b>Agradecimentos .....</b>	<b>III</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>IV</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>VI</b>
<b>Índice de Figuras .....</b>	<b>IX</b>
<b>Capítulo I - Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Motivação .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Objetivos do estudo e perguntas de investigação .....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Estrutura do documento .....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo II - Enquadramento teórico .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. O Design na saúde mental.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Fatos e mitos sobre a saúde mental .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2.1 Ansiedade: Contextos Internacionais e nacionais .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.2 Empatia .....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo III – Metodologias.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1. O Co-design como prática colaborativa .....</b>	<b>24</b>
<b>Capítulo IV - Casos de Estudo.....</b>	<b>33</b>
<b>4.1 O papel individual na prevenção do suicídio .....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 Pandemia de COVID-19 .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 CVV - Centro de valorização da vida .....</b>	<b>42</b>
<b>Discussão e Conclusão .....</b>	<b>51</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>53</b>
<b>Anexos</b>	

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> As 5 etapas do processo de Design Thinking. ....	26
<b>Figura 2.</b> Campanha Setembro Amarelo. ....	36

# CAPÍTULO I



# INTRODUÇÃO

## Capítulo I - Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença, destacando a importância de considerar todas as suas dimensões (Chacur, P. 2024).

O estigma, a discriminação e as violações dos direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todo o mundo. Atualmente, em 20 países — Bahamas, Bangladesh, Brunei, Gana, Guiana, Quênia, Malawi, Malásia, Myanmar, Nigéria, Paquistão, Papua-Nova Guiné, Qatar, Santa Lúcia, Somália, Sudão, Sudão do Sul, Tanzânia, Tonga e Uganda — a tentativa de suicídio continua a ser criminalizada. Além disso, em todos os países, as pessoas em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica apresentam um risco mais elevado de desenvolver problemas de saúde mental, sendo também as menos propensas a receber serviços adequados (OPAS, 2022).

A ansiedade é uma resposta emocional normal, presente no dia a dia das pessoas, podendo manifestar-se de diversas formas, como tensão muscular, preocupação e insegurança face a mudanças. Estas manifestações podem refletir-se no funcionamento físico, resultando em alterações da pressão arterial e da frequência cardíaca, sudorese, secura bucal, tonturas, sensação de fraqueza, entre outros sintomas, variando consoante as características fisiológicas de cada indivíduo. No entanto, quando a ansiedade interfere significativamente com as atividades diárias, causando sofrimento emocional e impacto negativo na saúde física, pode configurar uma perturbação de ansiedade.

Um em cada cinco portugueses sofreu de sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia da Covid-19, de acordo com dados do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), que avaliou o impacto da pandemia na saúde mental de cidadãos adultos residentes em Portugal (Seabra, D., 2022).

Para reforçar estes dados, a OMS revelou que, em 2019, quase mil milhões de pessoas em todo o mundo — incluindo 14% dos adolescentes — viviam com uma perturbação

mental. Globalmente, o suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes, sendo que 58% dos casos ocorreram antes dos 50 anos de idade (OPAS, 2022).

Segundo o manual de classificação de doenças mentais, a perturbação de ansiedade generalizada é caracterizada por uma preocupação excessiva ou expectativa apreensiva, persistente e difícil de controlar, que dura no mínimo seis meses. Esta perturbação é sempre acompanhada por três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e distúrbios do sono.

Entre 2004 e 2009, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) constatou um aumento de 25,3% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos. Em relação ao consumo de ansiolíticos, Portugal encontra-se acima da média dos países da OCDE. No entanto, existem poucos estudos que forneçam resultados específicos sobre a realidade portuguesa. Nos cuidados primários de saúde, estima-se que cerca de 50% dos utilizadores apresentem sintomas de depressão ou ansiedade.

Como psicopedagoga clínica e institucional com 12 anos de experiência, conforme comprovado pela declaração **do curso de Psicopedagogia Clínica e Institucional** (Anexo A), acredito que, no contexto da saúde mental, não se pode reduzir o número de suicídios sem dar a devida atenção à ansiedade e à depressão. É fundamental que estas perturbações sejam tratadas com seriedade, incluindo a realização de terapias adequadas, pois a falta de intervenção pode aumentar os fatores de risco e as comorbidades, como o desenvolvimento de fobias sociais, a perturbação de ansiedade generalizada (PAG), automutilação, perturbação obsessivo-compulsivo (POC), entre outros, podendo levar ao suicídio.

O uso do Design, especialmente o Co-design, na saúde mental tem mostrado um grande potencial, embora ainda seja subutilizado, especialmente como ferramenta para desconstruir as abordagens de prevenção ao suicídio. A natureza sensível e desafiadora do tema da ideação suicida representa um obstáculo para a implementação mais ampla do Co-design. Contudo, estudos demonstram que a colaboração ativa entre profissionais de saúde mental e usuários pode gerar resultados positivos. Um exemplo disso é o estudo de Pocobello, R. et al. (2019) que revelou que pacientes envolvidos no

desenvolvimento colaborativo dos serviços de saúde mental apresentaram menor necessidade de medicação e menos internamentos, quando comparados aos que utilizaram serviços tradicionais.

Além disso, Thorn, P. et al. (2020) destacaram a importância de protocolos de segurança personalizados para jovens envolvidos no Co-design de programas de prevenção ao suicídio. A experiência de Co-design foi considerada benéfica, aumentando a confiança dos jovens em ajudar outros em situações semelhantes. O Co-design também se aplica a projetos de reabilitação em saúde mental comunitária, onde a capacitação para autogestão é essencial, especialmente em momentos de crise emocional que podem levar à ideação suicida.

Por exemplo, a utilização de ferramentas de segurança pessoal tem-se mostrado eficaz, promovendo um envolvimento terapêutico entre profissionais e pacientes, ajudando a reduzir a intensidade e a frequência das crises (Chalmers, A. et al., 2012; Moscardini, E. et al., 2020).

João Bernarda (2023) enfatiza a escassez de técnicas criativas no setor de Deficiências Intelectuais e Desenvolvimento (DID) em Portugal, apresentando uma oportunidade para a atuação de Designers de Produto. A presença de um designer em centros de atividade e formação para inclusão é vista como crucial para a promoção do bem-estar físico e emocional. O projeto 'Defigne' (2022), em parceria com a CERCICA, ilustra a integração de designers no planeamento de serviços voltados para a deficiência intelectual, resultando em práticas inovadoras e mudanças positivas através da aplicação de metodologias de Design.

A incorporação do design na saúde mental, especialmente através do Co-design, não apenas potencializa a eficácia dos serviços, mas também promove um ambiente mais inclusivo e colaborativo, essencial para a promoção do bem-estar físico e emocional do ser humano.

## 1.1 Motivação

A principal motivação é aprender com as experiências de prevenção da ansiedade e depressão, que podem levar ao suicídio, e disseminá-las em Portugal, considerando que aqui a taxa de suicídio é alta, como mencionado anteriormente. Atualmente, é crucial preservar a saúde mental para controlar o aumento do número de pessoas com a saúde mental prejudicada ou que não recebem a devida atenção.

## 1.2 Objetivos do estudo e perguntas de investigação

Esta dissertação tem como objetivo investigar, através da análise de casos de estudo, se a aplicação da metodologia de Co-design como parte do processo de Design Thinking existe em torno do contexto da saúde mental. Outro grande objetivo, é divulgar as iniciativas feitas no Brasil, como por exemplo o Setembro Amarelo como forma de discussão sobre se o uso da metodologia de Co-design traria valor acrescentado à iniciativa.

Perante o cruzamento com pacientes com pensamento suicida, entendi a importância de uma rede de apoio presente, que tanto reconheça, quanto leve a sério a situação do deste. Assim se evita que a solidão e o abandono intensifiquem os sentimentos de depressão e ansiedade, os quais desencadeiam diversos gatilhos que podem levar ao suicídio ou a outras doenças, impactando a qualidade de vida e aumentando a mortalidade na população.

No tratamento de indivíduos com ansiedade e suas comorbidades, como a depressão, é essencial contar com uma equipa interdisciplinar para alcançar bons resultados. Isso é semelhante ao que ocorre com o uso do Co-design, em que é necessário realizar reuniões com diversos profissionais envolvidos no caso. O trabalho conjunto permite um olhar mais aguçado, uma escuta ativa e uma observação contínua das pessoas envolvidas no estudo de caso, ou seja, da pessoa que está a ser tratada. Dessa forma, a colaboração entre diferentes áreas pode melhorar significativamente o processo terapêutico e os resultados obtidos.

É nos contextos referidos anteriormente que surgem as perguntas de investigação:

1. Como é que o Co-design pode contribuir na abordagem de Design Thinking para contextualizar a promoção da saúde mental através da quebra do estigma que envolve o tema?
2. Como a criação de uma rede de apoio solidificada em valores e apoio social ativo influencia a resiliência e a saúde mental em indivíduos com ansiedade?

### 1.3 Estrutura do documento

Esta dissertação, fundamentada na pesquisa realizada sobre o tema em questão, está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda a motivação e a contextualização do tema, delineando os objetivos da pesquisa e as perguntas que a guiam, além de fornecer um resumo da estrutura do documento. O segundo capítulo apresenta o referencial teórico que sustenta as perguntas de investigação, incluindo uma revisão da literatura sobre Design na Saúde Mental, bem como uma análise das suas causas, consequências e a distinção entre fatos e mitos. No terceiro capítulo, é discutida uma das metodologias de Design aplicadas na área da Saúde Mental, com foco no Co-design. O quarto capítulo descreve casos de estudo relevantes e apresenta uma rede de apoio. Por fim, são discutidas as conclusões do estudo, considerando as suas limitações e oferecendo recomendações para futuras pesquisas.

## CAPÍTULO II



# ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## Capítulo II - Enquadramento teórico

### 2.1. O Design na saúde mental

Nos últimos anos, o atendimento à saúde mental tem passado por transformações significativas, com um crescente enfoque na promoção do bem-estar mental e em medidas preventivas. Os cuidados centrados na pessoa valorizam o conhecimento experiencial para orientar objetivos e circunstâncias individuais. Cada caso começa com o diagnóstico e é seguido pela implementação de um plano de tratamento. O processo de diagnóstico é um procedimento individualizado e contínuo que envolve a análise de dados, a consideração das causas e a formulação de hipóteses baseadas em teorias pré-existentes. Esse processo procura desenvolver uma compreensão teórica sobre os problemas, queixas e comportamentos problemáticos, além de operacionalizar esses conceitos para que possam ser medidos e aplicados com métodos diagnósticos adequados (Veldmeijer, L. et al., 2023).

O diagnóstico visa identificar os sintomas, as causas, as consequências, os fatores que mantêm o problema, as influências debilitantes e os mecanismos subjacentes ao sofrimento. O objetivo é que o profissional interprete e tenha uma compreensão clara da situação da pessoa, para que possa iniciar a terapia e o tratamento focados numa melhoria. O diagnóstico consiste na classificação de perturbações mentais, o que é importante para orientar o tratamento e prever o prognóstico. Essa classificação ou 'rotulagem' envolve a identificação de uma perturbação mental e a sua atribuição a uma categoria específica. As classificações são amplas e refletem a combinação de sintomas ou padrões que ocorrem frequentemente. No entanto, a ênfase nas categorias diagnósticas pode levar à estigmatização e à injustiça epistémica, o que é problemático, pois indivíduos rotulados com o mesmo diagnóstico podem ter experiências e necessidades distintas (Veldmeijer, L. et al., 2023).

Diante disso, tem-se argumentado que as condições de saúde mental (tecnicamente apeladas de doenças mentais ou perturbações mentais) devem ser compreendidas principalmente pela perspectiva das experiências individuais das pessoas que as vivenciam. Sente-se uma necessidade de reequilibrar o poder entre pacientes e

profissionais nos cuidados de saúde mental, pois o diagnóstico muitas vezes baseia-se nas informações fornecidas pelos pacientes, utilizando métodos como entrevistas e questionários, o que pode gerar uma interação assimétrica. A aliança terapêutica é essencial para o sucesso do tratamento, uma vez que favorece uma relação de confiança e colaboração entre o paciente e o profissional, possibilitando um tratamento mais eficaz e humanizado.

A abordagem autoritária do profissional pode restringir a capacidade dos pacientes de expressar as suas queixas e ofuscar a sua vivência de sofrimento. Os pacientes podem se sentir pressionados ao se focarem apenas nas suas queixas, ignorando outros aspectos importantes de suas vidas. É crucial promover um diálogo mais equilibrado que permita que os pacientes compartilhem as suas experiências de forma holística. A recuperação de pacientes é mais bem avaliada pela própria pessoa que vive a experiência, daí ser necessário co-criar com os profissionais outros conceitos e uma nova linguagem envolvendo aqueles que têm experiências vividas (Lupton, E. & Ku, B., 2022).

A vivência individual de um paciente com a condição de saúde mental é crucial para o diagnóstico, exigindo abordagens personalizadas que reconheçam essas experiências e os seus valores, proporcionando uma compreensão mais eficaz das condições de saúde mental. Novos paradigmas ressaltam a importância das vivências pessoais e a necessidade de um pensamento criativo nesse campo, o que vem criar um espaço para investigar como as perspectivas da disciplina de design podem enriquecer o processo de diagnóstico (Veldmeijer, L. et al., 2023).

Uma perspectiva de Co-design pode proporcionar um desenho conjunto de soluções para os desafios na saúde mental. As suas contribuições podem incluir por exemplo, melhoria de processos de atendimento para jovens, o Design partilhado de instalações psiquiátricas, o desenvolvimento de terapias de realidade virtual para autismo e psicose, e a criação de programas de recuperação (Bernarda, J. 2023; Illarregi, E. et al., 2019). Contudo, a exploração de como o diagnóstico pode se beneficiar do design ainda é limitada, embora essa abordagem apresente potencial significativo para inovação neste setor (Veldmeijer, L. et al., 2023).

A inovação em psiquiatria, quando integrada à pesquisa em design, propõe uma abordagem mais holística e centrada no indivíduo. Ao contrário da pesquisa médica tradicional, que muitas vezes segue um caminho linear e focado em diagnósticos específicos, a pesquisa em design adota um ciclo iterativo que permite a exploração contínua das necessidades e experiências dos pacientes, mesmo quando inclui o meio digital (Sigurðardóttir, S. et al., 2023). Este ciclo iterativo é fundamental para identificar e abordar as lacunas nas necessidades não atendidas das pessoas com condições de saúde mental. A pesquisa em design na área da saúde mental, em particular, não se limita a recolher dados por meio de métodos convencionais, como entrevistas e questionários; em vez disso, procura compreender as nuances da experiência individual, considerando a complexidade e a subjetividade dos sintomas e das vivências das pessoas (Veldmeijer, L. et al., 2023).

Muitas vezes, a abordagem tradicional de diagnóstico não consegue capturar a complexidade das experiências vividas pelos indivíduos. Os métodos diagnósticos convencionais tendem a não aceder o conhecimento tácito, percepções e sentimentos que os indivíduos podem ter dificuldade em articular de forma direta. Nesse contexto, ao incorporar sessões generativas, os designers criam um espaço facilitador, permitindo que os indivíduos expressem as suas experiências de maneiras mais criativas e intuitivas (Lupton, E. & Ku, B. 2022; Sigurðardóttir, S. et al., 2023; Veldmeijer, L. et al., 2023; Hardy, A. et al., 2018; Illarregi, E. et al., 2019). Essas sessões podem envolver atividades como workshops, brainstorming e outras dinâmicas colaborativas, incentivando a expressão livre.

Este tipo de abordagem vai além das respostas superficiais, com o objetivo de aprofundar a compreensão das emoções, pensamentos e comportamentos que moldam a experiência da saúde mental. Uma sessão generativa pode ser descrita como um espaço de partilha, onde os participantes, através de exercícios criativos, discutem seus pensamentos e sentimentos (Hardy, A. et al., 2018). Para tal, os participantes recorrem a um *probe cultural*, uma ferramenta que facilita a recolha de informações sobre as suas vidas, valores e reflexões. Nestes contextos, tanto a mente quanto o corpo se encontram ativos, promovendo uma interação dinâmica entre o pensar e o fazer.

