



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA**

**Monografia**

**Potencialidades da terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em  
adolescentes no Bairro George Dimitrov, Distrito Municipal Kamubukwana,  
Cidade de Maputo**

Ana da Rocha Faz Bem Iaia

Maputo, Fevereiro de 2026



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA**

**Monografia**

**Potencialidades da terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em  
adolescentes no Bairro George Dimitrov, Distrito Municipal Kamubukwana,  
Cidade de Maputo**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação como  
requisito final para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária

**Estudante**

Ana da Rocha Faz Bem Iaia

**Supervisor**

Etelvino Mutatisse

Maputo, Fevereiro de 2026

### **Declaração de Originalidade do Projecto**

Esta Monografia foi julgada suficiente como um dos requisitos para obtenção de grau de Licenciatura em Psicologia Social e comunitária e aprovada na sua forma final pelo curso de Licenciatura em Psicologia, Departamento de Psicologia da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane.

Director do Curso

---

(dr. Rui João)

Presidente do Júri

---

Oponente

---

Supervisor

---

(Etelvino Mutatisse)

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar expresso gratidão a Deus pela vida e por tudo o que tem possibilitado na minha caminhada, especialmente por esta grande realização.

Ao meu pai Fazbem Avelino, que me apoiou desde o início sempre acreditando em mim e incentivando-me a prosseguir com os estudos.

A minha mãe, Célia Pelembe cujos cuidados e orientação foram fundamentais para o meu crescimento e para que a minha vida tomasse o rumo que me conduziu até esta conquista.

Aos meus avós João Avelino e Rute Mavule, por todo o apoio que sempre me prestaram.

Ao meu namorado Edson Deve, pelo apoio incondicional e ter sido uma das figuras-chave para esta conquista.

Aos meus tios Omar Mahoze e Daniel Mabunda, pela assistência e disponibilidade em apoiar-me sempre que necessário.

Aos meus irmãos, Glória Ribeiro, Gabriel Simone e Abiba Faz Bem, pelo incansável apoio moral em todas as fases deste processo de formação.

Ao meu supervisor, Etelvino Mutatisse pela abertura, paciência, apoio e cuidado incondicional que me ofereceu durante a elaboração deste trabalho.

A todos os meus docentes, que contribuíram para tornar essa realização possível, ensinando-me e inspirando-me.

Aos meus melhores amigos, Jeff Quetxoio e Cardoso Bahule pelo apoio e companheirismo incondicionais.

Aos meus colegas e companheiros de academia, especialmente o meu grupo de estudos intitulado Quénia: Júlia Langa, Judite Give, Milânia Site e Rosita Site.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

## **Dedicatória**

Aos meus irmãos Hagy Faz Bem, Fátima Faz Bem e Hagira Faz Bem, por quem tanto me tenho esforçado.

## **Declaração de Honra**

Declaro, por minha honra, que esta Monografia nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau acadêmico e que a mesma constitui o resultado do meu labor individual, estando devidamente indicadas, ao longo do texto e nas referências bibliográficas, todas as fontes utilizadas.

Assinatura

---

(Ana da Rocha Faz Bem Iaia)

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**APA:** Associação Americana de Psiquiatria

**DSM-V:** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

**ECA:** Estatuto da Criança e Adolescente

**FACED:** Faculdade de Educação

**FE:** Fobia Específica

**HAM-A:** Escala de Ansiedade de Hamilton

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**TAG:** Transtorno de Ansiedade Generalizada

**TCCG:** Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo

**UEM:** Universidade Eduardo Mondlane

## **Índice de tabelas**

|               |    |
|---------------|----|
| Tabela 1..... | 8  |
| Tabela 2..... | 20 |
| Tabela 3..... | 21 |
| Tabela 4..... | 23 |

**Resumo**

A ansiedade pode tornar-se prejudicial quando atinge níveis elevados, afectando de forma significativa a vida do indivíduo. Nos adolescentes, esta condição pode comprometer o bem-estar psicológico, bem como o funcionamento físico e social. O presente estudo tem como objectivo analisar as potencialidades da terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes. A investigação adoptou uma abordagem mista e recorreu ao método de investigação científica, contando com a participação de cinco adolescentes seleccionados de forma intencional. A Escala de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) foi utilizada como instrumento de avaliação, sendo aplicada antes e depois das intervenções terapêuticas. A terapia de grupo foi utilizada como estratégia central, com vista à redução dos níveis de ansiedade nos participantes. Os dados obtidos evidenciam alterações positivas, com melhorias notáveis nos aspectos emocionais e sociais. Para além da inteligência emocional, observou-se um reforço da auto-estima, o desenvolvimento de habilidades sociais e uma diminuição do stresse e da ansiedade. Com base nos resultados alcançados, o estudo destaca a relevância da terapia de grupo como uma abordagem eficaz e viável, recomendando a sua aplicação em contextos escolares e comunitários como forma de promoção da saúde mental dos adolescentes.

**Palavras-chave:** Adolescência. Ansiedade. Terapia Grupal

**Abstract**

Anxiety can become harmful when it reaches high levels, significantly affecting an individual's life. In adolescents, this condition may impair psychological well-being as well as physical and social functioning. The present study aims to analyse the potential of group therapy in reducing anxiety levels among adolescents. The research followed a mixed-methods approach and employed an scientific research method involving five adolescents who were intentionally selected. The Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) was used as the assessment tool, applied before and after the therapeutic interventions. Group therapy was used as the main strategy to reduce anxiety levels in the participants. The collected data revealed positive changes, with notable improvements in emotional and social aspects. Beyond emotional intelligence, there was an increase in self-esteem, development of social skills, and a reduction in stress and anxiety levels. Based on the results obtained, the study highlights the relevance of group therapy as an effective and viable approach, recommending its application in school and community contexts as a means of promoting adolescent mental health.

**Keywords:** Adolescence. Anxiety. Group Therapy

## Índice

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CAPITULO I – ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS.....                                           | 1  |
| 1.1.Contextualização.....                                                           | 1  |
| 1.2.Formulação do problema .....                                                    | 2  |
| 1.3.Objectivos.....                                                                 | 3  |
| 1.4.Perguntas de Pesquisa .....                                                     | 3  |
| 1.5.Justificativa do estudo .....                                                   | 4  |
| CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA .....                                            | 5  |
| 2.1. Adolescência (conceito e características).....                                 | 5  |
| 2.2. Ansiedade na adolescência (conceito, causas, tipos e impacto) .....            | 6  |
| 2.3.Terapia de grupo (conceito, evolução histórica e modalidades de aplicação)..... | 11 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGIA .....                                                     | 14 |
| 3.1. Descrição do local da pesquisa .....                                           | 14 |
| 3.2.Tipo de pesquisa .....                                                          | 14 |
| 3.3.Participantes do estudo.....                                                    | 15 |
| 3.4.Instrumentos e técnicas de recolha de dados .....                               | 16 |
| 3.5.Procedimentos de colecta e análise de dados .....                               | 18 |
| 3.6.Procedimentos éticos da pesquisa.....                                           | 19 |
| 3.7.Limitações da pesquisa.....                                                     | 19 |
| CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS .....                       | 20 |
| 4.1 Apresentação dos dados .....                                                    | 20 |
| 4.2.Discussão e Análise dos dados .....                                             | 32 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....                                        | 36 |
| 5.1. Conclusões.....                                                                | 36 |
| 5.2.Recomendações .....                                                             | 37 |
| Referências Bibliográficas .....                                                    | 38 |
| Apêndices (Instrumentos de recolha de dados) .....                                  | 42 |

## **CAPITULO I – ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS**

---

### **1.1.Contextualização**

A adolescência é uma fase de descobertas e de busca pela autonomia, envolvendo decisões, emoções e acções. Segundo Papalia (2013), a adolescência constitui uma transição no desenvolvimento que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais, assumindo formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e económicos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), um em cada cinco adolescentes sofre de problemas relacionados com a saúde mental. Assim, os transtornos de ansiedade estão entre as psicopatologias mais frequentes na infância e na adolescência, com uma prevalência que pode variar de 6 a 20% neste público (Dumas, 2011; Ribeiro & Poço, 2007).

Davidoff (2001), descreve a ansiedade “como uma emoção caracterizada por sentimentos de antecipação de perigo, tensão e sofrimento e por tendências de esquiva e fuga”. Enquanto resposta natural do ser humano ao meio em que vive, a ansiedade é experimentada por todas as pessoas. Nesta perspectiva, durante a adolescência os transtornos de ansiedade podem influenciar o bem-estar psicológico e emocional, assim como comprometer aspectos físicos, o humor, o pensamento, a atenção e a concentração. Embora os sintomas possam variar de um indivíduo para o outro, as manifestações periféricas de ansiedade podem incluir: diarreia, suor excessivo, vertigem, perda dos sentidos, tremores, irritação gástrica, alteração na frequência urinária, palpitações, agitação, dentre outros (Herdman, 2015; Sadock, 2007). Assim sendo, para o tratamento da ansiedade, a psicoterapia pode ser realizada na modalidade de grupo. A terapia de grupo é uma técnica que, através da interacção entre os participantes, visa intervir nos pensamentos e comportamentos disfuncionais, cabendo ao psicólogo papel de actuar como mediador do processo (Lobo et al., 2012).

A escolha do tema surge da necessidade de compreender e intervir sobre um problema cada vez mais presente na realidade dos adolescentes: a ansiedade. Durante a formação académica e vivências pessoais, observou-se que muitos jovens enfrentam dificuldades emocionais que afectam o seu bem-estar psicológico, relações sociais e desempenho escolar.

Outro factor motivador foi a escassez de estudos locais sobre a temática, sobretudo no contexto moçambicano, o que reforça a importância de produzir conhecimento científico que contribua para a Psicologia Social e Comunitária no país.

Este estudo está estruturado em seis capítulos. O Capítulo I abrange a introdução, incluindo a formulação do problema, os objectivos gerais e específicos, as perguntas de pesquisa e a justificativa do estudo. O Capítulo II trata da revisão da literatura, abordando conceitos fundamentais, o impacto da ansiedade na adolescência, o historial da terapia de grupo e as modalidades da sua aplicação. O Capítulo III detalha a metodologia, incluindo a descrição do local de estudo, abordagem metodológica, amostragem, técnica de colecta e análise de dados, bem como questões éticas e limitações do estudo. O Capítulo IV apresenta e discute os dados recolhidos. Por fim, O Capítulo V compreende as conclusões, recomendações, referências bibliográficas e anexos.

## **1.2. Formulação do problema**

Qualquer indivíduo, mas com foco particular no adolescente, ao experienciar preocupações constantes, angústia persistente e incapacidade de controlar o medo, mesmo sem, por vezes, identificar a causa de mal-estar, podem estar a manifestar sinais de ansiedade trata-se de um medo excessivo e duradouro, que afecta significativamente a qualidade de vida.

A ansiedade é um estado de excitação do sistema nervoso, um sentimento livre e impertinente de apavoramento, uma preocupação caracterizada por um sentimento impreciso e inoportuno de pavor, uma preocupação alimentada por uma mistura de informações confusas, pensamentos negativos e, até mesmo, uma precipitação de tarefas, o que culmina numa sensação intensa de angústia. Trata-se de um sintoma marcadamente psicológico, (Park SC e Kim YK, 2020).