Embora a expressão criativa seja um aspecto comum em várias abordagens psiquiátricas, nomeadamente nas Terapias de Artes Criativas, que têm como objetivo melhorar o bem-estar psicológico, as sessões generativas diferem ao procurar tornar explícito o conhecimento tácito dos participantes. Esse conhecimento não apenas contribui para o diagnóstico, mas também informa e orienta o processo terapêutico subsequente. Enquanto as Terapias de Artes Criativas visam principalmente o benefício psicológico direto, as sessões generativas têm um foco mais específico na recolha de dados e compreensão aprofundada da experiência subjetiva dos indivíduos (Veldmeijer, L. et al., 2023). Em sessões generativas, as pessoas são vistas como especialistas das suas próprias experiências, o que é fundamental para entender as suas perceções, especialmente em condições de saúde mental. O conhecimento tácito, que inclui atitudes, comportamentos e crenças, é crucial, mas difícil de expressar e observar. Compartilhar essas experiências pode ser complicado devido a vulnerabilidades, como baixa alfabetização e défice intelectual, prevalentes na população de cuidados de saúde mental (Hardy, A. et al., 2018). No entanto, essas sessões generativas promovem a inovação ao permitir que os indivíduos co-criem e falem sobre artefactos, oferecendo insights valiosos sobre suas narrativas pessoais, forças, necessidades e objetivos, que podem influenciar diagnósticos. O uso de artefactos e técnicas de narrativa em sessões generativas pode facilitar a expressão e a compreensão do conhecimento tácito de pessoas com condições de saúde mental. Esses artefactos atuam como ferramentas de diálogo que promovem empatia e compreensão mútua entre pacientes e profissionais, permitindo que os pacientes compartilhem suas experiências e lutem por uma dinâmica mais equitativa nas interações (Veldmeijer, L. et al., 2023).

É necessário mudar o foco das categorias diagnósticas tradicionais em saúde mental para uma abordagem que valorize a experiência individual e as variações pessoais. As sessões generativas podem ajudar a explorar essas experiências de forma mais profunda, oferecendo uma alternativa às definições estritamente médicas e reconhecendo aspectos como a criatividade e a expressão pessoal como componentes importantes na compreensão da saúde mental. A participação em atividades criativas pode promover também empoderamento e apoiar a recuperação em saúde mental. O empoderamento está relacionado à capacidade de indivíduos identificarem e utilizarem

suas forças. Através de sessões generativas, é possível obter insights sobre os contextos de força e de dificuldade de cada pessoa. O diagnóstico deve ser um processo iterativo, refletindo a experiência individual, onde o profissional atua como co-aprendiz, compartilhando uma jornada transformadora para identificar ações eficazes na recuperação (Hardy, A. et al., 2018; Illarregi, E. et al., 2019; Veldmeijer, L. et al., 2023).

A motivação para o envolvimento num processo de Co-design surge da exclusão e da desvalorização do conhecimento e da experiência dos usuários nos serviços de saúde (Palazzo, A. et al., 2024). A valorização igualitária do conhecimento tanto dos profissionais de saúde como dos usuários desses serviços pode ser uma contribuição significativa para a colaboração, permitindo a identificação dos problemas e a criação de soluções eficazes através da co-criação de estratégias.

Embora a experiência na implementação de programas de Co-design não seja amplamente documentada, já existem evidências que destacam os seus benefícios, como a criação de serviços mais responsivos, o aumento da participação dos usuários e cuidadores, e uma abordagem mais democrática e inclusiva (Palazzo, A. et al., 2024). Estes resultados evidenciam a importância de integrar os usuários como co-criadores de soluções, reconhecendo a sua experiência vivida como fundamental no desenvolvimento de práticas e serviços de saúde mais eficazes e adequados às suas necessidades. O Co-design é utilizado de maneira limitada na área da saúde mental, especialmente na prevenção do suicídio, não explorando todo o seu potencial. Essa subutilização ocorre principalmente devido à natureza delicada e desafiadora que envolve a ideação suicida e as suas estratégias de prevenção. É importante incluir a opinião dos usuários experientes, que vivenciaram ou continuam a vivenciar esta problemática, em processos de Design, tal como na criação e avaliação de serviços voltados à prevenção do suicídio. A ideia é, tendo em conta as vulnerabilidades e necessidades específicas desse grupo, tornar os serviços de prevenção do suicídio menos estigmatizantes, mais acessíveis e mais ajustados às necessidades específicas dos indivíduos que precisam de apoio, o que facilita que mais pessoas procurem ajuda e transformem os programas de prevenção mais eficazes. O estudo sobre Co-design na elaboração de programas de prevenção ao suicídio apresenta resultados encorajadores, especialmente quando há uma colaboração ativa entre os participantes, em vez de

apenas uma consultoria. Um exemplo disso é a pesquisa de Pocobello, R. et al., (2019) que observou que pacientes cujos serviços de saúde mental foram criados de maneira colaborativa com os usuários apresentaram menor dependência de medicação e menos internamentos em comparação com aqueles que utilizavam serviços tradicionais de saúde mental. São notadas, consideravelmente, menos consultas com jovens nesses processos de design.

Numa pesquisa conduzida por Thorn, P. et al. (2020), que envolveu jovens na co-criação de programas de prevenção ao suicídio, foi enfatizada a importância de estabelecer protocolos de segurança específicos. Esses protocolos incluíam planos de bem-estar personalizados para oferecer suporte aos jovens, acesso a psicólogos e um acompanhamento posterior para avaliar a saúde mental dos participantes e identificar possíveis necessidades de apoio. Os resultados da pesquisa indicaram que a maioria dos jovens que participaram do processo de Co-design considerou a experiência positiva e proveitosa, aumentando a sua confiança para ajudar outros que enfrentam situações semelhantes. Para um Co-design bem-sucedido, é fundamental que todos os participantes compreendam claramente os parâmetros. Dada a importância crescente do Co-design no desenvolvimento de serviços, é vital que quem implementa esteja disposto a questionar ideias preconcebidas, abrir-se a novos conhecimentos e buscar colaboração ativa (Lupton, E. & Ku, B., 2022).

O reconhecimento da importância de envolver os utilizadores no design dos serviços que utilizam continuará a crescer. Para um Co-design eficaz, é essencial garantir adaptabilidade e atenção às especificidades dos participantes. No contexto de um serviço de prevenção do suicídio, a inclusão da voz dos jovens pode ser bem-sucedida ao proporcionar uma experiência positiva que não só lhes permita compreender melhor as necessidades do serviço, mas também reforçar o seu sentido de contributo para a comunidade (Kehoe, M. et al., 2024).

O Co-design é uma abordagem participativa que envolve usuários, cuidadores e profissionais de diferentes áreas (Lupton, E. & Ku, B., 2022). No caso da saúde, todos os colaboradores podem e devem contribuir no desenvolvimento e na avaliação de serviços de saúde mental. Adotando esta abordagem no desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade das soluções, os participantes se sentem seguros, ouvidos e

empoderados, promovendo resultados mais eficazes (Tindall et al., 2021). A integração do Co-design também é evidente em iniciativas de reabilitação na área da saúde mental comunitária. Quando uma pessoa enfrenta uma crise de saúde mental, ela pode sentir que perdeu completamente o controle emocional, o que pode levar a pensamentos suicidas (Roennfeldt et al., 2021). Os serviços de saúde mental têm se dedicado a intervenções que buscam aprimorar a autogestão durante essas crises, com o objetivo de capacitar os indivíduos a exercerem maior autocontrole nessas circunstâncias, reduzindo assim a frequência e a intensidade dessas experiências. Aprender a antecipar e responder a sinais em uma crise pode diminuir o risco de recaídas (Johnson et al., 2018). A utilização de ferramentas de segurança pessoal (PST) representa uma opção para a autogestão e a prevenção de crises, pois sua adoção favorece a interação terapêutica entre profissionais e pacientes (Chalmers, A. et al., 2012; Moscardini, E. et al., 2020).

Este projeto teve como participantes, usuários que geralmente estão em uma fase estável de sua doença, o que proporciona uma oportunidade para se concentrar no apoio da maximização das forças, habilidades e autodireção. Os terapeutas ocupacionais responsáveis pela ideia deste projeto identificaram que as ferramentas de segurança necessitavam de um foco preventivo e reabilitativo. Assim, o processo de Co-design envolveu cinco etapas, baseadas as três últimas nas atividades e princípios do Co-design.

São elas: planejamento, design e desenvolvimento, e revisão e encerramento. Aspectos fundamentados nos princípios do Co-design, como segurança, confiança, compartilhamento de perspectivas e parceria igualitária, foram integrados na primeira etapa. Esta serviu para delinear os objetivos do projeto, expectativas, prazos e compromissos de reunião. A segunda etapa, serviu para reunir o grupo multidisciplinar durante 3 reuniões, onde nas duas primeiras foram revistas as ferramentas de segurança existentes e as pessoas com experiências vividas compartilhavam suas experiências pessoais, e na terceira reunião serviu para ser desenvolvido um modelo de PST. Na última etapa, o grupo voltou a reunir novamente para rever o esboço do modelo de PST elaborado. Foi nesse ponto que foram dados os feedbacks finais e edições para concluir o projeto. O processo de Co-design não só resultou na criação de um programa inovador e eficaz, mas também construiu uma comunidade de aprendizado e apoio mútuo,

essencial para o sucesso e a sustentabilidade do Programa de Suporte Terapêutico (Francis et al., 2024).

João Bernarda (2023) faz a observação de que a carência de técnicas e processos criativos no campo das Deficiências Intelectuais e Desenvolvimento (DID) em Portugal, representa uma oportunidade para a atuação de Designers de Produto. A inclusão desses profissionais pode levar à criação de metodologias inovadoras e produtos adaptados que não só melhoram a interação da equipe, mas também a qualidade de vida dos usuários e a eficiência dos profissionais de saúde. A atuação de um designer interno nos Centros de Atividade e Formação para Inclusão é vista como essencial, particularmente nas áreas de alimentação, apoio terapêutico e fomento ao bem-estar físico e emocional. No processo de co-criação, o designer atua como instrutor e facilitador, essencial para a sincronização das entidades envolvidas (Bernarda J., 2023). Sua função é conceituar e facilitar a infraestrutura da co-criação, promovendo uma metodologia de aprendizado que integra conhecimentos de diferentes setores sociais e de saúde (Bernarda, J., 2023).

João Bernarda (2023) enfatiza o projeto 'Defigne' (2022) (Bernarda, J., 2023), que foi desenvolvido em colaboração com a CERCICA (Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais). O projeto visa a adoção de novas abordagens por parte dos profissionais de saúde e terapeutas, com a finalidade de inovar e aprimorar os serviços oferecidos. O projeto "Defigne" possibilitou uma pesquisa de design empático no campo das deficiências intelectuais e do desenvolvimento, construindo metodologias de intervenção e atividades.

Pesquisas sobre a aplicação de metodologias de design no setor de saúde, especialmente em deficiências intelectuais e de desenvolvimento, revelaram que as soluções são frequentemente adaptações improvisadas feitas por profissionais da área (Bernarda, J., 2020). A co-criação e o Co-design de adaptações para situações complexas visam reavaliar a interação entre técnicos de saúde e usuários, promovendo a autonomia dos usuários e a inclusão social.

Define, salienta a relevância da inclusão do designer no planejamento de projetos direcionados a pessoas com deficiência intelectual. Através da adoção de uma

metodologia de design no âmbito do design e desenvolvimento instrucional, essa abordagem auxilia na promoção de transformações benéficas.

## 2.2 Fatos e mitos sobre a saúde mental

Segundo a OMS, em 2019, 14% dos adolescentes em todo o mundo, num universo de mil milhões de pessoas, viviam com algum tipo de perturbação mental. O suicídio foi responsável por uma em cada 100 mortes, sendo que 58% dos casos ocorreram em pessoas com menos de 50 anos (OPAS, 2022).

Em Portugal, um em cada cinco cidadãos sofreu de sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia, de acordo com dados do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), que avaliou o impacto da COVID-19 na saúde mental de adultos residentes no país (Seabra, D. 2022).

A ansiedade em excesso é uma experiência universal e pode manifestar-se através de tensão muscular, preocupação excessiva, insegurança e alterações fisiológicas, como variações na pressão arterial, frequência cardíaca alterada, sudorese, secura bucal, tonturas, fraqueza, alterações no apetite e isolamento social. Quando estas manifestações interferem significativamente com a rotina diária, causando sofrimento emocional e deterioração física, pode tratar-se de uma perturbação de ansiedade, caracterizada por um nível patológico de preocupação e medo (Maloney, A., 2016).

A perturbação de ansiedade generalizada é persistente e pode variar em intensidade, com períodos de agravamento ou alívio, dependendo de fatores contextuais e gatilhos específicos. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2019), a ansiedade é considerada um fator de risco significativo para o suicídio. Estudos indicam que “mais de 70% das pessoas com pelo menos uma tentativa de suicídio apresenta critérios diagnósticos para uma perturbação de ansiedade” (ABP, 2019). No entanto, explorar a relação entre ansiedade e suicídio com base em sistemas de classificação diagnóstica apresenta diversas limitações. Uma abordagem mais eficaz seria centrar-se em fatores de risco transdiagnósticos, permitindo uma compreensão mais abrangente dos mecanismos subjacentes à ansiedade e ao comportamento suicida. Pessoas com

perturbações mentais enfrentam frequentemente estigma, discriminação e violações dos direitos humanos em diversas partes do mundo, tanto no seio das suas comunidades como nos sistemas de saúde. Um exemplo disso é a criminalização da tentativa de suicídio em 20 países. Além disso, indivíduos em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica apresentam um risco acrescido de desenvolver problemas de saúde. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association, 2014), a perturbação de ansiedade generalizada caracteriza-se por uma preocupação excessiva ou expectativa apreensiva, persistente e de difícil controlo, que dura pelo menos seis meses e é acompanhada por três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono (Varella, D. 2013).

O impacto desta condição reflete-se no aumento do consumo de medicação para o tratamento da ansiedade. Entre 2004 e 2009, verificou-se um crescimento de 25,3% no consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos, de acordo com a OCDE. Portugal apresenta um consumo de ansiolíticos acima da média dos países desta entidade, sendo que cerca de 50% dos utilizadores nos cuidados de saúde primários apresentam sintomas de depressão e/ou ansiedade. No entanto, são poucos os estudos que analisam esta realidade em profundidade no contexto português (Ordem dos Médicos, s.d.). A perturbação de ansiedade não precisa ser desencadeada por um motivo de stress, ou gatilho, ou mesmo um acontecimento justificado. O sentimento de ansiedade acontece, inibindo a qualidade de vida e interferindo no desempenho pessoal ou profissional do utente. A ansiedade, por si só, desencadeia a libertação de dopamina no cérebro, um neurotransmissor que desempenha um papel essencial na preparação do organismo para enfrentar situações desafiadoras. Durante uma resposta de ansiedade, há também um aumento dos níveis de adrenalina, bem como alterações nos índices de cortisol, serotonina, endorfina e ocitocina, substâncias que regulam o humor e o equilíbrio emocional (Sampaio, A. 2010).

A perturbação de ansiedade generalizada, apesar de poder afetar indivíduos de qualquer idade ou condição social, apresenta uma maior prevalência em mulheres, sobretudo devido a fatores hormonais (Barnhill, J. 2023). A dopamina, essencial para a preservação da espécie, está envolvida na resposta de luta ou fuga, sendo ativada por

fatores externos que desencadeiam ansiedade, como o stress, a preocupação ou o medo. Embora esta reação possa ser benéfica para a sobrevivência, ao ativar mecanismos de defesa, torna-se prejudicial quando se desregula, comprometendo o bem-estar e o funcionamento diário. Um exemplo disso é o impacto do cortisol elevado, que pode enfraquecer o sistema imunitário e aumentar a vulnerabilidade a diversas condições de saúde (Bald, A. 2022).

Em 2023, o Conselho Nacional de Educação destacou que as competências-chave para o século XXI assentam nos chamados 4Cs: pensamento crítico, criatividade, comunicação e colaboração. Estas competências promovem a flexibilidade, a iniciativa, a perseverança, a autorregulação e até a autoadvocacia. Definidas em contextos culturais, estão interligadas com diversas literacias, como a digital, mediática, tecnológica e motora, contribuindo para a formação integral dos indivíduos (Conselho Nacional de Educação, 2023).

Ainda em 2023, a Associação Brasileira de Psiquiatria lançou a campanha Se precisar, peça ajuda no âmbito do Setembro Amarelo®. Desde 2014, em parceria com o Conselho Federal de Medicina, a ABP promove esta campanha no Brasil com o objetivo de disponibilizar informações atualizadas sobre o suicídio, sensibilizar a sociedade e contribuir para a sua prevenção. No seu nono ano de realização, a iniciativa adotou um novo lema: Se precisar, peça ajuda. A campanha decorre ao longo do mês de setembro, sendo o dia 10 oficialmente reconhecido como o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio (ABP, s.d.).

O Brasil enfrenta um desafio significativo com as elevadas taxas de suicídio, registando, em média, 32 casos diários, segundo dados da OMS (Bibliomed, 2016)<sup>1</sup>. Os fatores associados incluem a negligência da saúde mental, os impactos para as famílias e a sociedade, a falta de sensibilização, o acesso a meios letais, bem como fatores sociais e económicos, além do estigma e da discriminação. A prevenção do suicídio exige uma abordagem integrada, que envolva a colaboração entre governos, profissionais de

---

<sup>1</sup> Acessado a 18 de fevereiro de 2025 em <https://www.boasaude.com.br/noticias/11226/suicidio-e-responsavel-por-32-mortes-por-dia-no-brasil.htm>.

saúde, comunidades e indivíduos, promovendo a saúde mental, reduzindo o estigma e garantindo o acesso a serviços de qualidade.

Para responder a este desafio, o Brasil tem implementado diversas estratégias preventivas, como palestras de sensibilização conduzidas por profissionais de saúde mental e a atuação do Centro de Valorização da Vida que disponibiliza apoio emocional 24 horas por dia através de telefone e chat online. A participação ativa da população é fundamental para a prevenção, seja através da identificação de sinais de sofrimento, do fornecimento de apoio emocional ou do incentivo ao acesso a serviços especializados. Além disso, o envolvimento em campanhas de sensibilização e o apoio a organizações dedicadas à saúde mental são formas essenciais de fortalecer uma sociedade mais solidária e consciente (Hospital Santa Mónica, 2023). A prevenção do suicídio, portanto, é uma empreitada coletiva, onde cada indivíduo desempenha um papel crucial ao buscar auxílio, apoiar seus pares e fomentar a conscientização sobre a saúde mental. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 700 mil suicídios são registrados globalmente, sem considerar episódios subnotificados, estimando-se mais de 1 milhão de casos. No Brasil, os registros se aproximam de 14 mil casos anuais, o que significa que, em média, 38 pessoas tiram a própria vida diariamente. Entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil 112.230 mortes por suicídio, marcando um aumento de 43% nos casos registrados (Setembro Amarelo, s.d.).

Apesar da redução global nas taxas de suicídio, como observado em países europeus, estudos recentes indicam um aumento dessas taxas em nações de média e baixa renda, especialmente nas regiões do Leste Asiático, América Central e América do Sul. Portanto, é crucial disseminar conteúdos informativos para toda a população a fim de contribuir para a diminuição desses números. A morte causada por suicídio é emergencial, podendo ser evitada por meio do tratamento adequado de transtornos mentais subjacentes e com a ajuda de uma rede apoio multidisciplinar.

É, especialmente, durante o mês de setembro que são concentrados esforços na efetiva prevenção do suicídio. Ao longo deste mês, a ABP planeia diversas ações de conscientização, como eventos online, iluminação de espaços públicos e monumentos com a cor da campanha, iniciativas nas redes sociais, além de disponibilizar cartilhas

informativas no site, materiais gráficos e estar à disposição da imprensa para reportagens sobre o tema.

O tema do suicídio é permeado por diversos mitos que podem influenciar a forma como as pessoas lidam com situações delicadas. Desmistificar essas ideias é essencial para promover uma compreensão mais precisa e empática. Abaixo estão alguns mitos comuns e esclarecimentos proporcionados por especialistas (Cintra, 2022)<sup>2</sup>:

1. "Quem fala, não faz" – Contrariamente à crença de que quem expressa pensamentos suicidas está apenas a procurar atenção, os especialistas alertam para a importância de levar esses sinais a sério. Muitas vezes, trata-se de um pedido desesperado de ajuda.
2. "Não se deve perguntar se a pessoa vai suicidar-se" – Abordar diretamente o tema, sobretudo quando a pessoa apresenta sinais de depressão, é essencial. Evitar a conversa pode agravar a situação. Um diálogo aberto e compassivo é fundamental para oferecer suporte.
3. "Só as pessoas com depressão clássica se suicidam" – A ideia de que apenas pessoas com depressão típica estão em risco é equivocada. Comportamentos como agressividade extrema e impulsividade também podem indicar um potencial risco de suicídio. A atenção deve ser constante, mesmo quando alguém deprimido aparenta estar melhor.
4. "Quem tenta uma vez, tenta sempre" – Este mito não é verdadeiro na maioria dos casos. Pessoas que recebem tratamento adequado, incluindo acompanhamento psicológico e, quando necessário, farmacológico, apresentam menor probabilidade de repetir uma tentativa. Procurar ajuda é essencial para interromper o ciclo de risco.

---

<sup>2</sup> Acessado a 28 de dezembro de 2024 em <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2022/09/04/setembro-amarelo-entenda-como-surgiu-a-campanha-para-prevenir-suicidios.ghtml>.

### 2.2.1 Ansiedade: Contextos Internacionais e nacionais

Os neurónios, presentes no cérebro humano, possuem uma pequena lacuna denominada lacuna sináptica, onde os neurotransmissores transmitem sinais para outras células-alvo, regulando funções essenciais do corpo, como respiração, sono, frequência cardíaca, humor, digestão, apetite, concentração e movimento (Falcão, B. 2024).

A insónia, a depressão e a ansiedade podem ser causadas por alterações nos neurotransmissores, assim como alguns fármacos, como antidepressivos e ansiolíticos, podem modificar o funcionamento do organismo. A serotonina e a dopamina, por exemplo, são neurotransmissores que afetam diretamente o bem-estar geral. A serotonina está distribuída por todo o sistema nervoso central, mas também está presente no sistema digestivo e nas plaquetas sanguíneas. Outro fator importante é a melatonina, um hormônio essencial para a regulação normal do ritmo circadiano, ou seja, do ciclo do sono. Uma boa noite de sono contribui para o aumento da disposição, o que, por sua vez, reflete positivamente no humor e no bem-estar geral. Hormônios da tireoide também influenciam o humor. Esta glândula, localizada na região cervical anterior (parte frontal do pescoço), é essencial para o sistema endócrino e tem um papel fundamental na prevenção da depressão e da ansiedade, que são causas principais do suicídio (Chellappa, S. & Araújo, J. 2007).

É importante também manter uma rotina de exercício físico, meditação, dieta equilibrada e sono adequado, que ajudam a ativar e regular os neurotransmissores essenciais para o bom funcionamento do corpo. Com o apoio profissional, é possível evitar o agravamento da ansiedade e da depressão. Para lidar com a perturbação de ansiedade, é necessário mudar o *mindset* e os hábitos, criando estratégias como identificar os gatilhos da ansiedade, manter uma atitude positiva, aceitar que não é possível controlar tudo, focar em atividades de relaxamento, treinar a respiração e praticar exercícios físicos regularmente. Partilhar sentimentos e preocupações com uma rede de apoio composta por pessoas de confiança, limitar a ingestão de álcool, tabaco, drogas e cafeína, que podem agravar os níveis de ansiedade e favorecer ataques de pânico, são também fundamentais. Dormir bem é essencial, pois quando estamos com

elevados níveis de stress, o corpo necessita de mais descanso. E, acima de tudo, é crucial procurar ajuda especializada: a terapia faz toda a diferença.

Assim como a saúde física, a saúde mental desempenha um papel essencial na preservação das funções orgânicas. Nesse contexto, a promoção da saúde mental é fundamental para garantir que o indivíduo tenha a capacidade necessária para realizar suas atividades pessoais e profissionais. De maneira resumida, um bom estado mental proporciona ao indivíduo a plena execução de seus direitos sociais e de cidadania, além de garantir condições favoráveis para interações sociais, promovendo uma convivência familiar mais harmoniosa e segura. Dessa forma, compreender a importância da estabilidade mental e sua estreita relação com o bem-estar é crucial, pois permite entender a relevância de utilizar a capacidade individual para perceber os valores e virtudes intrínsecos à construção da coletividade (Hospital Santa Mônica, 2018).

### 2.2.2 Empatia

A empatia desempenha um papel crucial na saúde mental, servindo como um facilitador de relacionamentos saudáveis e promovendo o bem-estar emocional. Segundo o psicólogo Sérgio Marçal<sup>3</sup>, a empatia permite que as pessoas compreendam e ajudem umas às outras, contribuindo para uma sensação de completude psíquica e qualidade de vida. Isso é especialmente importante, pois a capacidade de se colocar no lugar do outro não apenas melhora a relação interpessoal, mas também previne vínculos tóxicos e a polarização nas interações sociais (Massa, R. 2021).

No entanto, Marçal alerta que a prática da empatia deve ser equilibrada. É fundamental que tanto quem oferece quanto quem recebe empatia mantenham sua saúde mental em dia. Um excesso de empatia pode levar a situações de submissão ou dependência, enquanto a falta dela pode resultar em sentimentos de frustração e isolamento. Portanto, cuidar de si mesmo é essencial para que se possa cuidar do outro, destacando

---

<sup>3</sup> É um psicólogo brasileiro que se destaca no campo da psicologia, especialmente nas áreas de psicoterapia e saúde mental, tendo suas contribuições um papel importante na promoção do bem-estar psicológico, na pesquisa sobre comportamento humano e no desenvolvimento de intervenções terapêuticas.

que a empatia deve ser uma via de mão dupla, respeitando os limites e necessidades de cada um (Massa, R. 2021).

A prática da empatia não apenas enriquece a vida social, mas também pode servir como um mecanismo de prevenção a problemas de saúde mental, criando um ambiente mais acolhedor e solidário. Para uma análise mais aprofundada sobre a relação entre empatia e saúde mental, é recomendável consultar fontes especializadas na área (Massa, R. 2021).

Em 2019, Daniel Goleman e seus colegas apresentaram a empatia como a capacidade de compreender e vivenciar as experiências dos outros, o que implica a habilidade de se colocar no lugar de outra pessoa e observar o mundo sob essa perspectiva. Essa competência é vital para estabelecer conexões entre as pessoas, uma vez que favorece tanto a autoexpressão quanto a compreensão mútua nas interações humanas e no ambiente que as cerca (Davis, 1983; Eisenberg & Miller, 1987; Goleman, D. 2006; Hoffman, 2000; Krznaric, 2014). Portanto, a empatia é um elemento essencial para construir relacionamentos significativos e saudáveis (Baron-Cohen, 2011; Batson, 2009; Davis, 1996; Decety & Jackson, 2004; Riess, 2015).

Esse entendimento ressalta a importância da empatia em diversas situações, promovendo um ambiente de apoio e conexão que pode beneficiar tanto os indivíduos quanto a sociedade como um todo.

A empatia é uma habilidade essencial que contribui significativamente para a saúde mental, pois permite que as pessoas compreendam e compartilhem as experiências emocionais de outras. Essa capacidade de se conectar emocionalmente com o outro favorece o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e solidárias, essenciais para o bem-estar psicológico.

A empatia atua como um fator protetor contra problemas de saúde mental, pois ao promover a compreensão e a conexão, reduz a solidão e o isolamento. Além disso, indivíduos empáticos tendem a ser mais sensíveis às necessidades dos outros, o que pode ajudar na identificação precoce de sinais de sofrimento e na busca de suporte, tanto para si quanto para aqueles ao seu redor. Por outro lado, a falta de empatia pode levar a mal-entendidos e conflitos, o que pode agravar problemas emocionais e mentais.

Estudos indicam que a empatia está associada a melhores habilidades de enfrentamento e resiliência em situações de stress, além de facilitar a autoexpressão e a comunicação aberta, que são elementos fundamentais para a saúde mental. Portanto, cultivar a empatia não apenas beneficia os relacionamentos interpessoais, mas também constitui uma prática essencial para o autocuidado e o fortalecimento da saúde mental (Goleman, D. 2019).

O termo "empatia" vem do grego *empátheia*, que significa "entrar no sentimento", e do alemão *Einfühlung*, traduzido como empatia, que remete à ideia de "colocar-se no lugar do outro" (Lipps, 1903). Segundo Augusta Gaspar (2014), o ambiente desempenha um papel essencial no desenvolvimento da empatia, criando condições para seu aprimoramento e mitigando problemas de comportamento que possam surgir da falta dessa habilidade. Além disso, a autora destaca que a neurociência tem avançado na compreensão da empatia, especialmente por meio de modelos de empatia cognitiva e vicariante. Esses modelos identificam padrões semelhantes de ativação cerebral em resposta a diferentes tipos de empatia, permitindo uma compreensão mais profunda dos mecanismos subjacentes a essa habilidade humana (Gaspar, A. 2014).

Essa perspectiva neurocientífica destaca a importância da empatia tanto para o desenvolvimento pessoal quanto para o estabelecimento de relações sociais saudáveis. Compreender a empatia a partir de um ponto de vista neurológico ajuda a identificar suas influências no comportamento humano e como fatores externos podem moldar a capacidade de se conectar emocionalmente com os outros (Gaspar, A. 2014).

A aplicação da empatia em relação à natureza envolve a capacidade de entender e respeitar todos os seres vivos dentro de seus ecossistemas. Essa compreensão começa na infância, promovendo uma consciência ecológica que reconhece como as ações humanas afetam o meio ambiente. Quando os indivíduos percebem a interdependência entre os seres vivos e seu ambiente, torna-se possível desenvolver uma ética de respeito e proteção à biodiversidade, garantindo a sustentabilidade do planeta (Berenguer, J. 2017; Gruen, L. 2015; Kellert, S. 1996; Meadows et al., 1972; Wilson, E. 1984).

A empatia, segundo Daniel Goleman (2019), é dividida em três componentes essenciais: a empatia cognitiva, que envolve compreender o ponto de vista de outra pessoa; a

empatia emocional, que significa sentir o que a outra pessoa sente; e a preocupação empática, que se refere à vontade de ajudar. Quando aplicada à natureza, a empatia pode ser entendida como a capacidade de compreender e respeitar os seres vivos como parte de um ecossistema integral, ajudando a promover uma consciência ambiental desde a infância (Berenguer, J. 2017; Gruen, L. 2015; Kellert, S. 1996; Meadows et al., 1972; Wilson, E. 1984).

A empatia desempenha um papel vital na prevenção do suicídio, pois cria um espaço seguro onde as pessoas se sentem à vontade para compartilhar as suas emoções e angústias, sem o medo de serem julgadas ou rejeitadas. Quando alguém em sofrimento é ouvido de forma genuína e compreendida por outras pessoas, essa conexão emocional pode tornar-se um alicerce de apoio fundamental. Isso reduz o isolamento e cria um ambiente em que a pessoa se sente validada em sua dor, o que pode aliviar sentimentos de solidão, desesperança e desespero, frequentemente vivenciados por aqueles que enfrentam crises psicológicas.

Além disso, a empatia não apenas contribui para o fortalecimento dos laços sociais, mas também oferece uma oportunidade para identificar sinais de sofrimento que, de outra forma, poderiam passar despercebidos. Através da empatia, é possível perceber nuances emocionais e comportamentais que indicam que alguém está em risco, o que abre portas para oferecer ajuda ou direcionamento para o apoio adequado. A falta de empatia, por outro lado, pode exacerbar a sensação de desconexão e invisibilidade, intensificando o sofrimento emocional e aumentando o risco de pensamentos suicidas.

O cultivo da empatia, possibilita a criação de uma rede de apoio mais solidária, capaz de ajudar as pessoas a enfrentarem momentos difíceis e a procurarem o auxílio necessário. Nesse sentido, a empatia vai além de um simples ato de compreensão; ela é um recurso essencial na construção de uma sociedade mais acolhedora e na prevenção do suicídio.

O tema do suicídio, abordado na campanha Setembro Amarelo de 2021, historicamente envolto em tabus, carece de uma discussão ampla e consciente. O aumento dos casos evidencia a urgência em debater o assunto de maneira construtiva.

A discussão sobre suicídio é crucial para promover a valorização da vida, enfatizando que o foco não deve ser apenas em falar sobre o assunto, mas na forma como isso é

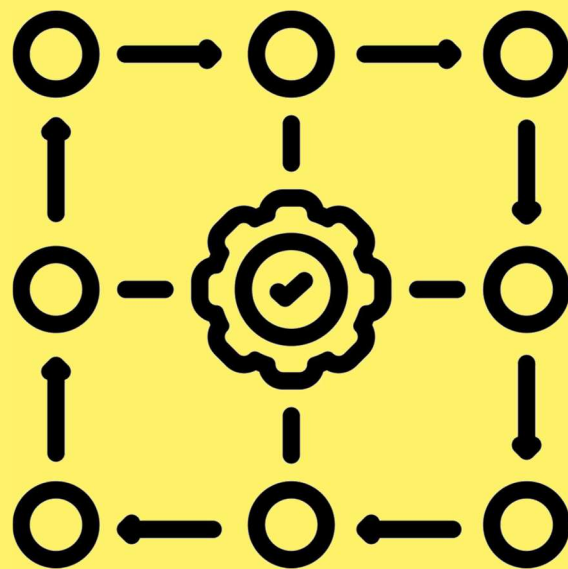
feito. Ressalta-se a importância de abordagens respeitadas e cuidadosas, que evitem sensacionalismo e julgamentos. Esse tipo de conversa pode criar um ambiente seguro para que as pessoas compartilhem suas experiências e procurem ajuda, contribuindo assim para a prevenção desse sério problema de saúde pública.