Para o tratamento dessa ansiedade, podem ser utilizadas diversas ferramentas, e possui-se, como exemplo a terapia de grupo que é vista como uma técnica que, através da interacção entre os participantes do grupo, visa intervir em pensamentos e comportamentos disfuncionais, tendo o psicólogo o papel de mediador do processo. Pode, portanto, constituir-se como uma estratégia eficaz para atender a um maior número de pacientes num menor número de sessões apresentando uma melhor relação custo-benefício ” (Lobo et al., 2012, p. 117).

No que concerne à adolescência, esta é uma fase particularmente vulnerável a diversos problemas de saúde mental, incluindo a ansiedade. Estudos apontam que a psicoterapia de grupo é eficaz na maior verbalização por parte dos pacientes, na identificação de sintomas e

na orientação de tratamento. Em termos estatísticos, os transtornos de ansiedade apresentam elevada prevalência. Relativamente ao público adolescente, estima-se que metade das doenças mentais se inicia por volta dos 14 anos de idade, sendo muitas vezes, não diagnosticados nem tratados, apesar da grande presença de comorbidades (OMS, 2022)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), um em cada cinco adolescentes sofre de problemas relacionados com a saúde mental. Entre estes, os transtornos de ansiedade estão entre as psicopatologias mais frequentes da infância e da adolescência, com uma prevalência que pode variar de 6 a 20% deste público (Dumas, 2011; Ribeiro; Poço, 2007).

Nesta senda, durante as práticas psicológicas foi possível observar que muitos adolescentes manifestam estas tendências. Foram promovidas dinâmicas de apresentação e integração em grupo, bem como a introdução de técnicas para auxiliar na redução dos sintomas ansiosos, o que, de certo modo contribuiu para o alívio do sofrimento emocional dos adolescentes. É, pois nesta perspectiva que se levanta a seguinte questão de partida: **Que potencialidades apresenta a terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes?**

### **1.3.Objectivos**

#### **Geral:**

- Analisar as potencialidades da terapia de grupo na redução de níveis de ansiedade em adolescentes.

#### **Específicos:**

- Aferir os níveis de ansiedade em adolescentes com sinais ansiosos;
- Descrever o impacto do desenvolvimento da ansiedade na vida dos adolescentes;
- Apresentar as potencialidades da terapia de grupo na redução de níveis de ansiedade em adolescentes.

### **1.4.Perguntas de Pesquisa**

Tendo em vista o alcance dos objectivos a que o presente trabalho se propõe, procura-se dar resposta às seguintes questões?

- Que níveis de ansiedade os adolescentes com sinais ansiosos apresentam?
- Qual é o impacto do desenvolvimento da ansiedade na vida dos adolescentes?

- Que potencialidades a terapia de grupo detêm para a redução dos níveis de ansiedade em adolescentes?

### **1.5. Justificativa do estudo**

O interesse pelo presente estudo surgiu a partir das experiências da investigadora com temas curriculares durante a licenciatura, bem como da convivência com pessoas próximas que apresentavam níveis elevados de ansiedade. Essas vivências circunstanciais despertaram a necessidade de compreender os factores associados à ansiedade, não apenas enquanto fenómeno que afecta o quotidiano dos adolescentes, mas também como uma oportunidade para discutir, com os próprios adolescentes, estratégias que possam contribuir para a redução dos seus níveis de ansiedade.

Dessa forma, este estudo representa, para a investigadora, um processo de crescimento pessoal e académico, promovendo o desenvolvimento da experiência prática, a aquisição de novos conhecimentos e aprimoramento do espírito investigativo.

No campo Psicologia Social, observa-se que a literatura disponível sobre esta temática é, em grande parte, de origem estrangeira. Face a esta realidade, o presente trabalho pretende contribuir cientificamente para a Psicologia Social e Comunitária em Moçambique, bem como para comunidade académica em geral. Assim, oferece subsídios importantes para a produção de conhecimento sobre a ansiedade e a sua relação com a terapia de grupo.

O estudo também contribui para a sensibilização da comunidade sobre a importância da saúde mental na adolescência, ajudando a reduzir o estigma associado à ansiedade e incentivando a procura por apoio psicológico. Ao trazer evidências sobre os efeitos da ansiedade no quotidiano dos jovens, promove-se uma maior compreensão por parte de famílias, escola e sociedade em geral.

Neste sentido, o presente estudo assume-se como um recurso valioso e fonte de consulta para profissionais da área, em especial psicólogos que trabalham com adolescentes. Não obstante, a pesquisa fornece subsídios que podem auxiliar na luta pela redução de níveis de ansiedade nos adolescentes, aspecto crucial para o desenvolvimento social e emocional.

Uma compreensão mais abrangente desta problemática poderá contribuir para uma avaliação mais precisa dos problemas de ansiedade entre adolescentes, bem como para a tomada de decisão mais informada no que respeita estratégias de intervenção psicológica.

## CAPÍTULO II: REVISÃO DA LITERATURA

---

De acordo com Noronha e Ferreira (2000), a revisão da literatura é a etapa do trabalho em que se reúnem as fontes da pesquisa que vão fornecer o suporte teórico do problema a ser investigado.

No presente capítulo foi feito o enquadramento teórico da pesquisa em função das principais variáveis que compõem a pesquisa. A revisão da literatura para pesquisa inclui as definições dos principais conceitos, a discussão teórica dos conteúdos inerentes à ansiedade em adolescentes.

### **2.1. Adolescência (conceito e características)**

A adolescência é um período em que muitos jovens procuram desenvolver o autoconceito e sua autoestima. Esta etapa pode ser considerada um momento de múltiplas aprendizagens a respeito de conceitos morais e sociais, ainda que as experiências vivenciadas sejam reguladas por limites. Trata-se de uma fase natural do desenvolvimento humano, bem como um fenómeno social, histórico e cultural. Assim, a adolescência é um processo marcado por diversas transformações biológicas, psicológicas e sociais, sendo frequentes as dúvidas, os medos, a busca pela construção de uma identidade, a inserção em grupos de convívio social, bem como as oscilações de humor e os conflitos com os membros da família. (Oliveira; Hanke, 2017).

De acordo com a (OMS, 2009), a adolescência com base em parâmetros cronológicos de desenvolvimento, estende-se dos 10 aos 19 anos, distinguindo-se entre a fase inicial (10 a 14 anos) e a fase final (15 a 19 anos). Este período é caracterizado por mudanças físicas, cognitivas, emocionais e psicossociais, sendo influenciado por factores sociais, como classe socioeconómica, percurso escolar, convívio familiar e com os pares (Papalia e Martorell, 2021).

A adolescência não se configura como uma etapa do desenvolvimento exclusivamente biológica. Pelo contrário, é uma construção social oriunda da pós-modernidade. Dessa forma, não se inicia num marco específico, abrangendo transformações de natureza multidimensionais (Papalia e Martorell, 2021).

Segundo Papalia & Fieldman (2013), a fase que marca o início da adolescência é denominada puberdade, momento em que ocorrem transformações significativas no organismo: observa-se alterações biológicas e fisiológicas, associadas ao amadurecimento

do corpo e sua capacidade de reprodução. Neste período, também começa a integração da sexualidade, bem como uma separação progressiva em relação os pais. É ainda comum uma tendência crescente para a identificação com o grupo de pares, alterações de humor frequentes e condutas influenciadas pelo grupo, que podem representar desafios do ponto de vista psicológico. Assim, o cuidado com a saúde mental dos adolescentes é de extrema importância no âmbito da psicologia, uma vez que, como discorre Grolli (2017), a vulnerabilidade emocional característica desta fase constitui um factor propício ao surgimento de sinais associados a ansiedade.

## 2.2. Ansiedade na adolescência (conceito, causas, tipos e impacto)

- **Conceito e causas**

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) no DSM-V classifica a ansiedade como algo que está atrelado a perigos imaginários, que se manifesta por meio de sintomas fisiológicos e psíquicos, que podem ocorrer em episódios esporádicos ou persistentes (APA, 2014).

A ansiedade manifesta-se através de sintomas fisiológicos, como a sudorese, insónia, taquicardia, sensação de desmaio ou de morte iminente, entre outros. No entanto, os seus sinais vão além do fisiológico, como salienta Oliveira (2011):

*[...] preocupam-se desproporcionalmente com o futuro e cometem vários erros do pensamento, como a catastrofização, por exemplo, por ter dificuldade em raciocinar com base na realidade. As suas interpretações dos eventos assumem grandes proporções, exagerando os efeitos, enfatizando os aspectos negativos e ignorando os positivos. Por essa razão, são pessoas que têm dificuldades para tomar decisões, para solucionar problemas, para mudanças.*

Neste sentido, a ansiedade pode ser compreendida como um estado de antecipação de perigos ou acontecimentos futuros desfavoráveis, acompanhado por um sentimento de preocupação, desconforto, ou sintomas somáticos de tensão.

Considera-se patológica quando provoca sofrimento significativo ou prejuízo funcional importante, incluindo manifestações somáticas e psíquicas.

De acordo com Silva Filho e da Silva (2013), os transtornos de ansiedade apresentam etiologia multifactorial, destacando-se, de forma didáctica, os factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e ambientais.

No que concerne aos factores genéticos, não há evidência conclusiva da existência de um gene específico relacionado à ansiedade, mas há indícios de que as contribuições de

diversos genes parecem se somar para determinar uma vulnerabilidade biológica para o desenvolvimento de um transtorno ansioso, (Silva Filho e da Silva, 2013).

Há três aspectos principais entre os factores neurobiológicos: neuroanatômicos, neuroquímicos e neuroendócrinos. Neuroanatomicamente, alterações funcionais nas regiões cerebrais que modulam emoções e medo parecem implicadas na etiologia dos transtornos de ansiedade, principalmente: amígdala (condicionamento e resposta ao medo), hipocampo (processamento do contexto) e córtex pré-frontal (modulação do medo e suas respostas de extinção). No aspecto neuro-químico, os neurotransmissores, ácido gama-aminobutírico (GABA), noradrenalina e serotonina tem-se revelado envolvidos na regulação da ansiedade, exercendo actividade no sistema límbico. Em relação ao aspecto neuro-endócrino, as anormalidades no funcionamento e activação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, componente fundamental na resposta normal e fisiológica ao stress, em alguns transtornos de ansiedade.

Segundo Bowlby (1982), citado por Silva, F. e da Silva (2013), entre os factores psicológicos, prevalecem dois modelos explicativos da ansiedade, a partir de conceitos cognitivo-comportamentais e psicodinâmicos. No primeiro, é postula-se que adolescentes ansiosos tendem a avaliar situações ambíguas como ameaçadoras, preferindo evitá-las. Tal comportamento teria origem ainda na infância, período em que surgem as primeiras cognições disfuncionais.

Por sua vez, os aspectos psicodinâmicos propõem que os sintomas ansiosos reflectem e são decorrentes da existência de um conflito inconsciente e da tentativa do sujeito em organizar mecanismos de defesa para lidar com esse conflito. Entendendo-se o vínculo como meio pelo qual a criança procura assegurar protecção e segurança no mundo, esse conflito teria origem em transtornos de vínculos afectivos formados na infância, entre pais e filhos.

Quanto aos factores ambientais, definem-se as situações psicossociais e stressantes vividos pelo adolescente ao longo de sua vida, como relacionamentos interpessoais, doenças anteriores e hospitalizações, violências e abusos, uso/abstinência de drogas, entre outros.

Nas análises sobre os factores relacionados às causas dos transtornos de ansiedade, verifica-se que os factores de risco mais abrangentes estão associados ao género. Estudos apontam que indivíduos do sexo feminino são mais acometidos pela ansiedade, apresentando maior propensão e alterações de humor e reacções ao stress. Os traumas também constituem um factor relevante, nomeadamente os abusos sofridos na infância e a vivência de acontecimentos traumáticos.

Doenças e comorbidades podem ainda indicar a presença do transtorno, como é o caso do cancro, uma das doenças afecções que mais preocupa a população actual. A personalidade, caracterizada por traços de tensão, preocupação constante, bem como a presença de outros transtornos concomitantes, também contribui para a manifestação da ansiedade. Finalmente, factores genéticos e o consumo de substâncias psicoactivas podem conduzir ao desenvolvimento ou agravamento da ansiedade, aumentando os riscos, a severidade e a prevalência da condição. (Craske, Stein, e Hermann, 2014).

Deste modo, existem diversas complicações associadas ao transtorno de ansiedade, as quais influenciam negativamente as condições de vida do indivíduo que sofre diariamente com essa perturbação.

- **Tipos de ansiedade**

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais descreve diversos tipos de Transtornos de Ansiedade, como o Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Selectivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, entre outros. Estes transtornos partilham características comuns, como o medo e a ansiedade exacerbados, além de alterações comportamentais associados. Ainda de acordo com o manual supracitado, embora apresentem sintomas semelhantes, os diferentes tipos de ansiedade distinguem-se pela natureza das situações desencadeadoras, bem como pelo conteúdo dos pensamentos e crenças envolvidas em cada caso (APA, 2014). TAG, TAS e FE são os mais prevalentes na adolescência. Apesar da existência de diagnósticos nosológicos distintos para as síndromes ansiosas, é frequente a ocorrência de comorbidades, levando a que muitas das suas características se sobreponham.

**Tabela 1: Classificação dos Transtornos de Ansiedade a partir dos critérios do DSM-V**

|                                      |                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Transtorno de ansiedade de separação |                                                                                                                                                                             |
| Fobias Específicas:                  | F40.228 – Ambiente Natural<br>(.) – Sangue-injecção-ferimentos<br>F40.230 – Medo de sangue<br>F40.231 – Medo de injeções e transfusões<br>F40.232 – Medo de outros cuidados |

|                                                        |                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                        | médicos<br>F40.233 – Medo de Ferimentos<br>F40.248 – Situacional<br>F40.298 – Outro                             |
| F40.10-Transtornos de ansiedade social (fobia social): | F41.1- Transtorno de ansiedade generalizada<br>(.)-Transtorno de ansiedade induzido por substância/ medicamento |

Fonte: Dados obtidos do Manual DSM-V e tabela construída pelo autor deste estudo.

#### *Transtorno de ansiedade de separação*

Crianças pequenas experimentam ansiedade quando separadas de seus pais, principalmente se em ambientes estranhos. Essas manifestações tendem a reduzir-se em sua frequência por volta dos cinco anos. Quando crianças mais velhas e adolescentes mantêm esse padrão de comportamento ou apresentam juízo funcional devido a ele, observa-se o Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) que está entre os quadros psíquicos mais comuns na infância e na adolescência, tendo relação de comorbidade com outros transtornos ansiosos e reação prognóstica com o transtorno de pânico na idade adulta. Os sintomas variam consoante a fase de desenvolvimento dos pacientes, sendo frequentes os sintomas somáticos e a recusa escolar em casos mais graves. Verifica-se um apego excessivo aos pais, ou outros cuidadores, e a criação de estratégias para se assegurarem continuamente do bem-estar dessas figuras, (APA, 2014).

#### *Fobia Específica (FE)*

Define-se fobia como um medo excessivo e irracional, que provoca evitações conscientes e prejuízo em alguma esfera do desenvolvimento; tal como o medo, é dirigida a um objecto, circunstância ou situação específicos. As FE são acompanhadas por três classes de respostas: cognitiva (pensamentos de terror iminente e ideias negativas antecipatórias), fisiológica (ativação do sistema nervoso simpático) e comportamental (esquiva e evitação do estímulo temido). É mais comum do que a fobia social e tem maior incidência em meninas. Quanto mais precoce for o seu aparecimento, melhor é prognóstico. Deve-se investigar comorbidades sempre que não se observe uma redução dos sintomas com o avançar da idade (APA, 2014).

#### *Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)*

O TAG tem início geralmente na infância e manifesta-se como uma preocupação excessiva, com prejuízo funcional em varias áreas, como competência, desempenho, segurança pessoal, interações sociais, eventos futuros e passados, associados à irritabilidade crónica. Os adolescentes tendem a ser conformistas, inseguros e perfeccionistas, demonstrando elevado zelo e constante busca por aprovação. A preocupação é difícil de ser controlada e associa-se a sintomas somáticos, sendo os mais frequentes: cefaleia, náuseas e vômitos, taquicardia, sudorese, parestesias e dor muscular<sup>5</sup>. Essa presença de queixas somáticas, em adolescentes, é marcante no TAG e constitui um motivo comum para visitas e serviços de urgência. Inadvertidamente, a necessidade ansiosa em cumprir prazos, seguir regras e prevenir danos pode levar a atribuição de rótulos de “maturidade precoce” a adolescentes com TAG. O transtorno é mais comum em raparigas e encontra-se frequentemente em comorbilidade com outros distúrbios psiquiátricos, nomeadamente do espectro ansioso, depressivo (depressão e distímia), além de estar associado ao uso de substâncias e à ideação suicida. (APA, 2014).

- **Impacto da ansiedade na adolescência**

Os transtornos de ansiedade na adolescência são considerados patológicos, provocando comprometimento e agravamento no cotidiano de muitos jovens, ao causar problemas físicos e psicológicos. Quando o transtorno surge no início da infância ou durante a adolescência e não é devidamente tratado, há uma grande possibilidade de agravamento da condição mórbida ao longo prazo da vida do indivíduo (Asbahr, 2004). Deste modo, O TAG provoca um misto de sentimentos e emoções indesejáveis, levando um indivíduo a ter preocupações excessivas e pensamento obsessivos, o que aumenta os níveis de ansiedade e afecta todas as áreas de sua vida.

Neste sentido, a ansiedade é considerada um sinal ou sintoma que interfere negativamente na vida dos adolescentes, afectando o humor e o afecto, e provocando sofrimento que reduz a frequência e qualidade das relações sociais, independentemente do nível socioeconómico, intelectual ou cultural. Assim, é comum encontrarmos adolescentes com níveis elevados de ansiedade, o que perturba a concentração e a memória, conduzindo a dificuldades que comprometem a qualidade de vida.

O medo da morte pode ser um dos factores que alimentam a angústia existencial em alguns adolescentes, revelando níveis de ansiedade que desestruturam comportamento e podem dar origem ao desenvolvimento de fobia social (Rocha et al., 2022).

Percebe-se que o período da adolescência é marcado por uma série de mudanças que afectam a sua saúde mental, marcado por uma série de preocupações, como o futuro, o que gera sentimentos de incapacidade e favorece o desenvolvimento dos transtornos de ansiedade, resultando em diversas sequelas e consequências para o desenvolvimento dos jovens, (Pasini et al., 2020).

Assim, para o tratamento dessa ansiedade pode ser usada a terapia em grupo.

### **2.3.Terapia de grupo (conceito, evolução histórica e modalidades de aplicação)**

- **Conceito e evolução histórica**

A terapia de grupo é entendida como uma técnica que, através da interacção entre os participantes, visa intervir nos pensamentos e comportamentos disfuncionais. O psicólogo tem o papel de actuar como mediador do processo, podendo, assim, constituir um meio eficaz de atender um maior número de pacientes em menor número de sessões, apresentando uma melhor relação custo-benefício (Lobo et al., 2012).

A psicoterapia de grupo é um processo dinâmico no qual o todo (o grupo) facilita a transformação individual por meio de interacções complexas e significativas entre os seus membros.

- **Evolução histórica**

A psicoterapia de grupo apresenta algumas divergências quanto ao seu marco inaugural, conforme referem Bechelli & Santos (2004). Nos Estados Unidos, considera-se que esse modelo surgiu a partir dos trabalhos de Joseph H. Pratt, em 1905, com o objectivo de proporcionar aos pacientes meios para cuidarem melhor de si próprios e manterem os cuidados relacionados com as suas doenças.

Posteriormente, este processo evoluiu, destacando-se em 1920 o trabalho de Lazell, que descreveu a sua abordagem com grupos numa perspectiva psicanalítica. Entre 1909 e 1912, Marsh realizou trabalhos com pacientes neuróticos, enquanto Burrow interveio com grupos de não psicóticos. Na Roménia, entre 1910 e 1914, Moreno desenvolveu grupos de discussão e auto-ajuda com crianças e mulheres em situação de prostituição. Ao mesmo tempo, em Viena, Adler formou grupos com pais e filhos. Na Áustria e Rússia, psiquiatras aplicavam técnicas de Terapia Colectiva (Bechelli & Santos, 2004).

De acordo com os mesmos autores, na década de 1940, após a Segunda Guerra Mundial, a procura por psicoterapia aumentou significativamente. Face à escassez de psicoterapeutas, uma das formas de responder à elevada procura foi através da psicoterapia de grupo.

Constata-se, com base em Bechelli & Santos (2004), que o início da psicoterapia de grupo foi marcado predominantemente por uma abordagem psicanalítica, expandindo-se com o tempo a outras abordagens teóricas, o que contribuiu para o crescimento da literatura científica sobre o tema.

Yalom & Leszcz (2006) defendem que, embora ainda exista alguma resistência a este modelo de intervenção, a sua eficácia já se encontra comprovada. Segundo os autores, a psicoterapia de grupo apresenta efeitos tão ou mais abrangentes do que a psicoterapia individual.

- **Modalidades de aplicação**

A terapia de grupo constitui um sistema que permite a aplicação de técnicas específicas com o objectivo de alcançar resultados concretos, sobretudo no que se refere à remissão de sintomas. A homogeneidade na composição dos grupos é um dos principais diferenciais desta abordagem, quando comparada a outras modalidades grupais de intervenção (Neufeld; Moreira; Xavier, 2012).

Entre as modalidades grupais mais comuns em terapia de grupo encontram-se os Grupos Terapêuticos, que visam intervenções estruturadas em sintomas específicos, tendo como objectivos o apoio, a psicoeducação, a prevenção de recaídas e a orientação para mudanças comportamentais (Bourguignon; Guimarães; Siqueira, 2010; Neufeld, 2011).