A psicóloga Karina Fukumitsu<sup>4</sup> desmistifica crenças populares sobre o suicídio, afirmando que a expressão de vontade de morrer é um sinal de alerta que demanda atenção e apoio. Para ela, conversas sobre suicídio são cruciais, especialmente com pessoas em depressão. Questionar o que a morte resolveria pode ser uma maneira de ajudar. Karina Fukumitsu destaca que a percepção de que a morte é a única saída é um estado mental que pode ser mudado. É essencial oferecer acolhimento e espaço para que essas pessoas sejam ouvidas, aumentando as chances de ressignificação de suas experiências e de buscar tratamento.

---

<sup>4</sup> É uma psicóloga brasileira reconhecida por sua atuação na área de suicidologia, com foco na prevenção e posvenção de processos autodestrutivos.

## CAPÍTULO III



# METODOLOGIAS

## Capítulo III – Metodologias

Este capítulo apresenta um conjunto de metodologias de design que embebem alguns conceitos-chave provenientes da área das ciências sociais e humanas. Estas metodologias são, por vezes, utilizadas noutras áreas do conhecimento. No caso da saúde mental, podem contribuir, por exemplo, para identificar caminhos de resolução dos desafios existentes. No entanto, estas metodologias requerem sempre uma análise crítica sobre como adaptá-las especificamente ao contexto do estudo e às necessidades do projeto (Lupton, E. & Ku, B. 2022).

### 3.1. O Co-design como prática colaborativa

O Design se caracteriza como um campo voltado para a criação de objetos, ambientes e produções gráficas que integram aspetos funcionais e estéticos, além de estarem intrinsecamente conectados aos processos industriais. A essa visão, soma-se a ênfase na significativa flexibilidade do Design como uma prática profissional. Conforme destacado por Buchanan & Margolin (1995), essa disciplina enfrenta desafios complexos nas sociedades contemporâneas, oferecendo respostas que combinam funcionalidade e estética em diversas áreas, como comunicação visual, interação digital, arquitetura, entre outros setores correlatos.

O Co-design é uma metodologia útil para ser usada como instrumento para melhoria da saúde mental, pois como prática colaborativa, pode-se fazer reuniões com os interessados e criar um estudo de caso, onde cada um dará seu contributo dentro da sua experiência, num conjunto de observações diferentes, analisadas e conversadas, para se traçar o melhor plano de intervenção para cada caso. Com a participação desde o empregado atendente de recepção, ao corpo de enfermaria, médicos e utentes (Lupton, E. & Ku, B., 2022).

O Co-design configura-se como uma metodologia prática e colaborativa dentro do campo do Design, envolvendo a participação ativa de todos os *stakeholders* no processo de conceção e desenvolvimento de produtos e serviços. Enquanto o Design foca em aspetos como estética, ergonomia, funcionalidade e usabilidade, o Co-design coloca

ênfase na colaboração para a criação de estruturas de dados e arquiteturas de software. Essas abordagens se complementam, uma vez que o Design define a maneira como o usuário interage com o produto ou serviço, enquanto o Co-design estabelece a base colaborativa que sustenta esses artefactos. A integração entre Design e Co-design viabiliza a criação de soluções que não apenas atendem às necessidades individuais, mas que também se destacam pela sua eficiência e eficácia.

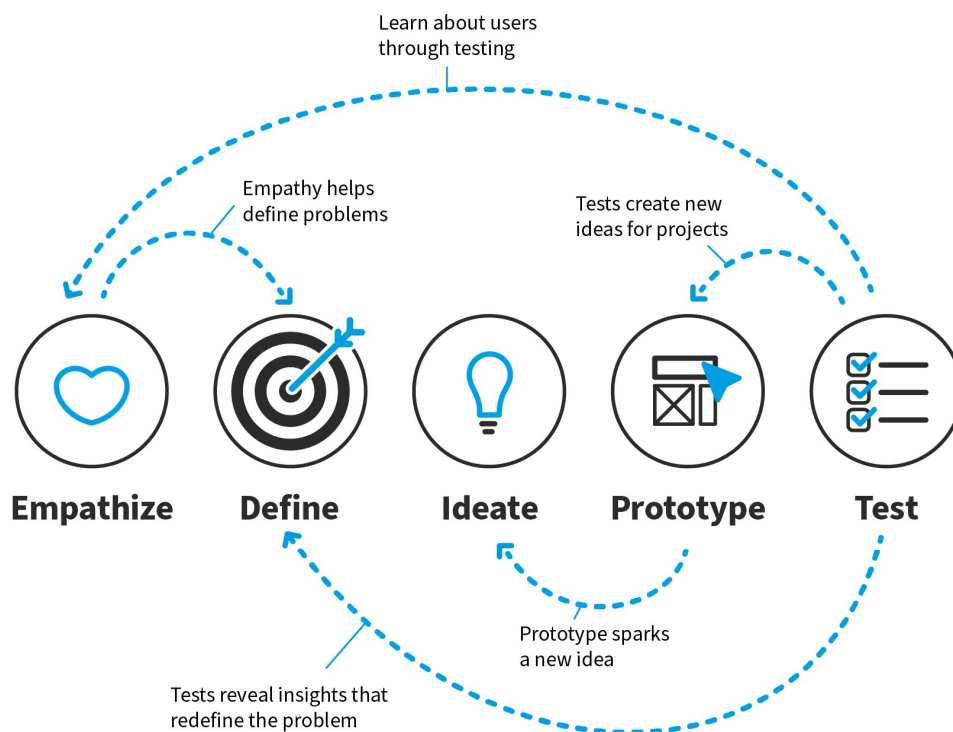
No contexto literário, o Co-design é articulado em três dimensões principais, conforme descrito pelo modelo 3C: cooperação, comunicação e coordenação (Pego, A. 2019). A cooperação promove o compartilhamento de espaços entre os diversos participantes, seja em ambientes presenciais ou virtuais, permitindo a comunicação de forma síncrona e/ou assíncrona. Nesse processo, a comunicação envolve a troca de informações entre os envolvidos, com o objetivo de assegurar a gestão eficiente das atividades. Já a coordenação, por sua vez, é realizada por uma estrutura que orienta e define o desenvolvimento completo do projeto (Pego, A. 2019).

No âmbito do Co-design, a empatia é vista como um aspecto essencial e está frequentemente ligada à metodologia em questão. De acordo com Bon Ku (2020), a empatia é não apenas vital para o Design centrado no ser humano, mas também exige uma cuidadosa organização. Sem essa organização, pode haver um afastamento entre os designers, as partes interessadas e os principais beneficiários, que são os usuários e os indivíduos que habitam os ambientes em foco. Portanto, é fundamental reconhecer que esses usuários devem desempenhar um papel ativo no processo de Co-design, já que possuem um conhecimento profundo de suas próprias situações. O Co-design, enquanto uma abordagem colaborativa, está alinhado com essa perspectiva, enfatizando a importância das contribuições dos usuários finais e integrando suas visões no desenvolvimento do projeto (Ku & Lupton, 2020).

Neste contexto, é relevante explorar o processo de Design Thinking como uma abordagem para a criação de ideias inovadoras. Essa metodologia é essencialmente centrada nas necessidades humanas e busca desenvolver produtos e serviços eficazes (Brown, T. 2008; Kelley & Kelley, 2013; Plattner et al., 2016; Liedtka, J. King, A. & Bennett, K. 2013). O Design Thinking caracteriza-se por ser um processo iterativo (fig. 1), que integra criatividade, inovação e a resolução de problemas, organizando-se em um ciclo

de cinco fases: entender, investigar, idealizar, prototipar e avaliar (Plattner et al., 2016; Liedtka, J. 2014; Brown, 2008; Kimbell, 2011; Cross, 2011). Além disso, essa abordagem demanda uma análise aprofundada dos comportamentos, necessidades e desejos dos participantes, lidando também com a resolução de desafios que podem ser complexos (Brown, 2008; Plattner et al., 2016; Kimbell, 2011; Liedtka, J. King, A. & Bennett, K. 2013; Schön, D. 1983).

## Design Thinking: a Non-Linear Process



**Figura 1.** As 5 etapas do processo de Design Thinking.  
**Fonte:** *Interaction Design Foundation* (2016).

Os fundamentos do Design Thinking englobam a empatia, a colaboração e a experimentação, aspectos que precisam ser integrados à cultura de qualquer instituição que deseje promover a inovação e se manter competitiva. A premissa básica dessa abordagem é que, para encontrar a solução mais eficaz para um problema específico, é imprescindível entender profundamente as necessidades e os desejos dos usuários. Com essa compreensão em mãos, o processo avança para a formulação e teste de

hipóteses por meio da criação de protótipos e da realização de experiências. Essa estratégia capacita os designers a avaliar rapidamente suas ideias e a desenvolver soluções mais inovadoras e centradas nas pessoas envolvidas (Pinheiro, T., & Alt, L. 2018).

Na etapa inicial do processo de Design Thinking, a metodologia de Co-design é aplicada com o objetivo de envolver a equipe, os *stakeholders* e os usuários finais. Essa prática visa compreender profundamente suas necessidades e desejos, além de reunir insights e feedback valiosos, permitindo a co-criação de soluções de forma colaborativa (Brown, 2008; Martin, 2009; Liedtka, J. & Ogilvie, T. 2011; Kimbell, 2011; Sanders & Stappers, 2014). Essa abordagem assegura que as soluções resultantes atendam de maneira adequada às demandas e expectativas do público-alvo, favorecendo sua adoção bem-sucedida (Brown, T. 2008; Liedtka, J. 2014; Kelley & Kelley, 2013; Norman & Verganti, 2012).

O modelo conhecido como Double Diamond (Design Council, 2005) oferece uma estrutura que ilustra o processo do Design Thinking, sendo dividido em dois diamantes, cada um contendo duas fases distintas. No primeiro diamante, a fase de descoberta é seguida pela fase de definição. Este modelo conecta-se ao segundo diamante, que contempla a fase de desenvolvimento e a fase de entrega. Este documento concentrar-se-á, portanto, nas duas primeiras fases do primeiro diamante.

Nas últimas décadas, houve um destaque no crescimento em envolver pessoas com experiência vivida, seus familiares e usuários de serviços no design e adaptação de serviços de saúde e iniciativas de melhoria da qualidade do serviço (Tritter, J. Q. & McCallum, A., 2006), incluindo saúde mental e uso de substâncias. A literatura aponta que esse engajamento traz benefícios significativos tanto para os projetos quanto para os indivíduos envolvidos, resultando em serviços mais alinhados às necessidades da população-alvo, o que aumenta a viabilidade e a sustentabilidade das intervenções. O Co-design baseado em experiências (EBCD) é um método estruturado e flexível que facilita essa colaboração, colocando usuários e familiares no centro do processo de design. Essa abordagem participativa e narrativa, cada vez mais adotada em ambientes de saúde, promove a co-criação de intervenções que são mais responsivas e podem

levar a maior satisfação com os cuidados e, em alguns casos, a melhores resultados clínicos (Hawke et al., 2024).

O kit de ferramentas EBCD, fornecido pelo The Point of Care Foundation<sup>5</sup> (s.d.), consiste em uma metodologia composta por uma fase de coleta de informações e uma fase de Co-design, divididas em 10 etapas específicas:

1. estabelecer uma equipe EBCD;
2. observações diretas da assistência clínica e processos;
3. entrevistas individuais com a equipe;
4. entrevistas individuais com usuários de serviços e familiares/cuidadores (quando relevante);
5. filmagem e edição das entrevistas com usuários de serviços para criar um filme de feedback (“filme gatilho”) que retrata alguns dos desafios do mundo real que enfrentaram em sua jornada de saúde, conhecidos como 'pontos de contato';
6. um evento de feedback com a equipe;
7. um evento de feedback com usuários de serviços e familiares/cuidadores;
8. um evento de feedback conjunto com todas as partes interessadas para compartilhar o filme de feedback do usuário de serviço, refinar os pontos de contato e definir prioridades;
9. um evento conjunto de Co-design e implementação de soluções; e, por último,
10. um evento de encerramento para relatar e avaliar os resultados e celebrar o sucesso da equipe.

Uma revisão sistemática do uso e divulgação do EBCD em pesquisa em saúde revelou uma fidelidade média de 75% em 20 estudos, conforme apontado por Green et al. (2020). Essa variação na fidelidade deve-se às flexibilizações no processo de Co-design, que podem ser motivadas por adaptações metodológicas para simplificar e acelerar o processo, ou para se adequar a contextos mais complexos. Por exemplo, a utilização de

---

<sup>5</sup> <https://www.pointofcarefoundation.org.uk/resource/experience-based-co-design-ebcd-toolkit/>

filmes pré-existentes em vez da produção de novos materiais é uma estratégia que visa acelerar o processo (Hawke et al., 2024).

Para um Co-design bem-sucedido, é crucial estabelecer dinâmicas de poder equitativas e adotar um compromisso com uma nova forma de trabalhar, que exige recursos significativos para uma colaboração autêntica e significativa (Green et al., 2020). A aplicação do EBCD no contexto de Saúde Mental e Uso de Substâncias (MHSU) pode revelar desafios adicionais e impactos associados a esse tipo de Co-design. A equipe pode enfrentar obstáculos relacionados à flexibilidade das adaptações, que podem desviar o foco das atividades essenciais do EBCD (Dimopoulos-Bick et al., 2018), além das dificuldades em implementar melhorias nos serviços e avaliar seu impacto de forma eficaz.

O EBCD é um método efetivo para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e co-criar soluções, especialmente em saúde mental. A revisão de literatura de Hawke et al. (2024), em seu artigo *Co-design baseado em experiências de serviços e intervenções de saúde mental: uma revisão de escopo*, com a análise de 24 artigos, documenta a aplicação do EBCD para criar ou melhorar serviços em contextos de tratamento e serviços de saúde mental baseados em hospitais e comunidades, destacando a sua flexibilidade característica por meio das suas adaptações, tal como o uso de grupos focais em vez de entrevistas individuais, modificações no processo de filmagem e a adaptação de eventos de Co-design. Mas diante dessa sua flexibilidade, adaptações e remoções de etapas podem comprometer sua fidelidade, afetando a qualidade dos resultados.

A diversidade na implementação do EBCD, frequentemente é influenciada por restrições práticas, levantando preocupações sobre a integridade metodológica. Porém, a combinação de diferentes métodos dentro do EBCD, pode enriquecer a qualidade das informações coletadas, permitindo assim uma melhor compreensão das experiências de usuários e prestadores de serviços. A flexibilidade é fundamental para atender às necessidades específicas de cada projeto. Ao implementar o EBCD, é crucial encontrar um equilíbrio entre as adaptações necessárias e a fidelidade ao método, considerando como essas mudanças podem impactar a coleta de informações, a experiência de implementação e as soluções desenvolvidas. Está comprovada que a aplicação do EBCD gera resultados positivos, tais como melhorias em serviços, processos e bem-estar das

peças. Originalmente produzido para aprimorar serviços já existentes, o EBCD também se mostra útil para desenvolver novas intervenções (Hawke et al., 2024).

O Co-design é fundamental, podendo se tornar crítico, pois lida com pessoas com experiência vivida e suas famílias. Isto enriquece a criação de serviços adequados, mas incorre em riscos éticos e práticos (Rosen e Holmes, 2023; Tindall et al., 2021), como a possibilidade de reviver traumas ao compartilhar experiências, a necessidade de maior confidencialidade, o impacto do estigma relacionado à doença mental e as desigualdades de poder que podem afetar as interações necessárias para o EBCD. Para mitigar esses riscos, é crucial incluir apoios apropriados no processo de EBCD, utilizando práticas de engajamento informadas pelo trauma e outras diretrizes para um envolvimento genuíno na pesquisa em saúde (Roche et al., 2020; Baines, R. & De Bere, S. 2018; Canadian Institutes of Health Research, 2019; Health Quality Ontario, 2017).

Investigadores devem refletir e relatar adaptações feitas no processo de EBCD, explicando suas razões. Critérios de relato padrão claros podem ajudar a melhorar a consistência e qualidade na documentação de projetos de EBCD, beneficiando a literatura e orientando sua implementação. Além disso, metodologistas e líderes do EBCD podem desenvolver orientações de implementação que acompanhem as diretrizes de melhoria da qualidade, reconhecendo a importância do EBCD no desenvolvimento de novas intervenções.

Para desenvolver uma rede de apoio eficaz para lidar com transtornos de ansiedade, é importante considerar várias metodologias e abordagens que possam promover a interação social, o suporte emocional e o acesso a recursos úteis. Algumas das metodologias e estratégias que podem ser aplicadas incluem:

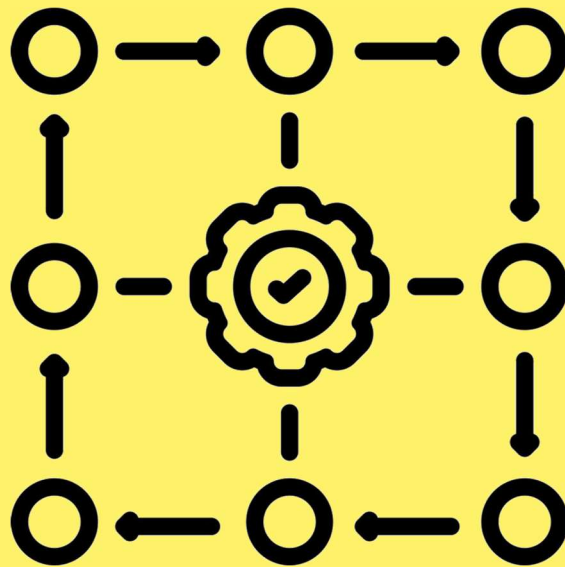
1. Pesquisa qualitativa e quantitativa que permitem compreender as necessidades e preocupações específicas da comunidade com jovens.
2. Abordagem centrada no usuário que envolve os usuários finais no desenvolvimento da rede de apoio, levando em consideração suas perspectivas, experiências e feedback para garantir que os serviços e recursos atendam às suas necessidades.