Nestes grupos terapêuticos, é necessária uma frequência mínima semanal, com sessões com duração entre 60 e 120 minutos, totalizando entre 12 e 20 sessões (Heldt, 2006; Viana, 2012). A média de participantes deve rondar um máximo de 12 elementos, e o espaço físico deve ser apropriado para acomodar o grupo, que se reúne com base numa tarefa e num objectivo comum (Rangé & Souza, 2008).

Inicialmente, o terapeuta elabora um plano e protocolos para o grupo, tendo em consideração a influência dos conceitos teóricos e a estrutura das sessões, criando tarefas que articulem os objectivos e favoreçam a progressão do programa (Neufeld, 2011).

As sessões iniciais focam-se na compreensão cognitiva do medo e na aprendizagem de técnicas para lidar com a ansiedade. Em seguida, trabalha-se a identificação de pensamentos automáticos, promovendo a avaliação das evidências que sustentam ou refutam interpretações catastróficas. A exposição interoceptiva é realizada por meio da simulação de sintomas físicos e é praticada durante a fase intermédia do tratamento (Heldt et al., 2008).

Ao longo das sessões, são fornecidas informações sobre a natureza do transtorno, realiza-se exposição interoceptiva e in vivo, promove-se a reestruturação cognitiva e o treino de competências para lidar com a ansiedade. O tratamento tem uma duração de quatro meses, com um total de doze sessões. Utilizam-se exercícios que provocam sintomas semelhantes aos de um ataque de pânico, como aumento da frequência cardíaca, tonturas e dispneia. Após cada exposição interoceptiva, os pacientes identificam o grau de ansiedade sentido e comparam com os sintomas de um ataque de pânico. Na exposição naturalística, as sensações são evocadas de forma espontânea, como, por exemplo, ao subir escadas (Heldt et al., 2008).

Na fase final do tratamento, inicia-se a exposição in vivo de forma gradual. Os pacientes elaboram uma lista hierarquizada de situações, começando pelas de menor grau de dificuldade. As sessões subsequentes centram-se na revisão dessas exposições, aumentando progressivamente o nível de dificuldade. As últimas sessões preocupam-se com a prevenção de recaídas que possam ocorrer após o término do tratamento (Heldt et al., 2008).

A presente pesquisa, que objectiva Analisar as potencialidades da terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes, usou-se diversas metodologias descritas nos itens abaixo como caminhos para obter dados.

*Methodos* significa organização, e logos, estudo sistemático, pesquisa, investigação, ou seja, metodologia e o estudo da organização dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo, ou para se fazer ciência. Etimologicamente significa o estudo dos caminhos, dos *Methodos* significa organização de instrumentos utilizados para fazer uma pesquisa científica (Fonseca 2002)

### **3.1. Descrição do local da pesquisa**

O estudo foi realizado no Bairro George Dimitrov, no Distrito Municipal Kamubukwana, na Cidade de Maputo. O Bairro George Dimitrov (popularmente conhecido como benfica) faz fronteira com o Bairro de Bagamoio e Malhazine.

### **3.2. Tipo de pesquisa**

De forma geral, o estudo segue uma abordagem mista, com maior predominância qualitativa, de natureza exploratória e com o procedimento de pesquisa-acção. Recorreu-se à abordagem qualitativa por permitir captar dados não mensuráveis que se alinham com os objectivos definidos, ou seja, apreenderam-se aspectos relacionados com as potencialidades que a terapia de grupo possui na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes. De acordo com Gil (2008), o uso desta abordagem propicia o aprofundamento da investigação das questões relacionadas com o fenómeno em estudo e das suas inter-relações, mediante a valorização máxima do contacto directo com a realidade observada.

A pesquisa, tal como especificado anteriormente, inclui igualmente uma vertente quantitativa, uma vez que, no momento da apresentação e discussão dos dados, foram utilizados números relativos à população e à amostra nas actividades de pesquisa do estudo de caso.

Michel (2005) sustenta que a abordagem quantitativa «considera-se uma actividade de pesquisa que recorre à quantificação, quer no momento da recolha da informação, quer no momento do seu tratamento». Esta abordagem esteve presente nos cálculos estatísticos, que permitiram determinar a amostra, bem como no tratamento dos dados recolhidos.

Quanto ao objectivo, recorreu-se à pesquisa exploratória, com o intuito principal de explorar os sentimentos, preocupações, desafios e estratégias práticas que os adolescentes podem utilizar para reduzir os seus níveis de ansiedade. Este tipo de pesquisa tem como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, de modo a torná-lo mais explícito ou a permitir a formulação de hipóteses. Para Malhotra (2001), a pesquisa exploratória é um tipo de investigação cujo objectivo primordial consiste em fornecer critérios sobre a situação-problema enfrentada pelo investigador e a sua compreensão, sendo geralmente de natureza qualitativa.

No que concerne ao procedimento da pesquisa, recorreu-se à pesquisa-acção, a qual pressupõe a participação e o envolvimento do grupo-alvo no problema a ser investigado; adopta uma metodologia sistemática no sentido de transformar as realidades observadas, a partir da sua compreensão, conhecimento e compromisso dos elementos envolvidos na investigação, implicando o desenvolvimento de acções concretas (Gil, 2008). Neste sentido, na presente pesquisa, para além de o investigador procurar compreender o problema, foram desencadeadas um conjunto de actividades que visavam garantir a redução dos níveis de ansiedade nos adolescentes do Bairro George Dimitrov, desenvolvendo com os jovens algumas estratégias, através da terapia de grupo, que estes podem utilizar para a melhoria ou redução da ansiedade.

### **3.3.Participantes do estudo**

- **População**

Marconi e Lakatos (2003) referem que as pesquisas em ciências sociais abrangem um universo tão vasto que se torna impossível considerar a totalidade do mesmo, ou seja, a população – conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. No caso particular deste estudo, a população é composta por adolescentes do Bairro George Dimitrov com sinais de ansiedade

- **Amostra do estudo**

Para Silva (2001), citado por Oliveira (2011), a amostra é uma pequena parte representativa de um grande grupo de indivíduos, retirada da população, com o objectivo de ser examinada e permitir inferências sobre o todo. Tendo em conta a natureza do estudo, foi utilizada a amostragem intencional, uma vez que os elementos seleccionados para a amostra

foram escolhidos com base em critérios definidos pela investigadora, sustentados pelo conhecimento prévio da população e pelo propósito do estudo.

Participaram na pesquisa 8 adolescentes. Os critérios de inclusão foram: adolescentes residentes no Bairro George Dimitrov, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, e com sinais de ansiedade. Os critérios de exclusão foram: adolescentes que não residem no Bairro George Dimitrov, adolescentes com mais de 19 anos e adolescentes com sinais de ansiedade que não demonstraram disponibilidade para participar na terapia de grupo.

Para garantir o anonimato e a confiabilidade dos participantes, foram utilizados códigos alfanuméricos (por exemplo, D1, D2, D3), permitindo a identificação dos seus relatos ao longo do texto sem comprometer a sua identidade. Este procedimento está em conformidade com os princípios éticos da investigação científica, que asseguram a protecção dos participantes e o sigilo das informações recolhidas.

### **3.4. Instrumentos e técnicas de recolha de dados**

- **Instrumentos**

No que tange aos instrumentos, recorreu-se ao questionário sociodemográfico (Apêndice II) e à Escala de Ansiedade de Hamilton (Apêndice III).

**Questionário sociodemográfico** é uma ferramenta que permite recolher informações gerais sobre um grupo de pessoas. Os itens que compõem o questionário utilizado na presente investigação são: idade, sexo, nacionalidade, local de residência e nível de escolaridade.

#### **Teste de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)**

A **HAM-A**, desenvolvida por Max Hamilton (1959), é um método de avaliação objectiva da ansiedade, de fácil aplicação e amplamente utilizado, composto por 14 itens. Cada item apresenta cinco opções de resposta, variando de 0 a 4, em que 0 indica ausência de sintomas, 1 ligeiro, 2 moderado, 3 intenso e 4 máxima intensidade do sintoma, gerando incapacidade.

O teste encontra-se dividido em dois grupos: o primeiro, com 7 itens, está relacionado com sintomas psíquicos (tais como humor ansioso, tensão e medos); o segundo, também com 7

itens, refere-se a sintomas físicos ou somáticos gerais (tais como musculares, sensoriais e gastrointestinais). Esta divisão permite a obtenção de resultados parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O resultado total é obtido pela soma dos valores atribuídos aos 14 itens da escala, podendo variar entre 0 e 56. A classificação da ansiedade, com base na pontuação total, é a seguinte: Inferior a 12: ansiedade normal; Entre 12 e 17: ansiedade ligeira; Entre 18 e 24: ansiedade moderada; Entre 25 e 30: ansiedade grave (Hamilton, 1959).

A HAM-A é um instrumento amplamente utilizado internacionalmente. Por essa razão, foi realizada a tradução para a língua portuguesa e a adaptação à cultura portuguesa por um grupo de profissionais qualificados (P. dos Santos, 2021).

A fiabilidade do instrumento foi analisada através da consistência interna, utilizando o coeficiente alfa de Cronbach, sendo considerado adequado um valor entre 0,70 e 0,90 (Cronbach, 1951). Um valor de alfa igual ou superior a 0,70 é considerado aceitável (Nunnally & Bernstein, 1994); se o alfa for igual ou superior a 0,90, a consistência interna é considerada excelente (Kim et al., 2016). No presente estudo, o valor do alfa de Cronbach obtido foi de 0,92, o que demonstra uma excelente consistência interna.

- **Técnicas de recolha de dados**

Para esta investigação, foram utilizadas as seguintes técnicas de recolha de dados: a entrevista semiestruturada, aplicada antes e depois da terapia de grupo. Segundo Marconi e Lakatos (2004), a entrevista é uma técnica de investigação que constitui um dos instrumentos fundamentais para a recolha de dados. Trata-se de uma conversa oral entre duas pessoas, sendo um o entrevistador e a outra o entrevistado. No caso presente, os intervenientes foram os adolescentes do Bairro George Dimitrov e a investigadora.

Importa salientar que a entrevista semiestruturada consiste na combinação de perguntas abertas e fechadas, permitindo ao informante discorrer sobre o tema proposto, através de um conjunto de questões previamente definidas, num formato de conversa, seja ela formal ou informal (Bardin, 2011). O guião foi elaborado pela investigadora e é composto por 7 e 3 questões semiabertas (Apêndices IV e V), respectivamente na primeira e na segunda fase. O tempo de duração da entrevista foi de 1 hora e 45 minutos.

Para além das perguntas previamente elaboradas e registadas no guião, durante as entrevistas foram formuladas novas questões, com o intuito de aprofundar aspectos que

inicialmente não haviam sido considerados relevantes para o estudo, mas que se revelaram indispensáveis (Belarmino, 2016).

No processo de verificação da adequabilidade, o guião foi aplicado a 5 indivíduos. Inicialmente, o guião continha 11 perguntas, tendo-se verificado que 6 delas eram desnecessárias. Deste modo, a versão final do guião foi ao terreno com 5 perguntas base, às quais se acrescentaram 2 novas perguntas surgidas durante a entrevista, passando a conter, assim, um total de 7 perguntas.

Outra técnica utilizada para a recolha de dados foi a terapia de grupo. A terapia de grupo é uma técnica que, através da interacção entre os participantes, procura intervir em pensamentos e comportamentos disfuncionais. O papel do psicólogo é o de actuar como mediador do processo, podendo, assim, constituir um meio eficaz de atender um maior número de participantes num número reduzido de sessões, apresentando uma melhor relação custo-benefício (Lobo et al., 2012). Esta actuação deve ser feita com foco num tema específico, dado o tempo limitado; assim, procura-se analisar aquilo que é possível desenvolver com os participantes nesse curto período.

### **3.5.Procedimentos de colecta e análise de dados**

Foi apresentado o Termo de Consentimento Informado (Apêndice I) aos participantes, o qual foi assinado individualmente. Em seguida, foi aplicado o questionário sociodemográfico e, por fim, o teste de ansiedade. Após essa etapa, foram agendadas as entrevistas, de acordo com a disponibilidade da investigadora e dos participantes.

A etapa de psicoterapia de grupo foi utilizada devido à presença de sinais de ansiedade nos adolescentes, sendo executada em 9 encontros semanais, com duração entre 45 minutos e 1 hora e 20 minutos, no período de 14/03/2024 a 24/04/2024. As técnicas de intervenção utilizadas no desenvolvimento das sessões foram baseadas na psicoeducação, com o objectivo de proporcionar aos adolescentes uma maior compreensão sobre os seus sintomas no decorrer do processo terapêutico. Para além de auxiliar na prevenção dos sintomas ansiosos, estas técnicas também possibilitam a resolução de problemas e o treino de técnicas de relaxamento.

A análise de dados constitui um dos momentos mais importantes da investigação, uma vez que permite a sistematização e atribuição de significado aos dados recolhidos no campo. O instrumento foi analisado à luz dos procedimentos estabelecidos pelo autor do teste. Para a

análise dos dados, com base nas teorias seleccionadas na revisão da literatura, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, conforme proposta por Gerhardt e Silveira (2009), a qual envolve a interpretação sistemática das transcrições das entrevistas.

Assim, o processo de análise foi conduzido seguindo as etapas de preparação dos dados, codificação, categorização, análise e interpretação das transcrições da terapia de grupo e das entrevistas semiestruturadas, culminando na apresentação das conclusões. Este processo permitiu uma compreensão mais aprofundada dos discursos dos participantes em relação às questões colocadas no âmbito do tema estudado.

### **3.6.Procedimentos éticos da pesquisa**

No que diz respeito aos aspectos éticos, foi disponibilizado um termo de consentimento informado, através do qual os participantes tiveram total liberdade para decidir sobre a sua participação na investigação, após o devido esclarecimento prévio quanto aos objectivos do estudo, à natureza das perguntas a serem colocadas, à forma de armazenamento dos dados e às pessoas que poderiam ter acesso aos resultados.

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante autorização prévia. Neste sentido, é imprescindível salientar que todos os dados recolhidos durante as entrevistas e observações foram utilizados exclusivamente para fins académicos. Paralelamente, foram salvaguardados os direitos dos participantes, garantindo-se a sua privacidade e a confidencialidade das informações prestadas.

### **3.7.Limitações da pesquisa**

Uma das limitações deste estudo foi o facto de nem todos os participantes seleccionados terem participado na terapia de grupo, tendo havido a desistência de três adolescentes. Para além disso, o reduzido número de encontros e a inexistência de um co-terapeuta nas sessões constituíram limitações adicionais, uma vez que a presença de um segundo profissional poderia ter proporcionado um maior alcance cognitivo e observacional durante o processo terapêutico.

## CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

---

Neste capítulo, encontram-se analisados e discutidos os dados aferidos no Bairro George Dimitrov. No entanto, os depoimentos dos entrevistados encontram-se apresentados dentro de aspas e em itálico, sendo que, as teses dos autores encontram-se apresentadas também em itálico e dentro de aspas e encostado a direita.

### 4.1 Apresentação dos dados

- **Apresentação dos dados sociodemográficos**

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos recolhidos durante a pesquisa. No total, participaram 8 adolescentes, sendo a maioria do sexo masculino (60%) e o restante do sexo feminino (40%). Todos os participantes situam-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos e são estudantes a tempo inteiro.

*Tabela2: Dados sociodemográficos*

| Variáveis sociodemográficas   | Nº | %     |
|-------------------------------|----|-------|
| <b>Sexo</b>                   |    |       |
| Feminino                      | 2  | 40%   |
| Masculino                     | 6  | 60%   |
| <b>Total:</b>                 | 8  | 100%  |
| <b>Escolaridade</b>           |    |       |
| Nível médio (em andamento)    | 4  | 50%   |
| Nível superior (em andamento) | 4  | 50%   |
| <b>Total:</b>                 | 8  | 100%  |
| <b>Idade</b>                  |    |       |
| 15-17 Anos                    | 3  | 37,5% |
| 18-19 Anos                    | 5  | 62,5% |
| <b>Total</b>                  | 8  | 100%  |
| <b>Ocupação</b>               |    |       |
| Estudante                     | 8  | 100%  |
| <b>Total:</b>                 | 8  | 100%  |

**Fonte:** A pesquisadora.

- **Dados do primeiro objectivo**

No âmbito do primeiro objectivo, pretendeu-se aferir os níveis de ansiedade em adolescentes com sinais ansiosos, utilizando-se para tal a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. Recorreu-se à estatística descritiva para identificar os resultados das respostas relativamente aos níveis de ansiedade da amostra, conforme apresentado na Tabela 3.

*Tabela 3:*

**Dados do inventário do teste de ansiedade de Hamilton antes da Psicoterapia de grupo**

| Participante | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 | D7 | D8 |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Resultado    | 24 | 24 | 26 | 23 | 27 | 26 | 26 | 25 |

Legenda:

|  |          |
|--|----------|
|  | Normal   |
|  | Leve     |
|  | Moderada |
|  | Severa   |

Participaram inicialmente 8 indivíduos. No entanto, verificaram-se desistências por parte dos participantes D6, D7 e D8, os quais apresentavam níveis de ansiedade severa. Estes optaram por não participar nas sessões em grupo, o que pode ser compreendido, uma vez que indivíduos com níveis elevados de ansiedade tendem a adoptar comportamentos de esquiva. Segundo Barbosa (2004), pessoas ansiosas tendem a evitar situações que evocam ansiedade. A esquiva constitui um comportamento natural dos organismos, resultante dos reforçadores amplamente promovidos pelo contexto sociocultural e verbal.

Ao analisar a tabela, verifica-se a predominância de indivíduos com sinais de ansiedade, classificados nos níveis leve, moderado e severo. Os participantes D1, D2 e D4 apresentam ansiedade moderada, enquanto os participantes D6, D7 e D8 revelaram níveis de ansiedade severa. Adicionalmente, os participantes D3 e D5 também evidenciam um nível severo de ansiedade.

O Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) indica que os transtornos de ansiedade são mais prevalentes no sexo feminino do que no masculino. Nesta pesquisa, observou-se que a participante com o resultado mais elevado pertence ao sexo feminino.

Com base nestes resultados, recomenda-se que os indivíduos em questão sejam encaminhados para sessões de terapia, tanto individuais como em grupo, uma vez que ainda mantêm controlo sobre a sua percepção da realidade.

- **Descrever os impactos do desenvolvimento da ansiedade na fase da adolescência**

Esta categoria refere-se ao impacto da ansiedade na vida dos adolescentes, correspondente ao segundo objectivo específico da pesquisa. Foram obtidas as seguintes respostas:

D2: *referiu que sentia tremores, batimentos cardíacos acelerados, ansiedade em relação a diversas situações, nervosismo e raiva. Indicou que lidava com esses sentimentos através de gritos, falando em demasia e afastando-se das pessoas. Como consequência dessas atitudes, vinha evitando visitar os familiares e melhorar o relacionamento com os mesmos, em particular com o tio, o que o distanciava das suas metas de vida.*

D5: *relatou sentir a boca seca, suor excessivo, dormência nas mãos, pulsação elevada e episódios de vômitos. Indicou que fazia um esforço para se expressar, embora não fosse fácil, pois sente medo das pessoas. Disse: «evito estar no meio de várias pessoas, afasto-me daqueles de quem gosto, inclusive da minha irmã mais velha, com quem considero ter uma boa relação...»*

Como consequência destas manifestações, para além de dificuldades de comunicação, os adolescentes revelam uma baixa qualidade de vida, evidenciando níveis elevados de stresse emocional e preocupações que comprometem o seu bem-estar psicossocial.

- **Apresentar as potencialidades da terapia de grupo para a redução de níveis de ansiedade**

Esta secção apresenta alguns dos resultados obtidos através da Escala de Ansiedade de Hamilton, aplicada após a realização de sessões de terapia de grupo, com o objectivo de prevenir ou reduzir os níveis de ansiedade em adolescentes.

Tabela 4:

**Dados do inventário do teste de ansiedade de Hamilton Pós-Psicoterapia de grupo**

| Participante | D1 | D2 | D3 | D4 | D5 |
|--------------|----|----|----|----|----|
| Resultado    | 15 | 17 | 17 | 14 | 12 |

Legenda:

|                                                                                   |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|
|  | Normal   |
|  | Leve     |
|  | Moderada |
|  | Severa   |

De acordo com os dados da tabela acima, é possível observar que, após a terapia de grupo, houve uma melhoria significativa nos adolescentes. Entre os participantes que apresentavam os níveis mais elevados de ansiedade, o participante D5 passou de ansiedade severa para ansiedade normal. Foi possível constatar que os indivíduos com maior participação nas sessões de grupo têm maior probabilidade de apresentar melhores resultados, em comparação com os outros participantes. Registou-se também que o participante D3 passou de ansiedade severa para ansiedade leve, enquanto os participantes D1, D2 e D4 passaram de ansiedade moderada para ansiedade leve.