3. Estratégias de engajamento comunitário que pode incluir organizar workshops, grupos de apoio e eventos de conscientização para promover a participação ativa da comunidade, incentivar a educação em saúde mental e reduzir o estigma associado aos transtornos de ansiedade.
4. Implementação de tecnologia digital: Desenvolver aplicativos ou plataformas online interativas que facilitem a comunicação, ofereçam informações sobre saúde mental, forneçam recursos de autogerenciamento e conectem os usuários a profissionais de saúde mental qualificados.
5. Abordagens baseadas em evidências: utilizar modelos de intervenção comprovados, como terapia cognitivo-comportamental, terapia de aceitação e compromisso e intervenções baseadas em *mindfulness*, para fornecer suporte clínico e psicossocial aos indivíduos afetados.
6. Programas de conscientização e educação no âmbito do desenvolvimento de campanhas de conscientização pública para promover uma compreensão mais ampla dos transtornos de ansiedade, seus sintomas, fatores de risco e estratégias de prevenção, visando reduzir o estigma e promover a busca por ajuda especializada.

Ao adotar uma abordagem multidimensional que integra essas metodologias, é possível estabelecer uma rede de apoio abrangente e inclusiva que atenda às necessidades específicas das pessoas afetadas por transtornos de ansiedade.

Para lidar com o transtorno de ansiedade, precisa mudar o *mindset* e hábitos, criando estratégias como identificar o que o deixa ansioso, manter uma atitude positiva, aceitar que não é possível controlar tudo, focar a atenção em atividades de relaxamento, treinar a respiração e fazer exercícios físicos regularmente. Compartilhar sentimentos e preocupações, ter uma rede de apoio, com pessoas da sua confiança, limitar a ingestão de álcool, tabaco, drogas e de cafeína, que podem agravar os níveis de ansiedade e favorecer os ataques de pânico.

## CAPÍTULO IV



## CASOS DE ESTUDO

## Capítulo IV - Casos de Estudo

O Brasil enfrenta um desafio alarmante: elevados índices de suicídio que impactam diretamente a vida de muitos de seus habitantes. Por essa razão, a procura por estratégias eficazes de prevenção do suicídio torna-se uma questão crucial de saúde pública, exigindo intervenções preventivas, suporte emocional e conscientização para minimizar seu impacto devastador. Essa problemática resulta de uma interação complexa de fatores psicológicos, sociais e emocionais, frequentemente envolvendo sentimentos de desespero, solidão, depressão profunda, ansiedade extrema, traumas não resolvidos ou condições de saúde mental não tratadas.

Segundo a OMS reporta, em 2019 foram registrados oficialmente cerca de 700 mil mortes por suicídio, sabendo-se, no entanto, que este número poderá ser muito maior porque nem sempre a causa de morte é registrada como tal. Também em 2019, o suicídio foi a 4ª maior causa de morte entre jovens de 15 e 29 anos de idade (ONU News, s.d.). De acordo a informação encontrada no website do projeto no Brasil<sup>6</sup> anualmente são registrados cerca de 14 mil casos, ou seja, diariamente, 38 brasileiros são vítimas de suicídio, superando as estatísticas de doenças como a AIDS e o cancro (ABP, 2022).

As principais causas que levam ao suicídio são as doenças mentais e o consumo de substâncias psicoativas (Setembro Amarelo, 2024). O slogan da campanha do setembro Amarelo, 'Se precisar peça ajuda', foca a importância de procurar ajuda para diagnosticar as doenças mentais e tratá-las corretamente. Segundo o psiquiatra Leonardo Rodrigues da Cruz quase todos os casos de suicídio estão ligados a transtornos mentais, sugerindo que intervenções adequadas poderiam evitar grande parte destes casos (Setembro Amarelo, 2024).

O Brasil enfrenta desafios significativos em relação ao alto índice de suicídios, com 32 casos por dia, segundo a OMS. Alguns dos principais desafios incluem a negligência da saúde mental, impactos nas famílias, custos para a sociedade, falta de conscientização, acesso a meios letais, fatores sociais e econômicos, e estigma e discriminação. A

---

<sup>6</sup> Acessado a 11 de fevereiro de 2025 em <https://www.setembroamarelo.com>,

abordagem integral para a prevenção do suicídio envolve governos, profissionais de saúde, comunidades e indivíduos, exigindo compromisso contínuo com a promoção da saúde mental, redução do estigma e acesso a serviços de qualidade.

Considerando esse cenário atual, apresentamos este conteúdo com o intuito de examinar as causas subjacentes a esse problema de saúde pública globalmente reconhecido e destacar as iniciativas empreendidas para prevenir o suicídio no Brasil.

Os desafios associados ao alto índice de suicídio no Brasil são numerosos e impactam profundamente os indivíduos, suas famílias e as comunidades em geral (Laboissière, 2024). Alguns principais desafios incluem:

1. **Saúde mental negligenciada:** O estigma relacionado a doenças mentais dificulta o acesso a cuidados adequados, perpetuando a negligência em relação à saúde mental.
2. **Impacto nas famílias:** O suicídio causa um impacto devastador nas famílias e amigos daqueles que tiraram a própria vida, gerando sentimentos de culpa, complicação no processo de luto e estresse emocional.
3. **Custo para a sociedade:** O suicídio resulta em custos substanciais para os sistemas de saúde e para a sociedade em geral, abrangendo despesas médicas, perda de produtividade e o impacto econômico das vidas perdidas precocemente.
4. **Falta de conscientização:** A ausência de conscientização sobre os sinais de alerta e os recursos disponíveis para prevenção do suicídio pode levar a atrasos na intervenção e na busca de ajuda.
5. **Acesso a meios letais:** Restringir o acesso a meios letais, como armas de fogo ou pesticidas, é crucial, pois isso reduz o risco de tentativas de suicídio bem-sucedidas.
6. **Fatores sociais e econômicos:** Fatores sociais, como isolamento social, desemprego e instabilidade econômica, desempenham um papel significativo no suicídio, exigindo abordagens complexas para sua resolução.

7. Estigma e discriminação: O estigma em torno do suicídio e das doenças mentais pode desencorajar as pessoas a buscar ajuda, contribuindo para o aumento do isolamento social.

Enfrentar esses desafios exige uma abordagem abrangente, envolvendo ações coordenadas de governos, profissionais de saúde, comunidades e indivíduos. A prevenção do suicídio requer um compromisso contínuo com a promoção da saúde mental, a redução do estigma e o acesso a serviços de qualidade.

**Setembro Amarelo**, onde existe uma mobilização comunitária e nacional de conscientização da quebra do estigma de se falar de saúde mental, e de ansiedade, entre outras patologias. Durante este período, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) faz várias campanhas e parcerias, onde se fala disso.

A ABP tenta estender o máximo as campanhas para todos os meses, mas durante o mês de setembro, professores fazem cartazes e palestras sobre o tema, e pessoas e empresas movimentam profissionais para darem palestras.

O símbolo da fita amarela, é carregado no peito de todos. Bombeiros e Estado se movimentam com propagandas que estimulam a abordagem da saúde mental, levando a uma conversa séria sobre a ansiedade e depressão e seus sintomas. Falam sobre o suicídio, divulgando os números sem detalhar os casos, por estes poderem vir a ser reproduzidos na vida real.

Nota-se um isolamento das pessoas, principalmente, as mais vulneráveis, quer financeiramente como emocionalmente, pessoas imigrantes, intercambistas e pessoas vítimas de bullying e abuso.

Todos deveriam fazer terapia, porque há pessoas que já passaram algum abuso, e se houver gatilho este pode desencadear o pensamento suicida.

Outro caso são algumas patologias em que é comum a tendência do pensamento suicida e as pessoas às vezes não enxergam os sinais, por isto é importante para todos terem uma rede de apoio segura.



*Símbolo da campamanha Setembro Amarelo*

**Figura 2.** Campanha Setembro Amarelo.  
**Fonte:** elaborado pelo autor.

O Setembro Amarelo (Fig. 2), é uma iniciativa dedicada à prevenção do suicídio no Brasil. Esta consiste numa campanha anual que teve início em 2014 pela Associação Brasileira de Psiquiatria em parceria com o Conselho Federal de Medicina e tem como objetivo

conscientizar a sociedade sobre o tema do suicídio e reduzir as suas ocorrências. Durante o mês de setembro, realizam-se diversas ações práticas que procuram desmistificar tabus associados ao suicídio, destacando que a comunicação aberta e a compreensão são fundamentais para a sua prevenção.

A informação e consciencialização pode prevenir, mas, também contribui para diminuir o estigma social. A campanha ganha destaque no dia 10 de setembro, quando se celebra o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. Nesse dia, diversos locais, incluindo monumentos como o Cristo Redentor, o Congresso Nacional, a Catedral e o Paço Municipal de Fortaleza, são decorados com a cor amarela, chamando a atenção para esta causa sensível. O Setembro Amarelo com raízes nos Estados Unidos teve início em 1994, com a história trágica de Mike Emme, um jovem de 17 anos, conhecido como "Mustang Mike", que cometeu suicídio e inspirou o lançamento da iniciativa. Mike, habilidoso em restaurar um automóvel Mustang 68 que pintou de amarelo e no seu funeral os pais e amigos distribuíram cartões com fitas amarelas com mensagens motivacionais dirigidas a pessoas que se debatesses com desafios mentais e emocionais. Derivado deste acontecimento as fitas amarelas tornaram-se o símbolo do Setembro Amarelo, no Brasil em 2015 (Costa, M. 2021; Reis, S. 2024).

O Brasil implementa diversas ações de prevenção, como palestras de conscientização conduzidas por profissionais de saúde mental e o Centro de Valorização da Vida, que oferece apoio emocional 24/7 por telefone e chat online. A população desempenha um papel vital na prevenção ao ficar atenta aos sinais de sofrimento, oferecer apoio emocional e incentivar o acesso à ajuda profissional. Participar de campanhas e apoiar organizações de saúde mental são maneiras adicionais de contribuir para a criação de um ambiente solidário.

A prevenção do suicídio é um esforço coletivo, e cada indivíduo pode fazer a diferença ao buscar ajuda, apoiar os outros e promover a conscientização sobre a saúde mental.

A data do Setembro Amarelo foi instituída pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio e recebeu endosso da OMS, destacando-se como um período dedicado à reflexão e discussão sobre a prevenção do suicídio. O intuito é mobilizar

governos e a sociedade civil, enfatizando a importância crucial de abordar abertamente esse tema sensível.

As fitas amarelas tornaram-se o símbolo do Setembro Amarelo, sendo adotadas no Brasil em 2015 pelo Centro de Valorização da Vida, pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. O médico Leonardo Rodrigues da Cruz enfatiza que a campanha desempenha um papel crucial na redução de preconceitos e na conscientização sobre os cuidados com a saúde mental. Além disso, destaca que a campanha contribui para diminuir o estigma associado ao tema 'por meio da informação responsável'.

#### 4.1 O papel individual na prevenção do suicídio

De acordo com a perspectiva das redes globais de apoio emocional, o suicídio é compreendido como um reflexo das dificuldades emocionais universais da sociedade contemporânea. Muitos indivíduos que experienciam isolamento emocional encaram-no como uma solução definitiva para aliviar um sofrimento que, na realidade, é temporário. Assim, o suicídio é frequentemente visto como uma consequência das condições sociais e psicológicas adversas enfrentadas pelo indivíduo e/ou como o culminar de um acúmulo de sofrimento emocional, incluindo solidão, angústia e desespero (Martins, I. 2021).

Segundo a ONG, as taxas de suicídio no Brasil e no mundo refletem a complexidade deste problema de saúde pública. A análise dessas estatísticas é fundamental para a implementação de estratégias eficazes de prevenção e de apoio à saúde mental, tanto a nível local como global (Nações Unidas no Brasil, 2021).

De acordo com os dados de mortalidade por suicídio divulgados pela OMS em 2021, este problema de saúde pública tem vindo a crescer de forma preocupante. Estimava-se que ocorriam cerca de 800 mil mortes anuais por suicídio em todo o mundo, sendo esta a segunda principal causa de morte entre os jovens dos 15 aos 29 anos no Brasil (Martins, I. 2021).

Cada pessoa desempenha um papel crucial na prevenção do suicídio. Estar atento a sinais de sofrimento em amigos e familiares, oferecer apoio emocional e incentivar a procura de ajuda profissional são ações fundamentais. Além disso, falar abertamente sobre saúde mental e combater o estigma são passos essenciais para a construção de uma sociedade mais compreensiva e solidária (Hospital Santa Mónica, 2023). Participar em campanhas de sensibilização e apoiar organizações dedicadas à saúde mental são formas importantes de contribuir. Hospitais e instituições que lidam com questões psicológicas beneficiam do envolvimento da comunidade. É essencial criar um ambiente onde as pessoas se sintam valorizadas e apoiadas na sua jornada de recuperação emocional. Entidades de saúde mental, instituições de ensino, ONGs e órgãos governamentais promovem palestras de sensibilização sobre a prevenção do suicídio. Profissionais de saúde mental e pessoas com experiência direta abordam temas como a identificação de sinais de alerta, a procura de ajuda profissional, a promoção de ambientes de apoio e o combate ao estigma associado à saúde mental e ao suicídio. Algumas destas palestras são direcionadas a grupos específicos, de forma a responder às necessidades particulares de cada público. A prevenção do suicídio é uma responsabilidade de todos. Ao agir individual e coletivamente, podemos contribuir para a promoção da saúde mental e para a prevenção do suicídio. A maioria das pessoas que se suicidam nunca procurou ajuda de profissionais de saúde mental, o que torna a prevenção mais difícil. Por isso, é fundamental que a abordagem do suicídio envolva não apenas psiquiatras e psicólogos, mas também outros profissionais capazes de identificar e apoiar pessoas em risco. Iniciativas comunitárias, como o Centro de Valorização da Vida, que conta com voluntários na prevenção do suicídio, desempenham um papel crucial ao oferecer suporte e assistência (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).

#### 4.2 Pandemia de COVID-19

O início da pandemia de COVID-19 e os subsequentes confinamentos levaram a uma rápida transição dos serviços de psicoterapia presenciais para o tele-atendimento, através de sessões por telefone ou vídeo. O tele-atendimento tem-se revelado um método eficaz no tratamento de problemas de saúde mental, incluindo a perturbação

de ansiedade generalizada (PAG), sendo frequentemente comparável à psicoterapia presencial em termos de eficácia. Resultados preliminares indicam que esta transição não teve um impacto negativo na relação terapêutica, segundo a perspectiva dos terapeutas (Garner, A. & Stuart, G., 2023). O tratamento foi aplicado a um homem norte-americano de 28 anos, identificado ao longo do estudo como "Fred". Apresentava sintomas de ansiedade, incluindo preocupação excessiva e difícil de controlar, inquietação, dificuldade de concentração, tensão muscular e problemas de sono. Procurou uma clínica universitária após o fim de uma relação amorosa, que agravou a sua ansiedade. Fred já apresentava um histórico de ansiedade desde a infância, manifestando-se na preocupação com o desempenho escolar e dificuldades em dormir. Na adolescência, as suas preocupações estavam centradas nos relacionamentos românticos, o que dificultava o estabelecimento de vínculos duradouros. Na idade adulta, a sua ansiedade passou a estar associada a questões académicas, relações interpessoais e à preocupação com a saúde da mãe (Garner, A. & Stuart, G., 2023). Após uma avaliação que incluiu entrevistas clínicas e diversas medidas psicométricas para avaliar os níveis de ansiedade, depressão, regulação emocional, aceitação e aliança terapêutica, Fred foi diagnosticado com perturbação de ansiedade generalizada. O tratamento baseou-se em abordagens cognitivas e comportamentais descritas no *Mastery of Your Anxiety and Worry: Therapist Guide* (Zinbarg et al., 2006) e incorporou intervenções baseadas em mindfulness e aceitação do manual *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists* (Luoma et al., 2007), com um foco central na redução da ansiedade por meio da exposição gradual a situações temidas e a reestruturação cognitiva das crenças disfuncionais. A terapia envolveu a identificação e o desafio de suas crenças de autojulgamento, bem como a implementação de estratégias de regulação emocional para ajudá-lo a lidar melhor com a ansiedade. Ele também trabalhou na aceitação da incerteza e na redução de sua tendência para o evitamento e o controle excessivo (Garner, A. & Stuart, G., 2023). O tratamento consistiu em 29 sessões semanais a cada duas semanas ao longo de 10 meses. Começou presencialmente com 11 sessões, e quatro meses após o início, com a pandemia de COVID-19 resultou na mudança das sessões de terapia para sessões por telefone por 15 sessões, e depois para sessões por videoconferência por 3 sessões até a terminação (Garner, A. & Stuart, G., 2023). Antes do aparecimento da COVID-19, as

quatro primeiras sessões (1-4) consistiram na Introdução ao Tratamento e Psicoeducação, começando com a clarificação dos objetivos de Fred, o desenvolvimento de um plano de tratamento e a introdução ao manual. Depois as seguintes quatro sessões (5-8) incidiram na introdução ao treino de relaxamento muscular progressivo e na reestruturação cognitiva, e nas últimas três sessões presenciais (9-11) o paciente foi introduzido à exposição por imaginação. Desta maneira, deu-se início às primeiras três sessões via telefone (12-14), onde se registaram mudanças comportamentais e se deu por acabado o manual. O tratamento continuou por telefone e as sessões 15-21, concentraram-se na prática contínua das aptidões de reestruturação cognitiva e relaxamento, e em simultâneo na incorporação do *Mindfulness* e Aceitação. Chegando perto do final da terapia, nas últimas sessões por telefone (22-26), Fred refletiu e aceitou que viver de acordo com os seus valores gerava ansiedade e continuou, flexivelmente, a utilizar as aptidões de exposição, como a reestruturação cognitiva, relaxamento com *recall*, *mindfulness* e aceitação. Por fim, as últimas sessões realizadas por videoconferência, consistiram no encerramento e término, onde Fred discutiu os seus planos e as aptidões de exposição para utilizar ao lidar com a ansiedade futuramente (Garner, A. & Stuart, G., 2023).