*Entrevista Pré-Psicoterapia*

**1.ª Pergunta**

D1: *“Pessoas com ansiedade apresentam um sentimento de frustração, não conseguem concentrar-se nem raciocinar. É um sofrimento que sentimos antecipadamente. É assim que eu me sinto todos os dias, sem saber porquê.”*

D2: *“Ansiedade, para mim, é evitar o mundo e pensar demais nas coisas.”*

D3: *“A ansiedade é uma bolha que me envolve todos os dias da minha vida, e eu acabo por explodir. É um sentimento muito mau.”*

D4: *“Pessoas com ansiedade geralmente têm insónias, medo, dificuldades para respirar e elaboram uma enorme quantidade de preocupações e possibilidades em poucos segundos. Ansiedade é nada mais do que temer o futuro.”*

D5: *“A ansiedade para mim é um muro que me cerca o tempo todo, que não me deixa escapar dali, tipo uma torre. Sinto-me presa constantemente.”*

## **2.<sup>a</sup> Pergunta**

D3: *“No fim do dia, quando volto a casa após a escola, sinto como se alguém me apertasse o peito e não me deixasse respirar; sinto o coração acelerado.”*

D5: *“Sofro de ansiedade o dia todo. Sinto-me muito mal, com a boca seca e muitas vezes dificilmente consigo concentrar-me.”*

## **3.<sup>a</sup> Pergunta**

D1: *“Tento desviar o foco e pensar positivo, porque quando a crise começa, fico desesperado.”*

D2: *“Em casa, quando estou muito ansiosa, prefiro ouvir música ou ver desenhos animados, porque isso me distrai.”*

D3: *“Tento transformar isso em poemas. Gosto de escrever sobre o que sinto no momento, porque acho que é uma forma de libertar-me.”*

D4: *“O que menos me deixa ansiosa é estar um pouco no meu canto, sozinha, porque assim não há tanta pressão para tentar interagir com alguém.”*

D5: *“Tento conversar de vez em quando com a minha irmã mais velha, mas isso não é suficiente.”*

## **4.<sup>a</sup> E 5.<sup>a</sup> Perguntas**

D1: *“Sinto-me ansioso todos os dias e, por isso, o stresse também faz parte da minha vida. A única forma de aliviar isso é procurar fazer algo que me distraia.”*

D2: *“Por causa dos meus ciúmes, é inevitável estar ansioso e stressado todos os dias. Sinto-me impotente e, por isso, fico agressivo. A escola é o sítio onde me sinto mais ansioso e sinto que as pessoas me julgam a todo o momento.”*

D3: *“Nem todos os dias tenho ansiedade, mas o stresse faz parte da minha vida.”*

D4: *“Sim, para ambas as questões.”*

D5: *“Por causa do medo que sinto das pessoas, acabo por ficar stressada e a ansiedade manifesta-se todos os dias na minha vida. Isolo-me e não consigo fazer amizades, por isso, sim.”*

## 6.ª Pergunta

D1: *“Tenho a expectativa de aprender a controlar a ansiedade e os sintomas, que são demasiado desagradáveis. Por causa disso, criei uma compulsão pelos jogos online (aviator), que hoje sei que está a destruir-me. Quero esquecer isso, seguir a minha vida e ser um bom estudante. É isso que espero do grupo.”*

D2: *“Espero conseguir conversar com pessoas próximas, enfrentar os meus problemas de frente e ter uma vida feliz. Além disso, espero conseguir ter uma boa relação com o meu tio e com a minha namorada.”*

D3: *“Espero aprender a lidar com todos e perceber que nem tudo pode sair como idealizei.”*

D4: *“Espero aprender a lidar com os meus problemas para voltar a ser um estudante concentrado e também conseguir resolver os problemas com o meu pai.”*

D8: *“Espero que o grupo seja bom, que possamos aprender boas formas de lidar com a ansiedade, que após a terapia eu seja uma pessoa diferente, que consiga fazer amizades e que não tenha mais medo das pessoas.”*

## 7.ª Pergunta

D3, D4, D5 e D6 relataram que acreditam que, durante as sessões, poderão sentir-se pertencentes ao grupo, por este ser composto por pessoas que sentem o mesmo que eles, e por terem alguém que possa ouvir as suas dores e preocupações sem qualquer julgamento. Além disso, consideram que será uma experiência nova, pelo que estão motivados e entusiasmados.

### • Desenvolvimento das sessões

**Sessão 1 (14/03/2024):** Foi realizada a apresentação do terapeuta, do local, do dia, do horário e do número total das sessões em grupo. Como primeira actividade, os participantes apresentaram-se, dizendo o seu nome, e responderam ao questionário pré-psicoterapia, com enfoque na ansiedade, para compreender o impacto desta na sua saúde mental e no seu dia-a-dia. No final, foi feita uma contextualização da terapia de grupo e explicado que, nesta intervenção, aprenderiam uma nova forma de lidar com a ansiedade.

**Sessão 2 (18/03/2024):** O objectivo da sessão foi explicar os mecanismos fisiológicos da ansiedade, tendo em conta a importância da resposta para a sua vivência e a impossibilidade de a controlar.

Foram explicados os mecanismos fisiológicos da ansiedade através de um cartaz, onde se apresentava um esquema de como o cérebro interpreta e reage a situações de perigo, reais

ou imaginárias, contendo algumas reacções corporais típicas da ansiedade, tais como taquicardia, sensação de «branco», hipertensão arterial, redução do desejo sexual, entre outras. Foi explicado que estas reacções preparam o corpo para lutar ou fugir do risco iminente.

Posteriormente, propus que os participantes reflectissem sobre as suas tentativas de controlo dos pensamentos e sentimentos, a partir da metáfora da «dor de cabeça» proposta por Hayes (1987). Nesta metáfora, os participantes são convidados a imaginar que têm uma dor de cabeça e começam a bater na cabeça para tentar fazer a dor passar. Ao consultarem um médico, este aconselha, em primeiro lugar, que parem de bater na cabeça, pois isso só faz a dor piorar. Bater na cabeça pode ser comparado com tentar controlar sentimentos e pensamentos: quanto mais tentam controlar, mais persistem.

A partir desta metáfora, fiz perceber aos participantes o quão falhadas são as tentativas de controlar pensamentos e sentimentos. Talvez funcionem durante algum tempo, mas, com o passar do tempo, os sentimentos que tentavam evitar são experienciados novamente. Assim, deixei claro que a forma como até então tentavam gerir a ansiedade não funcionava, sugerindo implicitamente que existiria uma outra forma de lidar com a ansiedade, que discutiríamos nas sessões seguintes.

D4 questionou: *“Então, nós temos de aprender a lidar de uma maneira diferente com a ansiedade?”*

T: Sim, e vamos aprender ao longo das terapias. Por essa razão, para encerrar a sessão, peço-vos que façam uma tarefa para casa, na qual deverão completar a seguinte frase: «Se eu não me sentisse tão ansioso(a), eu...»

**Sessão 3 (22/03/2024):** Nesta sessão, foi discutido o exercício deixado na sessão anterior, em que os participantes deveriam completar a frase: Se eu não me sentisse tão ansioso, eu...

D2 apontou que teria mais paciência com a namorada, pois sentia muitos ciúmes dela, de si próprio e das outras pessoas.

D3 disse: *«Como sou chefe de turma na escola, quero resolver as coisas depressa e, quando percebo que os meus colegas querem interferir, intervenho, quase sempre de forma agressiva, porque tenho medo que eles me façam falhar e que as coisas não corram como planeei. Então, para me livrar da ansiedade, isso permitia-me ficar mais calmo e não brigar tanto com os outros.»*

D4 referiu que a ansiedade e as suas consequências esgotam-lhe as energias e, por vezes, o seu rendimento na escola diminui; por isso, conversaria melhor e esforçar-se-ia mais nos trabalhos e testes.

D5 afirmou: *«Tentaria ser mais feliz, mais descontraída e não teria receio de falar em público ou de expressar o que sinto à minha família, embora eles não prestem muita atenção a mim.»*

**Sessão 4 (26/03/2024):** O objectivo desta sessão foi promover a aceitação dos sentimentos e pensamentos relativos à ansiedade através de exercícios práticos.

No início, experimentámos uma técnica de respiração para controlar a ansiedade:

Pedi que se sentassem com os pés apoiados no chão, que alinhassem a coluna vertebral mantendo os ombros para trás e o olhar para a frente.

Os participantes foram orientados a inspirar profundamente, até encher os pulmões, segurando o ar por alguns segundos; depois expiravam lentamente pela boca. O exercício foi repetido cinco vezes.

De seguida, coloquei uma música impactante e pedi que recordassem, com detalhes, os piores momentos das suas vidas. Depois, deveriam relatar os pensamentos e sentimentos que experimentaram. D1 preferiu não comentar, pois poderia chorar. D4 afirmou que não deixou o pensamento aprofundar-se. D5 disse que não deixou o fluxo acontecer por medo de chorar.

Discutiu-se que os participantes tentaram evitar lembrar-se e falar sobre as sensações e sentimentos dolorosos pelos quais passaram, salientando que apenas recordar ou relatar situações aversivas pode causar sensações desagradáveis, das quais todos procuram fugir.

No entanto, expliquei que estavam a experimentar apenas lembranças e sensações que fazem parte da história de cada um, e que não podem ser mudadas nem esquecidas.

No segundo momento, enquanto ouviam uma música ou melodia suave, os participantes foram orientados a fechar os olhos e a recordar uma situação em que sentiram muita paz. Foi pedido que relatassem o que experienciaram. D4 disse que, mesmo tentando lembrar-se de uma situação boa, recordava algo mau. Por exemplo, ao lembrar-se dos momentos com o pai, recordava que teve de se separar dele. D5 relatou não ter sentido nada.

A partir destas situações, discutiu-se que, realmente, não se pode controlar pensamentos e sentimentos, pelo que poderiam expô-los, pois essas lembranças não passam de pensamentos e sensações.

**Sessão 5 (01/04/2024):** O objectivo desta sessão foi promover uma análise, com os participantes, das consequências dos seus comportamentos de evitar sentimentos, sensações e pensamentos, tendo em conta as suas metas e valores de vida.

Em conjunto, construímos uma tabela composta por quatro colunas num papel. Na primeira, anotaram as suas metas de vida; na segunda e terceira, descreveram os seus sentimentos e as estratégias que adoptavam para os lidar; na última, descreveram o que estavam a evitar ao usar essas estratégias.

Na actividade do D2, este citou como meta ser mais paciente, conversar mais e saber escutar. Disse sentir tremores, coração acelerado, ansiedade, nervosismo e raiva. Lidava com isso gritando, falando muito e afastando-se das pessoas. Com essa atitude, evitava ir à casa dos parentes e melhorar os seus relacionamentos familiares, especialmente com o tio, o que o afastava das suas metas de vida.

Já D5 relatou que sentia boca seca, suor excessivo, mãos dormentes, pulsação elevada e vômitos. Lidava com isso esforçando-se para falar, mas não era fácil, pois tem medo das pessoas. *«Eu evito estar no meio de muitas pessoas, afasto-me daqueles de quem gosto, inclusive da minha irmã mais velha, com quem acho que tenho uma boa relação, e é isso que me afasta das minhas metas, que são conseguir fazer amizades, sentir-me mais à vontade quando há muitas pessoas e relaxar mais.»*

Como reflexão desta actividade, afirmei: «Nosso grupo é difícil porque eu quero que enfrentem os vossos sentimentos nas situações mais complicadas. O mais importante são as vossas metas e, se agirem de acordo com os vossos sentimentos, obedecendo-lhes, estarão cada vez mais distantes dessas metas.»

**Sessão 6 (05/04/2024):** O objectivo foi fazer com que os participantes falassem sobre as mudanças que observaram nos seus comportamentos, assim como as consequências, após as discussões no grupo.

A partir dos relatos, discutiram-se as mudanças percebidas.

D2 relatou que, num desses dias, sentiu muita raiva e tremor após o tio lhe ter chamado a atenção, mas mesmo assim não se exaltou. A seguir, algumas verbalizações da sessão:

D5: *«Tenho mudado bastante. Tem acontecido um problema pessoal, familiar, e eu estou a caminhar. Sinto que estou a melhorar muito.»*

D2: *«Lembram-se daquele meu tio que implicava muito comigo? Pois, agora fico tranquilo quando estou perto dele e penso nas estratégias que vou usar para nos comunicarmos melhor.»*

D1: *«Tem sido muito difícil quando tento não jogar e me concentrar noutras coisas, como os deveres. Sinto fome, sede, enjoo e invento coisas para fazer, mas nada me satisfaz.»*

T: Tens que te esforçar mais para não ceder a essas vontades. Coloca água ao lado, vai ao WC antes, prepara-te e depois senta-te e esforça-te para não te levantar. Aguenta um pouco a aversão que é ficar sentado a estudar.

**Sessão 7 (11/04/2024):** Esta sessão foi rápida, pois os participantes afirmaram que nesse dia se sentiam cansados e necessitavam de alguns dias para descanso. Por isso, apenas atribuí algumas tarefas específicas a cada participante presente, com o objectivo de promover o enfrentamento das situações que anteriormente evitavam devido à ansiedade.

A D5 foi pedido que tentasse aproximar-se da família que vinha a evitar. D1 deveria permanecer sentado a estudar, mesmo quando sentisse vontade de jogar, sair ou realizar outras actividades. D2, ao sentir ciúmes da namorada, não deveria gritar nem brigar. Em relação ao tio, deveria tentar conversar com ele de forma mais calma e sem mostrar medo. E D3 foi orientado a não brigar tanto com os colegas e a ser mais gentil. D4

**Sessão 8 (18/04/2024):** O objectivo desta sessão foi retomar as discussões realizadas no grupo e questionar os participantes sobre as mudanças de comportamento no seu dia-a-dia, relacionando-as com as suas metas de vida.

**Descrição:** Os participantes foram questionados acerca das mudanças que se propuseram a fazer ao longo do grupo, assim como das tarefas deixadas na sessão anterior, para o enfrentamento das situações que antes evitavam devido à ansiedade. Alguns apresentaram melhorias:

D3 – *“Tive duas oportunidades, mas acho que não foram as melhores com o meu grupo de estudo. No entanto, senti que não reagi como antes: falei de forma mais tranquila, sem agressividade, aceitei a opinião dos outros. Na segunda vez foi mais difícil – fiquei mais ansioso, agitado e com muito medo –, mas não me exaltei muito quando um dos meus colegas se atrasou, embora isso me incomode bastante, pois gosto que tudo seja perfeito. Senti que consigo perceber melhor quando estou a alterar-me.”*

D2 – *“Não consegui disfarçar que estava com ciúmes da minha namorada quando a fui buscar e vi que ela estava com os amigos, mas consegui controlar-me para não discutir com ela. Não vou negar que senti raiva, mas respirei fundo e acalmei-me. Nunca tinha feito isso – eu gritava sempre com ela e depois arrependia-me. Agora percebo que é possível agir de forma diferente.”*

Após isso, pedi aos participantes que imaginassem que estavam a pilotar o avião das suas vidas. Teriam, assim, um caminho a seguir, definido pelas metas que cada um escolheu. No entanto, pedi que imaginassem também alguns passageiros dentro desse avião, representando os seus pensamentos e sentimentos, que tentam desviá-los do seu rumo. Discutiu-se até que ponto deveriam ceder a esses passageiros e, ainda assim, continuar a seguir os seus caminhos.

As metas e valores identificados pelos participantes foram:

D5 – *“Conviver melhor, abrir-me mais, partilhar coisas sobre a minha vida e os meus medos com as pessoas de casa, perguntar como estão e tentar conversar com o meu pai com mais frequência.”*

D2 – *“Estar feliz, melhorar as minhas atitudes, sentar-me para conversar e ver se consigo entender-me melhor com o meu tio.”*

D1 e D4 – *“Melhorar na escola, nas relações com os outros, praticar exercício físico e lidar com a ansiedade da melhor forma possível.”*

D3 – *“Ter mais paciência e perceber que sou um ser humano e estou sujeito a falhas.”*

**Sessão 9 (24/04/2024):** A sessão teve como objectivo observar se os participantes se sentiram vinculados uns aos outros e se as intervenções proporcionaram a partilha das suas opiniões e esperanças de vida. Além disso, retomaram-se as discussões realizadas anteriormente, com foco nas estratégias discutidas ao longo das sessões. Para tal, foi aplicado o Questionário Pós-Psicoterapia.

- **Entrevista Semiestruturada Pós-Psicoterapia em Grupo**

- 1.ª Pergunta:**

D1: *“Praticar a autocompaixão.”*

D2: *“Estabelecer metas de vida.”*

D4: *“Praticar a técnica de respiração que fizemos numa das sessões.”*

D5: *“Identificar as situações que nos provocam ansiedade.”*

## **2.ª Pergunta:**

D1: *“Acredito que, em grupo, aproveitámos muito pouco, pelo facto de termos de ficar calados e ouvir um de cada vez. Por isso, não aproveitei tanto assim.”*

D2: *“Sem dúvida, houve mudanças maravilhosas na minha vida. Agora imponho-me mais, graças às conversas. O grupo foi muito bom e válido para mim. Consigo ter uma conversa saudável com o meu tio e o meu relacionamento melhorou bastante.”*

D3: *“Por acaso, o grupo fez com que o meu modo de pensar e agir mudasse. Agora sou mais calmo.”*

D4: *“Sim. Partilhei experiências do meu dia-a-dia, o que antes não conseguia fazer. Falei um pouco da minha vida, não consegui dizer tudo, mas acho que dei um passo importante e tem-me ajudado bastante. O grupo foi bom.”*

D5: *“Sim. Só pelo facto de ter conseguido falar sobre os meus problemas aqui no grupo, sinto que já foi algo muito positivo. Nem acredito que consegui estabelecer uma boa relação com todos os integrantes, sem medo de ser julgada.”*

## **3.ª Pergunta**

D1 e D3: *“Sim.”*

D2: *“Sim, sem dúvida. Foi inevitável não me sentir acolhido aqui.”*

D4: *“Através deste processo, pudemos ver pessoas que já não víamos há algum tempo, descobrimos coisas novas. Achei que foi muito bom, ajudou-nos imenso. Sentimo-nos mais acolhidos, especialmente por ser na nossa própria comunidade. Por isso, achei muito positivo, principalmente por ter acontecido aqui no bairro.”*

D5: *“Sim, senti-me vinculada e bem acolhida, apesar de falar pouco. Senti-me bem, sobretudo por termos construído uma boa relação, o que era difícil para mim. São poucas as pessoas com quem podemos partilhar o nosso dia-a-dia e encontrar empatia. Começamos a torcer pelos outros, a desejar que se superem, que voltem e nos contem que conseguiram. Então, o simples facto de alguém conversar comigo e dizer ‘não desistas, vai em frente, tu consegues’, e ainda chegar com um sorriso para mim, é muito bom. Por isso, senti-me acolhida.”*

Assim, o grupo foi encerrado. Para isso, aplicou-se o teste de ansiedade com o objectivo de verificar se a terapia de grupo ajudou a reduzir os níveis de ansiedade nos adolescentes.

## **4.2. Discussão e Análise dos dados**

Como resultados, obtivemos cinco pacientes nas entrevistas finais e serão realizadas análises das principais temáticas trazidas por estes. A princípio, destacaram-se temas já presentes nas entrevistas iniciais, nomeadamente: a sintomatologia da ansiedade. Posteriormente, com base nas entrevistas finais, serão discutidos o vínculo terapêutico, a intervenção terapêutica e a contribuição da psicoterapia de grupo.

- **Que níveis de ansiedade os adolescentes apresentam?**

Na primeira questão de investigação, pretendeu-se apurar quais os níveis de ansiedade apresentados pelos adolescentes. Os resultados pré e pós-intervenção indicam uma redução dos sintomas ansiosos. Inicialmente, os jovens apresentavam sintomatologia moderada a severa. Após a terapia de grupo, verificou-se uma melhoria significativa, com a redução para sintomatologia leve e níveis considerados normais de ansiedade. Dos cinco participantes, três (D1, D2 e D4) evidenciaram níveis elevados de ansiedade, dos quais dois casos eram particularmente graves, com sintomas severos e preocupações acentuadas.

Relativamente às diferenças entre os resultados das avaliações iniciais e finais do processo grupal, foram observadas melhorias nos resultados da escala HAM-A: os participantes D1, D2 e D3 passaram de ansiedade moderada para leve; os participantes D4 e D5 apresentaram uma redução significativa, evoluindo de ansiedade severa para leve ou normal. No questionário final aplicado no pós-psicoterapia, os resultados evidenciaram uma avaliação positiva por parte dos integrantes do grupo, tanto em relação aos materiais, actividades, aproveitamento individual, aplicação dos conhecimentos, como na satisfação geral com o grupo.

- **Quais são os impactos da Ansiedade para a vida dos adolescentes?**

Na segunda questão de investigação, pretendeu-se compreender as manifestações e os impactos da ansiedade na vida dos adolescentes participantes. Cada um deles pôde expressar-se livremente sobre como o fenómeno da ansiedade se manifesta no seu quotidiano, sem receio de julgamentos ou preconceitos.

As declarações dos adolescentes demonstram que a ansiedade se manifesta de forma única e individual. Como refere a participante D5: *“A ansiedade, para mim, é um muro que me cerca a todo o momento, que não me deixa escapar dali dentro. Sinto-me presa o tempo todo.”*

O participante D1 comentou: *“Pessoas com ansiedade sentem frustração, não conseguem concentrar-se nem raciocinar. É um sofrimento antecipado. É assim que me sinto todos os dias, sem saber porquê.”*

Já o participante D4 referiu: *“A ansiedade e as suas consequências esgotam-me as energias e, por vezes, o meu rendimento escolar baixa. Por isso, eu gostaria de conversar melhor e esforçar-me mais nos trabalhos e testes.”*

Observa-se que os adolescentes se sentem como que aprisionados, demonstrando angústia e intensidade emocional, sentindo que não conseguem libertar-se da ansiedade, presente na maior parte do tempo. Segundo Dumas (2011), esses sentimentos são característicos dos transtornos de ansiedade, que provocam sofrimento extremo, mesmo sem a presença de perigo real ou iminente.

Esses relatos evidenciam que os adolescentes enfrentam dificuldades em actividades do quotidiano que anteriormente realizavam com naturalidade. Apesar de muitas vezes ignoradas, as características da ansiedade afectam directamente a qualidade de vida e a funcionalidade das pessoas, podendo tornar-se incapacitantes.