As análises comparativas antes e depois do tratamento, bem como as análises de séries temporais, mostraram diminuições significativas nos sintomas de ansiedade, preocupação, sintomas depressivos e desregulação emocional. Embora tenha ocorrido um aumento inicial nos sintomas de preocupação e desregulação emocional após a transição do atendimento presencial para o tele-atendimento, os sintomas depressivos, de ansiedade, preocupação e desregulação emocional diminuíram rapidamente, retomando uma tendência de queda. Este estudo de caso fornece evidências da viabilidade e eficácia de uma abordagem integrada de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia de Aceitação e Compromisso no tratamento da perturbação de ansiedade generalizada (PAG) (Garner, A. & Stuart, G., 2023). A PAG, tal como já explorado anteriormente, é uma condição caracterizada por ansiedade excessiva e difícil de controlar, impactando negativamente o bem-estar psicossocial de um indivíduo em diversas áreas da vida. A perturbação de ansiedade generalizada (PAG) frequentemente coexiste com outras perturbações psicológicas, como as perturbações depressivas

maiores. Nos Estados Unidos, a prevalência da PAG é de aproximadamente 3-4% entre adultos, o que destaca a importância de tratamentos eficazes, dada a alta taxa de recorrência associada a esta condição (Garner, A. & Stuart, G., 2023). A Terapia Cognitivo-Comportamental apresenta diversos protocolos e manuais para o tratamento da Perturbação de Ansiedade Generalizada. O modelo de TCC propõe que a preocupação incontrolável associada à PAG resulta de pensamentos ameaçadores sobre eventos futuros, levando o indivíduo a comportamentos de verificação excessiva e à distração de experiências internas negativas. Essa preocupação é mantida por reforço negativo, o que pode trazer um alívio momentâneo, mas impede que a pessoa enfrente os seus problemas de forma mais eficaz e realista (Garner, A. & Stuart, G., 2023). As abordagens da Terapia Cognitivo-Comportamental visam modificar esses pensamentos ameaçadores por meio da reestruturação cognitiva, avaliação de evidências e desenvolvimento de alternativas, além de fortalecer a crença do paciente na sua capacidade de lidar com eventos adversos. Os protocolos incluem psico-educação sobre ansiedade, técnicas de relaxamento, reestruturação cognitiva, experiências comportamentais e exposição imaginária ou in vivo. A investigação tem mostrado a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da PAG, com 62% dos pacientes a apresentar melhorias clinicamente significativas após o tratamento, evidenciando, assim, os benefícios da integração de elementos de *mindfulness* e aceitação aos manuais existentes, contribuindo para a eficácia do tratamento (Garner, A. & Stuart, G., 2023). Alisa Garner & Gregory Stuart (2023), no relato de um caso de estudo no seu artigo *“Integrating Mindfulness and Acceptance Into Traditional Cognitive Behavioral Therapy During the COVID-19 Pandemic: A Case Study of an Adult Man With Generalized Anxiety Disorder”*, examinou a eficácia e a utilidade clínica da integração da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) num tratamento manualizado de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), bem como a relação terapêutica, à medida que o tratamento foi rapidamente e inesperadamente transferido do formato presencial para o tele-atendimento devido à pandemia de COVID-19.

#### 4.3 CVV - Centro de valorização da vida

Desde os primórdios da humanidade, existem profissões dedicadas ao cuidado das pessoas em diversas áreas. Atualmente, existem muitos serviços que auxiliam os

indivíduos, tanto no setor público como no privado. No entanto, algumas pessoas enfrentam dificuldades no acesso a esses serviços, o que revela desigualdades sociais. O trabalho voluntário ajuda a colmatar essa lacuna. As primeiras associações sociais voluntárias surgiram na Europa entre os séculos XIV e XVI, mas a caridade começou a ser vista como uma virtude humana apenas no século XVIII, com ideais de fraternidade e solidariedade. A partir do século XIX, as organizações voluntárias tornaram-se essenciais, contribuindo para a democratização de vários países e promovendo ética e solidariedade (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).

A forma como o voluntariado é organizado varia de acordo com o país, refletindo a sua estrutura económica e nível de desenvolvimento. Em países menos desenvolvidos, as estruturas voluntárias tendem a ser menos formais, enquanto em nações mais desenvolvidas, a ação voluntária é mais organizada e focada na filantropia (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009). No Brasil, a Lei nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, regula o serviço voluntário, definindo-o como uma atividade não remunerada que não cria vínculo empregatício ou obrigações trabalhistas, podendo ser realizada por indivíduos ou entidades sem fins lucrativos, com objetivos cívicos, assistenciais, culturais, educacionais, recreativos ou científicos. Segundo Cavalcanti M. (2002), a prática do voluntariado no Brasil é, na sua maioria, esporádica e sem um propósito claro, sendo influenciada pela instabilidade socioeconómica e crises políticas que dificultam a participação sistemática.

Na Declaração Universal do Voluntariado, o trabalho voluntário é definido como uma escolha pessoal e uma forma de promover a cidadania ativa e o envolvimento comunitário. O voluntariado tem como objetivo principal ajudar os outros, procurando promover mudanças sociais e contrastando com o egoísmo (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009). Envolvendo conceitos como benevolência, compaixão e filantropia, é visto tanto como um esforço para beneficiar o próximo quanto como uma forma de procurar a própria felicidade, gerando uma contradição entre agir pelo bem do outro e pelo próprio bem.

Como resposta às desigualdades sociais, o voluntariado enfrenta questões fundamentais como a educação, a saúde e o bem-estar. A violência é um dos principais desafios que o voluntariado procura abordar, sendo classificada em três categorias:

violência autodirigida, interpessoal e coletiva (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009). O Centro de Valorização da Vida teve as suas raízes na iniciativa do padre anglicano Chad Varah, que, em 1953, fundou os Samaritanos, um serviço de apoio emocional por telefone (Martins, I. 2016). A inspiração para essa criação surgiu após Varah conduzir o funeral de uma jovem de 14 anos que, após a primeira menstruação, acreditou ter contraído uma doença sexualmente transmissível e, sem ninguém com quem conversar, decidiu tirar a própria vida. Essa tragédia evidenciou a necessidade de um espaço seguro para que as pessoas pudessem partilhar as suas angústias. Desde a sua fundação, os Samaritanos tornaram-se uma referência mundial em serviços de apoio emocional, contando atualmente com mais de 200 postos no Reino Unido e na Irlanda, sustentados por mais de 20 mil voluntários no atendimento telefónico de apoio emocional. Os Samaritanos orientam as suas ações por valores como escuta, confidencialidade, respeito pela autonomia dos indivíduos, ausência de julgamento e promoção do contacto humano (Martins, I. 2016). O serviço de apoio emocional Samaritanos influenciou diretamente a criação do CVV no Brasil. O fundador do CVV, em contato com a filosofia dos Samaritanos, recebeu apoio direto de Chad Varah, que veio ao Brasil para compartilhar sua metodologia. Inicialmente, o CVV foi denominado CVV-Samaritanos (Martins, I. 2016). Fundado em 1962 em São Paulo, no Brasil, o Centro de Valorização da Vida é uma organização civil, de carácter filantrópico que não visa o lucro, tendo sido reconhecida de Utilidade Pública Federal. Oferece apoio emocional e prevenção ao suicídio por meio de atendimentos presenciais, linhas telefônicas 24 horas por 7 dias da semana e suporte por e-mail, chat e cartas, unificados pelo número 141. Com voluntários treinados, chamados 'escutadores', garante um espaço seguro e confidencial para pessoas enfrentando crises emocionais, solidão, depressão, ansiedade ou pensamentos suicidas. Com cerca de oitenta postos em todo o Brasil, desempenha um papel crucial ao fornecer suporte e encaminhamento para ajuda profissional, além de contribuir para a conscientização sobre saúde mental. Funciona exclusivamente com voluntários e se destaca como um espaço de acolhimento e escuta, sem receber patrocínio de órgãos públicos ou privados. Cada posto do CVV é administrado por uma entidade jurídica independente, responsável pela implementação adequada do Programa de Apoio Emocional e pelas diretrizes estabelecidas pela organização. Em contrapartida, essas entidades têm o direito de utilizar a marca CVV, e acessar quase 50

anos de conhecimento acumulado e contar com o suporte de uma infraestrutura que abrange treinamento, comunicação e estudos (Martins, I. 2016).

Fazem parte do Centro de Valorização da Vida os seguintes programas assistenciais:

- Programa CVV de Prevenção ao Suicídio<sup>7</sup>;
- Hospital Francisca Júlia<sup>8</sup>, em São José dos Campos, que atende pessoas com doenças mentais e dependência química;
- Caminho de Renovação Contínua (CRC)<sup>9</sup>, que promove palestras;
- Amigos do Zippy<sup>10</sup>, que apoia o desenvolvimento emocional de crianças com idades entre os 6 e 7 anos.

Numa outra perspectiva, o CVV também é visto como uma escola que ensina uma filosofia de vida, ou seja, uma maneira de viver melhor. Instrui os voluntários com métodos e técnicas para ajudar as pessoas que contactam, a se relacionarem de forma mais positiva e a lidarem com suas emoções. Os voluntários que querem ajudar no CVV precisam passar por um curso de seleção, que é obrigatório, onde aprendem os valores e as práticas que o CVV defende, garantindo que todos estejam preparados para apoiar quem precisa (Martins, I. 2016).

O CVV encontra-se filiado à Befrienders Worldwide<sup>11</sup>, uma rede que existe há mais de 34 anos e, recentemente, foi formalizada. A principal missão desta é reduzir o número de suicídios, oferecendo suporte emocional e compartilhando pesquisas que contribuem para práticas inovadoras nos serviços prestados pelos voluntários. Tem assim como principais finalidades:

---

<sup>7</sup> Acessado a 10 de fevereiro de 2025 em <https://cvv.org.br/>

<sup>8</sup> Acessado a 14 de fevereiro de 2025 em <http://www.franciscajulia.org.br>

<sup>9</sup> Acessado a 20 de fevereiro de 2025 em <https://doity.com.br/caminho-de-renovao-contnua-crc/credenciamento>

<sup>10</sup> Acessado a 20 de fevereiro de 2025 em <https://asecbrasil.org.br/no-mundo-da-escola/amigos-do-zippy/>

<sup>11</sup> Acessado a 22 de fevereiro de 2025 em <http://www.befrienders.org>

- oferecer apoio emocional para pessoas que estão pensando em suicídio através dos centros, ajudando a aliviar o sofrimento, a solidão, o desespero e a depressão, ouvindo aqueles que sentem que não têm ninguém a quem recorrer.
- oferecer treinamento especial aos voluntários que administram os centros. O trabalho realizado é neutro em relação a política e religião, e os voluntários não tentam impor suas crenças; eles apenas escutam.
- Oferecer total confidencialidade em todas as comunicações com os centros, seja por telefone, carta, e-mail ou pessoalmente. Isso se aplica também a tudo o que uma pessoa compartilha com um voluntário. Algumas pessoas preferem se manter anônimas, e isso é aceite sem problemas (Martins, I. 2016).

O CVV evoluiu de uma entidade confessional com ligações à religiosidade para uma organização laica e inclusiva, centrada em valores humanistas, procurando atender a uma diversidade de pessoas nas suas necessidades de apoio emocional e prevenção ao suicídio. Para o padre anglicano Chad Varah, fundador dos Samaritanos, o trabalho de prevenção ao suicídio deve ser livre de bandeiras religiosas. Com o passar do tempo, durante cinco décadas, o CVV foi-se afastando da ideologia religiosa e aproximando-se de uma cultura mais psicológica, assumindo uma postura de não oferecer conselhos. Adotou práticas baseadas nas ideias de Carl Rogers, que defendia uma psicoterapia não diretiva, priorizando a moralidade centrada no indivíduo e uma perspectiva imanentista (Martins, I. 2016). O CVV adota uma metodologia de atendimento baseada na relação de ajuda, que, através de uma interação pautada por princípios éticos e emocionais, estabelece uma conexão emocional com os indivíduos que buscam apoio e um "arranjo moral" (Martins, I. 2021). Os 'arranjos morais' são fundamentais para criar um ambiente de escuta ativa e acolhimento, elementos que contribuem para a eficácia das estratégias de prevenção. A chave para uma intervenção bem-sucedida é a criação de um vínculo de confiança, bem como a estruturação e adaptação da relação de ajuda ao contexto emocional de cada utilizador (Martins, I. 2021).

A relação de ajuda é uma metodologia de prevenção que, além de fornecer escuta, segue estratégias discursivas assentes em um esforço contínuo de restauração do valor da vida, atribuindo-lhe um novo significado e oferecendo um espaço de reflexão sobre

as causas e motivações do suicídio. Estas práticas ajudam a reconstruir o emocional e psicológico dos indivíduos em risco, integrando um modelo de intervenção baseado em um regime moral que não visa apenas explicar o suicídio, mas também oferece ferramentas para o enfrentamento e prevenção da sua ocorrência (Martins, I. 2021). Com influência na metodologia dos Samaritanos, que inspirou a criação de redes globais de apoio, o CVV segue diretrizes que priorizam a escuta ativa, o respeito pela autonomia do usuário e a não imposição de soluções externas. Estas orientações refletem a visão de Carl Rogers sobre a não diretividade, onde a experiência emocional do indivíduo é colocada à frente da busca por soluções imediatas, permitindo ao usuário explorar suas próprias emoções e encontrar caminhos pessoais para lidar com suas dificuldades (Martins, I. 2021). A relação de ajuda, fundamentada na visão de psicológica e humanista de Rogers, por meio da aceitação incondicional e da escuta empática, cria um ambiente sem pressões, permitindo ao indivíduo se expressar livremente e explorar suas próprias emoções, de maneira a superar sofrimentos e atingir um novo nível de autoconhecimento. Assim como, a combinação de elementos da psicologia humanista com a espiritualidade, oferece um espaço de aceitação, criando as condições necessárias para que o usuário reencontre sua força vital e continue a jornada da vida (Martins, I. 2021). Esses serviços, têm como principal estratégia a escuta empática, que permite ao indivíduo em sofrimento emocional intenso reconectar-se com seu valor e sentido da vida, e também são estruturados com base em princípios éticos e metodológicos que pretendem criar um ambiente acolhedor e respeitoso, e livre de julgamentos. Por meio da escuta ativa, da isenção do direcionamento religioso, e do respeito pelas crenças e escolhas dos usuários, o CVV permite que esses se expressem livremente, sem serem pressionados a tomarem decisões específicas. A ausência de julgamento e a promoção da autonomia são princípios fundamentais que garantem que o indivíduo se sinta respeitado e compreendido, permitindo-lhe refletir sobre as suas escolhas e, potencialmente, encontrar novas alternativas para enfrentar o seu sofrimento (Martins, I. 2021). Também a escuta incondicional é integrante dos princípios, onde a fala é o principal meio de apoio e o sofrimento do usuário é validado sem recriminações. A decisão de viver ou não, é interpretada como um direito do usuário, e a ajuda oferecida busca fortalecer a capacidade interna de superação (Martins, I. 2021).

O modelo de ajuda do CVV é completamente relacional, consistindo numa interação reflexiva entre o voluntário e o usuário. Os princípios éticos e morais estão profundamente enraizados na ideia de igualdade humana, onde tanto o voluntário quanto o usuário são identificados como sujeitos com potencialidades e fragilidades semelhantes. Os voluntários estão em constante aprendizagem, uma vez que, para não prejudicarem o processo de apoio emocional, devem, durante algumas situações desafiantes, garantir o controlo de seus limites e imparcialidade da escuta. A escuta empática e incondicional cria um espaço reflexivo que favorece o crescimento pessoal dos dois intervenientes, resultando em uma experiência mútua de transformação. Os atendimentos regem-se pela confidencialidade e um anonimato rigoroso, criando assim um espaço seguro para o compartilhamento das emoções, e o reconhecimento e validação dessas e dos sofrimentos dos indivíduos pelos voluntários, é um passo fundamental para a recuperação dos mesmos, que se encontram vulneráveis ao risco (Martins, I. 2021). O modelo de ajuda, com base na escuta empática e na valorização moral da vida, desempenha um papel fundamental na prevenção do suicídio, ao afirmar a vida como valor central e ajudar o indivíduo a perceber seu potencial para ultrapassar o sofrimento. Através da ênfase do valor da vida, também se procura restaurar a dignidade do indivíduo ao ajudá-lo a reconstruir sua visão sobre a vida (Martins, I. 2021).

Os voluntários do CVV não prestam só apoio emocional, mas também se envolvem em atividades administrativas e financeiras para manter o serviço. A responsabilidade dos voluntários é significativa, pois eles lidam diretamente com pessoas que enfrentam crises emocionais graves (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).

Para entender estes indivíduos, é essencial considerar suas qualidades pessoais ou personalidade, porque influencia a forma como os indivíduos se comportam em diversas situações ao longo do tempo. Nesse contexto (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009), em seu artigo *Voluntários do CVV: características sociodemográficas e psicológicas*, identifica as características sociodemográficas e psicológicas de 100 indivíduos recrutados por conveniência, sendo homens e mulheres maiores de 18 anos, voluntários em quatro Postos CVV situados em Porto Alegre, Novo Hamburgo, Florianópolis e Blumenau.

Para caracterizar os participantes do estudo, num nível sociodemográfico foi utilizada uma Ficha de Dados Pessoais e Sociodemográficos, e para identificar as características psicológicas dos mesmos foram aplicadas escalas fatoriais de Neuroticismo, Socialização e Extroversão. Escalas objetivas e autoadministradas, consistindo em afirmações que retratam atitudes, crenças e sentimentos (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).

A Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo, composta por 82 itens e quatro subescalas (Vulnerabilidade, Desajustamento Psicossocial, Ansiedade e Depressão), mede a estabilidade emocional. Altos níveis de Neuroticismo estão associados a ansiedade, insatisfação e risco de problemas psicológicos, enquanto baixos níveis indicam maior independência e estabilidade emocional. A Escala Fatorial de Extroversão, composta por 57 itens e quatro subescalas (Comunicação, Altição, Assertividade e Interação Social), mede a quantidade e intensidade das interações sociais. Indivíduos extrovertidos são sociáveis e otimistas, enquanto os introvertidos podem ser reservados, mas não necessariamente infelizes. A Escala Fatorial de Socialização, composta por 70 itens e três subescalas (Amabilidade, Pró-sociabilidade e Confiança), avalia a qualidade das interações interpessoais. Alta Socialização indica compaixão e cooperação, enquanto baixa pode refletir cinismo e egoísmo (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).

A análise dos voluntários revelou que a maioria é composta por mulheres de meia-idade, com nível superior, que vivem com um parceiro e têm renda própria, trabalhando ativamente. Essas características refletem uma estabilidade socioeconômica, permitindo que essas pessoas se envolvam em atividades voluntárias, que, mesmo não sendo remuneradas, proporcionam um forte sentimento de responsabilidade social. Para a maioria dos participantes, o CVV foi a primeira experiência de voluntariado, sendo exercida há cerca de quase cinco anos. Essa permanência prolongada no voluntariado deve-se a uma conscientização sobre a importância desse trabalho na sociedade, e por isso muitos deles dão prioridade ao seu compromisso com o CVV, escolhendo não participar de outras atividades voluntárias em simultâneo (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).

As características psicológicas gerais de um grupo de indivíduos mostraram que eles têm um nível médio de extroversão e socialização e um nível baixo de neuroticismo. Os

resultados mostram que as pessoas avaliadas têm características semelhantes à maioria da população. Através dos resultados da escala de extroversão, percebemos que os voluntários tendem a ser modestos, menos assertivos (ou seja, menos dominantes) e não buscam ativamente interagir com as pessoas, preferindo que os outros os procurem. Têm facilidade para fazer novos amigos e estabelecer conexões pessoais, mas são mais reservados e tranquilos. Quanto à análise dos resultados da escala de socialização revelaram a capacidade dos voluntários em estabelecer conexões empáticas e solidárias com os usuários que buscam apoio. Já por meio dos resultados obtidos nos subfatores de comportamentos pró-sociais e confiança é possível encontrar características de personalidade que favorecem a adesão a normas sociais e a moralidade. O subfator amabilidade apresentou índices de pontuação negativos, o que levanta questões sobre a disponibilidade emocional dos voluntários, indicando uma resistência ou uma hesitação em se envolver profundamente com o bem-estar dos outros. Isto reflete um entendimento de que a responsabilidade pela melhora emocional dos usuários não deve recair sobre os ombros dos voluntários, atuando estes como acompanhantes nessa jornada, sem a expectativa de resolver os problemas do outro. Por último, o fator neuroticismo ao apresentar uma pontuação baixa indica que essas pessoas são geralmente calmas e emocionalmente estáveis (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).

Geralmente, quanto mais tempo um voluntário dedica ao serviço, maior é sua confiança e menor a ansiedade e o neuroticismo. Isso pode ser explicado pela experiência adquirida e pela estabilidade emocional que o voluntariado proporciona. As pessoas mais velhas tendem a ter menos vulnerabilidade e neuroticismo, apresentando mais comportamentos pró-sociais e confiança, o que pode ser relacionado à maturidade e à bagagem de experiências acumuladas ao longo da vida (Dockhorn, C., & S. Werlang, B., 2009).



**DISCUSSÃO**

**E**

**CONCLUSÃO**

## Discussão e Conclusão

A integração de metodologias de design no campo da saúde mental tem demonstrado ser uma abordagem interdisciplinar interessante, capaz de melhorar significativamente a experiência dos usuários e aumentar a eficiência dos serviços oferecidos. Metodologias de Design Centrado no Usuário, Design Thinking e co-criação não apenas têm permitido o desenvolvimento de soluções mais adequadas às necessidades dos pacientes, mas também têm impactado positivamente os profissionais de saúde e os sistemas de suporte através da aplicação dos seus processos.

Têm-se ainda revelado cruciais na construção de estratégias mais eficazes no campo da saúde mental ao permitir a participação ativa de profissionais de saúde, designers e usuários no processo de cocriação, possibilitam o desenvolvimento de soluções mais humanizadas, eficazes e ajustadas às realidades dos pacientes. O Design Thinking, em particular, facilita a abordagem de problemas complexos de forma iterativa e colaborativa, promovendo soluções mais flexíveis e adaptáveis. A integração de feedback contínuo durante o processo de criação de serviços permite ajustes rápidos, garantindo que as soluções atendam realmente às necessidades dos usuários, o que aumenta, por exemplo, a eficácia dos tratamentos e do apoio oferecido. Este ciclo de cocriação também promove uma maior empatia e compreensão das experiências vividas pelos pacientes, o que é fundamental para criar ambientes de cuidado mais acolhedores e eficientes.

A incorporação do design na saúde mental tem um impacto direto e positivo na experiência do usuário. Ao adotar uma abordagem centrada no usuário, é possível criar soluções mais acessíveis e personalizadas, atendendo às necessidades específicas de cada paciente. O Design Centrado no Usuário assegura que as ferramentas e plataformas sejam intuitivas, simples de utilizar e eficazes, o que é particularmente importante para pessoas com dificuldades cognitivas, emocionais ou de acesso. Por exemplo, a simplificação de interfaces e a inclusão de recursos de acessibilidade podem reduzir barreiras e promover maior ajuste com os serviços oferecidos. Além disso, a implementação de plataformas digitais interativas, como aplicações de monitorização da saúde mental, contribui para a melhoria da adesão ao tratamento e a contínua

avaliação do progresso, proporcionando aos pacientes um sentimento de controlo e acompanhamento no seu processo terapêutico.

A adoção das metodologias de design na área da saúde mental representa um marco importante na reestruturação e aprimoramento dos serviços oferecidos. O seu impacto positivo, tanto na experiência do usuário quanto na eficácia das estratégias de saúde mental, evidencia o potencial dessas abordagens para transformar o cuidado psicológico. As soluções criadas a partir do design têm mostrado resultados promissores ao proporcionar um atendimento mais acessível, humanizado e adaptável às necessidades dos pacientes. O futuro da saúde mental, com o avanço contínuo da tecnologia, aponta para a expansão dessas metodologias, incorporando ferramentas como a Inteligência artificial e realidade virtual para potencializar o tratamento e a prevenção de perturbações mentais. A expectativa é que, com a integração dessas tecnologias e metodologias, a saúde mental alcance novos patamares de personalização e eficácia, ampliando a capacidade de prevenção, diagnóstico e tratamento, e oferecendo, assim, um suporte ainda mais robusto à saúde mental global.

Como contributo, foi estudada a campanha Setembro Amarelo para a prevenção do suicídio. Através da abordagem a esta campanha, a dissertação, além de procurar dar-lhe visibilidade, pretende também sugerir a replicação desta iniciativa em Portugal, com o intuito de motivar outras pessoas a desenvolverem um serviço eficaz e significativo para a comunidade. O objetivo é que, ao promover a consciencialização sobre o suicídio e a saúde mental, mais indivíduos e organizações possam ser mobilizados para a prevenção, criando espaços seguros de apoio e redução do estigma associado ao tema. A campanha, ao focar na importância da escuta, do acolhimento e do apoio, pode inspirar iniciativas semelhantes no contexto português, promovendo a saúde mental e incentivando a ação coletiva em torno dessa questão tão crucial.

## Referências bibliográficas

ABP (2019). Fatores de risco para o suicídio: como identificá-los e o que fazer.

Setembro Amarelo. Acessado a 22.03.2022 em

<https://www.setembroamarelo.com/post/suicidio-fatores-de-risco>

ABP (2022). Vamos falar sobre suicídio? Entenda o que é e quais são os sinais! (2022,).

Setembro Amarelo. Acessado a 13.11.2022 em

<https://www.setembroamarelo.com/post/vamos-falar-sobre-suic%C3%ADdio-entenda-o-que-%C3%A9-e-quais-s%C3%A3o-os-sinais>

Aguiar, A., Maia, I., Duarte, R., & Pinto, M. (2022). The other side of COVID-19: Preliminary results of a descriptive study on the COVID-19-related psychological impact and social determinants in Portugal residents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 7, 100294. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100294>

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5ª ed.). Artmed.

Baines, R. & De Bere, S. (2018). Optimizing patient and public involvement (PPI): identifying its "essential" and "desirable" principles using a systematic review and modified Delphi methodology. *Health Expect.* 21 (1), 327–335.

<https://doi.org/10.1111/hex.12618>

Bald, A. (2022). Dopamina: o que é, para que serve e como aumentar. *Essentia Pharma*. Acessado a 18.05.2024 em <https://essentia.com.br/conteudos/dopamina/>

Barnhill, J. (2023). Considerações gerais sobre transtornos de ansiedade. Manual MSD Versão Saúde Para a Família. Acessado a 29.03.2024 em

<https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-de-ansiedade-e-relacionados-a-fatores-estressantes/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-transtornos-de-ansiedade>

Barnhill, J. (2023). Transtorno de ansiedade generalizada. Manual MSD Versão Saúde Para a Família; Manuais MSD. <https://www.msmanuals.com/pt->

[pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-de-ansiedade-e-relacionados-a-fatores-estressantes/transtorno-de-ansiedade-generalizada](https://pt/casa/dist%C3%BArbios-de-sa%C3%BAde-mental/transtornos-de-ansiedade-e-relacionados-a-fatores-estressantes/transtorno-de-ansiedade-generalizada)

Baron-Cohen, S. (2011). The science of evil: On empathy and the origins of cruelty. Basic Books.

Berenguer, J. (2017). Empatia e conservação: a importância da empatia para a preservação do meio ambiente. Revista Brasileira de Educação Ambiental, 12(1), 47-60. DOI: <https://doi.org/10.18672/rbea.v12n1.1867>

Moscardini, E., Hill, R. M., Dodd, C. G., Do, C., Kaplow, J. B., & Tucker, R. P. (2020). Suicide safety planning: Clinician training, comfort, and safety plan utilization. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18), 6444. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186444>

Chellappa, S. & Araújo, J. (2007). O sono e os transtornos do sono na depressão [Sleep and sleep disorders in depression]. Revista Brasileira de Psiquiatria, 34(6). <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000600005> [scielo.br](https://scielo.br)

Cintra (2022) Setembro Amarelo: entenda como surgiu a campanha para prevenir suicídios. (s.d.). G1. Acessado a 28.12.2024 em <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2022/09/04/setembro-amarelo-entenda-como-surgiu-a-campanha-para-prevenir-suicidios.ghtml>

Consumo de antidepressivos em Portugal continua a aumentar – Ordem dos Médicos. (n.d.). Acessado a 02.11.2024 em <https://ordemosmedicos.pt/consumo-de-antidepressivos-em-portugal-continua-a-aumentar/>

Costa, M., (2021). As origens do Setembro Amarelo - Unimed Inconfidentes - Unimed Institucional. Unimed Inconfidentes. Acessado a 23.07.2023 em [https://www.unimed.coop.br/site/web/inconfidentes/noticias/-/asset\\_publisher/LCGVWatuPCo/content/as-origens-do-setembro-amarelo-1](https://www.unimed.coop.br/site/web/inconfidentes/noticias/-/asset_publisher/LCGVWatuPCo/content/as-origens-do-setembro-amarelo-1)

Council, D. (2005) Double Diamond. Acessado a 08.02.2025 em <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/the-double-diamond/>

Crawford, E. A., Burke, T. A., Siegel, D., Jager-Hyman, S., Alloy, L. B., & Kendall, P. C. (2018). Somatic Symptoms of Anxiety and Suicide Ideation Among Treatment-Seeking Youth With Anxiety Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 811–825. <https://doi.org/10.1111/sltb.12479>

Davis, M. (1996). *Empathy: A social psychological approach*. Westview Press. Acessado a 31.07.2024 em <https://doi.org/10.4324/9780429493898>.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal Personality and Social Psychology*, 44(1), 113- 126.

Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*.

Dia Mundial da Prevenção do Suicídio incentiva quebra do silêncio. (2024). ONU News. Acessado a 26.12.2024 em <https://news.un.org/pt/story/2024/09/1837226>

Dimopoulos-Bick, T., Dawda, P., Maher, L., Verma, R., Palmer, V. (2018). Experiencebased co-design: tackling common challenges. *The Journal of Health Design* 3 (1), 86–93. <https://doi.org/10.21853/JHD.2018.46>

Dockhorn, C., & Werlang, B. (2009). Voluntários do CVV: características sociodemográficas e psicológicas. *Artigos Brasileiros de Psicologia*, 71(1), 14. *Pepsic. Arquivos Brasileiros de Psicologia*.

Edu (2023). A neurociência da empatia: O poder da conexão humana. *Psicanálise Blog*. Acessado a 05.06.2024 em: <https://psicanaliseblog.com.br/neurociencia-empatia-poder-conexao/>

Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91-119.

Falcão, B. (2024). A Neurociência da Depressão. *Science Play | Certificações em Medicina e Nutrição*. Acessado a 17.12.2024 em <https://www.scienceplay.com/>

Fórum DCNTs (2022). OMS publica Relatório Mundial de Saúde Mental. FórumDCNTs. Acessado a 02.08.2023 em <https://www.forumdcnts.org/post/oms-publica-relatorio-mundial-de-saude-mental>

Francis, A., Le, A., Adams-Leask, K., & Procter, N. (2024). Utilising co-design to develop a lived experience informed personal safety tool within a mental health community rehabilitation setting. *Australian occupational therapy journal*, 10.1111/1440-1630.12988. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12988>

Garner, A. & Stuart, G. (2023). Integrating Mindfulness and Acceptance Into Traditional Cognitive Behavioral Therapy During the COVID-19 Pandemic: A Case Study of an Adult Man With Generalized Anxiety Disorder. *NIH*, 1(1). PubMed. <https://doi.org/10.1177/15346501221123568>

Gaspar, A. (2014). Augusta Gaspar, *Neurobiologia e Psicologia da Empatia Pontos de partida para a investigação e intervenção*. 10.13140/2.1.3980.2564.

Goleman, D. (2019). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books.

Green, T., Bonner, A., Teleni, L., Bradford, N., Purtell, L., Douglas, C., Yates, P., MacAndrew, M., Dao, H.Y., Chan, R.J. (2020). Use and reporting of experience-based codesign studies in the healthcare setting: a systematic review. *BMJ Qual. Saf.* 29 (1), 64–76. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009570>

Gruen, L. (2015). *Entangled Empathy: An Alternative Approach to Animal Advocacy*. The University of North Texas Press.

Hardy A., Wojdecka A., West J., Matthews E., Golby C., Ward T., Lopez ND., Freeman D., Waller H., Kuipers E., Bebbington P., Fowler D., Emsley R., Dunn G. & Garety P. How Inclusive, User-Centered Design Research Can Improve Psychological Therapies for Psychosis: Development of SlowMo. (2018) *JMIR Ment Health*.5(4):e11222. doi: 10.2196/11222. PMID: 30518514; PMCID: PMC6300708.

Hawke, L., Sheikhan, N., Bastidas-Bilbao, H. & Rodak, T. (2024). Experience-based co-design of mental health services and interventions: A scoping review, *SSM - Mental Health*, Volume 5, 100309. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100309>

Health Quality Ontario (2017). *Ontario's Patient Engagement Framework*. Health Quality Ontario.

Hoffman, M. L. (2000). Empathy and moral development: Implications for caring and justice. Acessado a 17.03.2024 em <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851>.

Hospital Santa Mônica. (2018). A saúde mental e a importância dela na vida das pessoas - Hospital Santa Mônica. Hospital Santa Mônica. Acessado a 27.01.2022 em <https://hospitalsantamonica.com.br/a-saude-mental-e-a-importancia-dela-na-vida-das-pessoas/>) <https://doi.org/10.1017/s0033291720005097>

Illarregi, E., Alexiou, K., & Zamenopoulos, T. (2019). Why designing may help treat psychosis. <http://oro.open.ac.uk/67445/>

Interaction Design Foundation (2016). As 5 Etapas Do Processo De Design Thinking [Imagem]. Acessado a 23.10.2023 em <https://www.interaction-design.org/literature/topics/design-thinking>

Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., Ambler, G., Milton, A., Davidson, M., Christoforou, M., Sullivan, S., Hunter, R., Hindle, D., Paterson, B., Leverton, M., Piotrowski, J., Forsyth, R., Mosse, L., Goater, N., Kelly, K., Lean, M., Pilling, S., Morant, N., & Lloyd-Evans, B. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 392(10145), 409–418. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31470-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31470-3)

Kehoe, M., Whitehead, R., de Boer, K., Meyer, D., Hopkins, L., & Nedeljkovic, M. (2024). A qualitative evaluation of a co-design process involving young people at risk of suicide. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 27(1), e13986. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.13986>

Kellert, S. (1996). *The Value of Life: Biological Diversity and Human Society*. Island Press.

Kelley, D., & Kelley, T. (2013). *Creative confidence: Unleashing the creative potential within us all*. Crown Business.

Kelley, T. & Kelley, D. (2013). *Creative confidence: Unleashing the creative potential within us all*. Crown Business.

Kimbell, L. (2011). Rethinking design thinking: Part I. *Design and Culture*, 3(3), 285-306.

<https://doi.org/10.2752/175470811X13159027478761>.

Krznicaric, R. (2014). *Empathy: Why it matters, and how to get it*. Penguin. Ebury Publishing. Acessado a 19.05.2024 em doi: 978846043857.

Laboissière do, P. (2024) Brasil tem mais de 30 internações ao dia por tentativa de suicídio. Agência Brasil. Acessado a 03.12.2024 em

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-09/brasil-tem-mais-de-30-internacoes-ao-dia-por-tentativa-de-suicidio>

Laboissière do, P. (2024). Prevenção do suicídio: campanha pede menos estigma e mais diálogo. Agência Brasil. Acessado a 20.12.2024 em

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2024-09/prevencao-do-suicidio-campanha-pede-menos-estigma-e-valoriza-dialogo>

Liedtka, J. (2014). A method for creating value through design thinking. *Business Horizons*, 57(6), 697-705. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2014.07.007>

Liedtka, J., & Ogilvie, T. (2011). *Designing for Growth: A Design Thinking Tool Kit for Managers*. Columbia University Press.

Liedtka, J., King, A., & Bennett, K. (2013). Design thinking for the greater good: Innovation in the social sector. *Stanford Social Innovation Review*, 11(3), 34-39.

Lipps, T. (1903). Empatia, imitação interior e sensações de órgão. *Journal of Psychology and Physiology of the Sense Organs*, 36 (1904), 185-204. Acessado a 29.09.2024 em

<https://echo.mpiwgberlin.mpg.de/ECHOdocuView?url=/permanent/vlp/lit32613/index.meta>

Lupton, E. & Ku, B. (2022). *Health Design Thinking, Second Edition: Creating Products And Services For Better Health*. 2nd Edition. MIT Press.

Maiese, K. (2022). *Neurotransmissão*. Manuais MSD Edição Para Profissionais; Manuais MSD. Acessado a 08.12.2023 em <https://www.msmanuals.com/pt->

<https://www.msmanuals.com/pt-profissional/dist%C3%BARbios-neuro%C3%B3gicos/neurotransmiss%C3%A3o/neurotransmiss%C3%A3o>

- Maloney, E. A. (2016). Math anxiety: Causes, consequences, and remediation. In K. R. Wentzel & D. B. Miele (Eds.), \*Handbook of motivation at school\* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315773384-23>
- Mancuso, J. (2008) - Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nursing & Health Sciences. Vol. 10, nº 3, p. 248-255
- Martin, R. (2009). The Design of Business: Why Design Thinking is the Next Competitive Advantage. Harvard Business Press.
- Martins, I. (2016). Moralidades e atos de fala em serviços de apoio emocional: modalidades laicas da confissão e do testemunho? ScieloBrasil, 1(2), 25. Scientific Electronic Library Online. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-85872016v36n2cap02>
- Martins, I. (2021). Prevenção do suicídio em serviços de apoio emocional: uma breve reflexão sobre a relação de ajuda. Revista Eletrônica de Ciências Sociais, 1(1), 15. CSONLINE. <https://doi.org/10.34019/1981-2140.2021.31642>
- Massa, R. (2021). O poder da empatia é fundamental para a saúde mental. Jornal da Manhã. Acessado a 14.07.2022 em <https://jmonline.com.br/saude/o-poder-da-empatia-e-fundamental-para-a-saude-mental-diz-psicologo-1.42574>
- Meadows, D. H., Meadows, D. L., & Randers, J. (1972). The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind. Universe Books.
- Mônica, H. S. (2023). Prevenção do suicídio no Brasil: quais ações estão sendo adotadas? Hospital Santa Mônica. Acessado a 01.01.2024 em <https://hospitalsantamonica.com.br/prevencao-do-suicidio-no-brasil-quais-aco-es-estao-sendo-adotadas/>
- Norman, D. A. & Verganti, R. (2012). Incremental and radical innovation: Design research versus technology and meaning change. Design Issues, 28(1), 72-78. [https://doi.org/10.1162/DESI\\_a\\_00122](https://doi.org/10.1162/DESI_a_00122)
- OMS (2021). Uma em cada cem mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. Brasil. Acessado a 28.03.2022 em <https://brasil.un.org/pt-br/132195-uma-em-cada-cem-mortes-ocorre-por-suic%C3%ADdio-revelam-estat%C3%ADsticas-da-oms>

OPAS (2022). OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção - OPAS/OMS. Acessado a 01.02.2023 em <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>

Palazzo, A., Bertelli, M., & Gaspari, J. (2024). A Systemic Review on the Adoption of Service Design Practices to Improve the Quality of User Experience and Organization in the Healthcare Environment. *Sustainability*, 16(13), 5595. <https://doi.org/10.3390/su16135595>

Pego, A. C. (2019). Os sistemas colaborativos na Educação: CICS.NOVA.UÉvora - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, pólo da Universidade de Évora. Acessado a 01.12.2023 em [http://revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento\\_sociedade/article/view/391/560](http://revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento_sociedade/article/view/391/560)

Pinheiro, T., & Alt, L. (2018). *Design Thinking Brasil: empatia, colaboração e experimentação para pessoas, negócios e sociedade*. Alta Books Editora.

Plattner, H., Meinel, C., & Leifer, L. (2016). *Design thinking: Understand – improve – apply*. Springer.

Pocobello, R., El Sehity, T., Negrognio, L., Minervini, C., Guida, M., Venerito, C. (2019). Comparison of a co-produced mental health service to traditional services: A co-produced mixed-methods cross-sectional study. *Int J Ment Health Nurs*. 2020 Jun;29(3):460-475. doi: 10.1111/inm.12681. Epub 2019 Dec 9. PMID: 31820569; PMCID: PMC7328716.

Publicação DICA 2023: dar a conhecer o trabalho das escolas e melhorar as políticas públicas de educação - Conselho Nacional de Educação. (2023). Acessado a 26.07.2024 em <https://www.cnedu.pt/pt/noticias/cne/2189-publicacao-dica-2023-dar-a-conhecer-o-trabalho-das-escolas-e-melhorar-as-politicas-publicas-de-educacao>

Reis, S. (2024). Acessado a 02.01.2025 em <https://g1.globo.com/saude/saude-mental/noticia/2024/09/10/setembro-amarelo-pais-de-jovem-que-deu-origem-a-campanha-contam-que-dor-nao-tem-fim-e-alertam-se-precisar-peca-ajuda.ghtml>

- Riess, H. (2015). The power of empathy in medicine. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 82(9), 563-567.
- Roche, P., Shimmin, C., Hickes, S., Khan, M., Sherzoi, O., Wicklund, E., Lavoie, J.G., Hardie, S., Wittmeier, K.D.M., Sibley, K.M. (2020). Valuing all voices: re ning a trauma-informed, intersectional and critical re exive framework for patient engagement in health research using a qualitative descriptive approach. *Research involvement and engagement* 6 (42). <https://doi.org/10.1186/s40900-020-00217-2>.
- Roennfeldt H, Wyder M, Byrne L, Hill N, Randall R, Hamilton B. (2021). Subjective Experiences of Mental Health Crisis Care in Emergency Departments: A Narrative Review of the Qualitative Literature. *Int J Environ Res Public Health*.;18(18):9650. doi: 10.3390/ijerph18189650. PMID: 34574574; PMCID: PMC8471743.
- Rohden, F. & Alzuguir, F. (2016). Desvendando sexos, produzindo gêneros e medicamentos: a promoção das descobertas científicas em torno da ocitocina. *Cadernos Pagu*, 48. <https://doi.org/10.1590/18094449201600480002>
- Rosen, A. & Holmes, D. 2023. Co-leadership to co-design in mental health-care ecosystems: what does it mean to us? *Leader. Health Serv.* 36 (1), 59–76. <https://doi.org/10.1108/LHS-06-2022-0065>.
- Rui Miguel Lopes, Glossário: da dopamina à serotonina, como o cérebro impacta a saúde mental. (n.d.). *Lusiadas Saúde*. Acessado a 10.08.2024 em <https://www.lusiadas.pt/blog/prevencao-estilo-vida/bem-estar/glossario-dopamina-serotonina-como-cerebro-impacta-saude>
- Sampaio, A. (2010). Neuroplasticidade, Depressão e Antidepressivos. *egoclinic*, 1(1), 2. Acessado a 11.03.2022 em <https://egoclinic.pt/PT/2010/03/neuroplasticidade-depressao-e-antidepressivos/>
- Sanders, E. & Stappers, P. (2008). Co-creation and the new landscapes of design. *CoDesign*, 4(1), 5–18. <https://doi.org/10.1080/15710880701875068>
- Sanders, E. & Stappers, P. (2014). *Convivial design toolbox: Generative research for the front end of design*. BIS Publishers.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Seabra, D. (2022). Um em cada cinco portugueses sofreram sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia. *Notícias U. Porto*. Acessado a 09.12.2024 em <https://noticias.up.pt/2022/01/13/um-em-cada-cinco-portugueses-sofreram-de-ansiedade-e-depressao-durante-a-pandemia/>

Setembro Amarelo. (s.d.). A campanha Setembro Amarelo® salva vidas! Acessado a 11.02.2025 em <https://www.setembroamarelo.com/>

Sigurðardóttir, S., Óskarsdóttir, M., Ingimarsson, O. & Islind, A. (2023). A novel approach in psychiatric healthcare: co-designing a digital platform. *Journal of Workplace Learning*. <https://doi.org/10.1108/jwl-11-2022-0149>.

Thorn, P., Hill, N., Lamblin, M., Teh, Z., Battersby-Coulter, R., Rice, S., Bendall, S., Gibson, K., Finlay, S., Blandon, R., De Souza, L., West, A., Cooksey, A., Sciglitano, J., Goodrich, S., Robinson, J. (2020). Developing a Suicide Prevention Social Media Campaign With Young People (The #Chatsafe Project): Co-Design Approach. *JMIR Ment Health*. 2020;7(5):17520. doi: [10.2196/17520](https://doi.org/10.2196/17520)

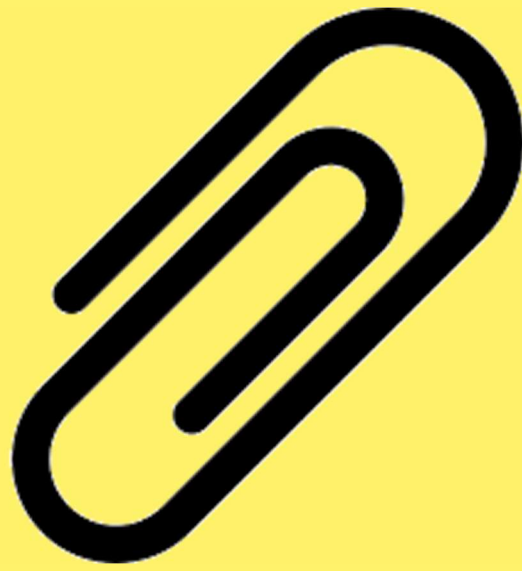
Tindall, R., Ferris, M., Townsend, M., Boschert, G. & Moylan, S. (2021), A first-hand experience of co-design in mental health service design: Opportunities, challenges, and lessons. *Int J Mental Health Nurs*, 30: 1693-1702. <https://doi.org/10.1111/inm.12925>

Tritter, J.Q., McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein, 2006/04/01/ *Health Pol.* 76 (2), 156–168. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.05.008>

Vamos falar sobre suicídio? Entenda o que é e quais são os sinais! (2022). Setembro Amarelo. Acessado a 17.03.2024 em <https://www.setembroamarelo.com/post/vamos-falar-sobre-suic%C3%ADdio-entenda-o-que-%C3%A9-e-quais-s%C3%A3o-os-sinais>

Varella, D. (2013). Ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada). Acessado a 04.01.2023 em <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/ansiedade-transtorno-de-ansiedade-generalizada/>

Veldmeijer, L., Terlouw, G., van 't Veer, J., van Os, J., & Boonstra, N. (2023). Design for mental health: can design promote human-centred diagnostics? *Design for Health*, 7(1), 25. Taylor and Francis online. Acesado a 24.08.2024 em <https://doi.org/10.1080/24735132.2023.2171223>.



**ANEXOS**

## ANEXO A – Declaração do curso de Psicopedagogia Clínica e Institucional

**DGES** Direção-Geral do Ensino Superior  
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

### DECLARAÇÃO

A pedido de **Márcia de Fátima Cavalcanti Silveira**, declara-se que o curso de *Psicopedagogia Clínica e Institucional*, conferente do título de Pós-Graduação *Lato Sensu*, de que é titular, ministrado pelo(a) *Centro Universitário Leonardo da Vinci*, é de nível superior na estrutura do sistema educativo do(a) Brasil.

Mais se informa, que o(a) *Centro Universitário Leonardo da Vinci*, é uma instituição de ensino superior reconhecida pelas autoridades competentes daquele País.

Direção-Geral do Ensino Superior, 2 de maio de 2018

  
Ana Mateus

A Coordenadora do NARIC



NARIC/464/2018

**NOTA:** A presente declaração atesta somente o nível de curso/estatuto da instituição de ensino superior estrangeira, não substituindo o certificado de equivalência/reconhecimento conferido por uma instituição de ensino superior portuguesa, ou qualquer outra forma de reconhecimento de grau académico previsto na legislação em vigor.

Av. Duque D'Ávila, 137 1069-016 LISBOA PORTUGAL  
t +351 213126000 f +351 213126020 w www.dges.mctes.pt