Quando questionados sobre a frequência dos comportamentos ansiosos, a maioria dos participantes indicou uma sintomatologia constante. Como relatado pelo participante D1: *“Sinto-me ansioso todos os dias e, por isso, o stress também faz parte da minha vida. Sinto tremores constantes e muita comichão no corpo. A única forma de aliviar isso é tentar distrair-me.”* Ou, ainda, pela participante D5: *“Pelo medo que sinto das pessoas, fico stressada e a ansiedade manifesta-se todos os dias da minha vida. Isolo-me e não consigo fazer amizades.”*

De acordo com Castillo et al. (2000), algumas emoções são naturais ao ser humano, como a tristeza, a raiva, a alegria ou a ansiedade. Contudo, quando se apresentam de forma intensa e frequente, podem desencadear sofrimento significativo e comprometer a qualidade de vida do indivíduo. As emoções, anteriormente entendidas como reacções orgânicas e adaptativas, têm vindo a manifestar-se hoje com maior intensidade e frequência, gerando sintomas como o medo e a apatia.

- **Que potencialidades a terapia de grupo apresenta para a redução dos níveis de ansiedade nos adolescentes?**

Através dos seus relatos sobre mudanças comportamentais e cognitivas, que a maioria beneficiou-se do processo. Como demonstra o seguinte testemunho: *“Sem dúvida, houve mudanças maravilhosas na minha vida. Agora imponho-me mais devido às conversas. O grupo foi muito*

*bom e válido para mim. Consigo ter uma conversa saudável com o meu tio e o meu relacionamento melhorou muito.”*

As intervenções permitiram que os participantes partilhassem escolhas, opiniões e experiências, proporcionando momentos de exposição pessoal. Para alguns, esse processo revelou-se necessário e transformador. Por exemplo, o participante D2 afirmou: *“Sim, partilhei experiências do meu dia-a-dia, o que antes não conseguia. Falei um pouco da minha vida. Não consegui falar de tudo, mas acho que dei um passo e tem ajudado bastante. O grupo foi muito bom.”*

A participante D5 acrescentou: *“Sim, só pelo facto de ter conseguido falar sobre os meus problemas aqui no grupo, já sinto que foi algo bom. Nem acredito que consegui relacionar-me bem com todos os integrantes, sem medo de ser julgada.”*

Os temas abordados exigiram dos participantes abertura e confiança. A partilha de experiências pode evocar emoções fortes ou sentimentos de vergonha, o que torna essencial uma condução sensível por parte dos terapeutas, garantindo um ambiente respeitador e acolhedor (Heberle & Oliveira, 2016).

Foi também observado que os adolescentes participantes apresentavam pequenas variações etárias e, em geral, mantinham relações familiares pouco saudáveis. A realização da intervenção dentro da própria comunidade facilitou o acesso dos participantes, uma vez que a falta de informação frequentemente impede que a população saiba a quem recorrer em situações de sofrimento. Como afirmou um dos adolescentes:

*“Através deste processo vimos pessoas que não víamos há muito tempo, aprendemos coisas novas. Achei que foi muito bom, ajudou imenso, sentimo-nos mais acolhidos por ter sido na nossa comunidade, aqui no Bairro.”*

Os transtornos de ansiedade estão entre os mais comuns na sociedade moderna. A Organização Mundial da Saúde (2009) propõe a integração dos serviços de saúde mental nos cuidados de atenção primária, com o objectivo de promover a educação, a prevenção e o acesso ao apoio psicológico e à saúde mental para toda a população.

Durante o período pós-psicoterapia de grupo, foram recolhidas cinco entrevistas finais. Observou-se que os participantes sentiram-se vinculados uns aos outros, bem como à investigadora. Como se evidencia nos seguintes relatos: D2: *“Sim, sem dúvida, foi inevitável não me sentir acolhido aqui.”*

D4: *“Sim, senti-me vinculada, bem atendida apesar de falar pouco. Senti-me acolhida, principalmente quando criámos esta boa relação, o que era difícil para mim. São poucas as pessoas em quem podemos confiar para partilhar o dia-a-dia e que se compadece com a nossa situação. Começamos a torcer pelo outro, a desejar que supere os seus problemas. Só o facto de alguém dizer ‘não desista, vai em frente, tu consegues’ e sorrir para mim já é muito bom. Por isso, senti-me acolhida.”*

Segundo Heberle e Oliveira (2016), é essencial que exista vínculo entre as partes e que ambas acreditem na possibilidade de resolução dos problemas. É por meio do convívio e da troca de experiências que surgem os debates e, conseqüentemente, os caminhos para a superação das dificuldades comuns

No entanto, foi possível verificar que alguns pacientes revelaram dificuldades em expressar-se e interagir com os demais. Apesar disso, escutavam as experiências dos colegas, embora nem todos se tenham sentido favorecidos pela psicoterapia de grupo. Como afirmou um participante: “Acredito que, em grupo, aproveitamos muito pouco, pelo facto de ter que ficar calado e ouvir um de cada vez. Por isso, não aproveitei tanto assim.”

De acordo com Bechelli e Santos (2005), os integrantes do grupo terapêutico precisam compreender que as mudanças partem, sobretudo, de si próprios, cabendo ao indivíduo a responsabilidade de procurar transformações positivas ao longo do processo. As pessoas e o contexto envolvente funcionam apenas como facilitadores, e não como responsáveis pela mudança. No entanto, existem limitações pessoais inerentes a cada indivíduo, o que pode dificultar a adesão ao grupo terapêutico.

Este processo teve como objectivo analisar as potencialidades da terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes. Através do grupo terapêutico, os participantes demonstraram melhorias no seu quotidiano, decorrentes da adopção de novos hábitos, permitindo a reavaliação de conceitos relacionados com a sociabilidade e o adoecimento (Heberle & Oliveira, 2016). Para além disso, a interacção grupal possibilitou a troca de feedback entre os membros, o que favoreceu a percepção de melhorias individuais.

As queixas relacionadas com a ansiedade têm vindo a aumentar de forma significativa, tornando-se necessárias intervenções psicológicas mais abrangentes e que ofereçam resultados efectivos. Neste sentido, a psicoterapia de grupo apresenta-se como um método promissor para esse fim.

## CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

---

### 5.1. Conclusões

O presente estudo teve como objectivo geral analisar as potencialidades da terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes e com base nas evidências produzidas neste estudo, foi possível constatar que:

A ansiedade é um sentimento frequente que faz parte das emoções dos adolescentes. É notória a pressão psicológica, pois, durante a realização desta pesquisa, três adolescentes apresentaram um nível moderado de ansiedade e dois um nível mais grave, o que enfatiza a importância de medidas para lidar com esta questão. No entanto, a escala de Hamilton revelou-se uma ferramenta valiosa e versátil, proporcionando uma abordagem estruturada e mensurável para a avaliação da ansiedade. A sua aplicabilidade contribuiu para uma compreensão mais profunda deste aspecto fundamental da saúde mental.

Durante a pesquisa, emergiram questões relacionadas com a família, revelando relações disfuncionais sob a perspectiva dos adolescentes participantes. Tais relações apresentam grande relevância no que diz respeito aos sinais de ansiedade identificados. Entre as narrativas, são frequentes os relatos de sentimentos de falta de apoio e compreensão por parte dos pais, ambientes familiares conturbados, sentimento de inadequação ao contexto familiar e cobranças excessivas.

A terapia para os adolescentes trouxe muitos benefícios, como o desenvolvimento da inteligência emocional para lidar com os seus medos. Ao partilharem os seus sentimentos, puderam desenvolver competências sociais. Assim, ao conhecerem indivíduos que enfrentam as mesmas dificuldades, o compartilhamento de sentimentos e experiências favoreceu a compreensão de que é possível encontrar apoio em diferentes ambientes. Com isso, os aprendizados obtidos ao longo do acompanhamento psicológico mostraram-se pertinentes e, além da inteligência emocional, os adolescentes fortaleceram a sua auto-estima, aumentaram as suas competências sociais e reduziram o stress e os seus níveis de ansiedade.

Contudo, a terapia de grupo mostrou resultados positivos ao oferecer estratégias para lidar com e reduzir os níveis de ansiedade nos adolescentes. A maioria dos adolescentes evidenciou melhorias significativas após a aplicação da terapia grupal, com melhorias na sua qualidade de vida. Assim, de forma geral, pode afirmar-se que os adolescentes, tendo em conta as actividades desenvolvidas ao longo deste processo, obtiveram diversos ganhos terapêuticos. Desta forma, as intervenções terapêuticas realizadas permitiram que os

adolescentes, uns com os outros e na interacção com a investigadora, pudessem encontrar um sentido de identidade e de significado para os seus conflitos internos.

## **5.2.Recomendações**

### **Aos psicólogos**

- Ressaltar a necessidade de acções de prevenção e promoção de saúde mental na adolescência.
- Fomentar estratégias das quais articulem junto às famílias e a sociedade no geral uma compreensão dos desafios inerentes da adolescência e, compreensão dos factores adoecedores.
- Difundir a prática da escuta e acolhimento sem julgamentos, buscando assim promover uma rede de apoio que possa contribuir para o desenvolvimento saudável dos adolescentes.

### **A família**

- Estabelecer uma relação positiva e afectuosa com os adolescentes, demonstrando interesse em seu bem-estar.
- Validar os sentimentos apresentados pelo adolescente, é fundamental para que o adolescente não tente reprimir o que sente e entenda que os pais estarão por perto para ajudar.
- Criar um ambiente familiar seguro e confortável, onde o adolescente se sinta protegido e, principalmente, sem medo de expressar suas preocupações.
- Mostrar apoio para procurar um profissional especializado em saúde mental na adolescência.

## Referências Bibliográficas

- Almeida-Filho, N. (1997). **Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates.** *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 524–529. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.524>
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed., rev.). American Psychiatric Association.
- Aragão, T. A. (2009). **Uma perspectiva psicossocial da ansiedade na adolescência.** Rio de Janeiro.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (5ª ed.). Artmed.
- Barbosa, C. (2004). **Ansiedade: possíveis intervenções na Análise do Comportamento.** In M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. C. Brandão, Y. K. Ingberman, V. M. Silva & S. O. Oliane (Orgs.), **Sobre comportamento e cognição** (Vol. 13, pp. 163–167). ESEtec.
- Bardin, L. (2011). **Análise de conteúdo** (Edição 70). Edições 70.
- Bastos, C. L. (2020). **Manual do exame psíquico: Uma introdução prática à psicopatologia** (4ª ed.). ThiemeRevinter Publicações.
- Bocchelli, L. P. C., & Santos, F. (2004). **Psicoterapia de grupo: Como surgiu e evoluiu.** *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 12.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (1999). **Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia** (13ª ed.). Saraiva.
- Bock, A. M. B. (2007). **Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica.** [Informação de editora faltante].
- Castillo, A. R. G., et al. (2000). **Transtornos de ansiedade.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Suppl. 2).
- Clark, C., et al. (2014). **Childhood and adulthood psychological ill health as predictors of midlife affective and anxiety disorders.** *Archives of General Psychiatry*, 64(6), 668–678.

Davidoff, L. L. (2001). **Introdução à psicologia** (3ª ed., L. Peres, Trad.). São Paulo: **Pearson Makron Books**.

Dumas, J. E. (2011). **Psicopatologia da infância e da adolescência** (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, J. J. S. (2002). **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, Apostila

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Gerhart, Silveira. (2009). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Gil, A. C. (2021). **Como fazer pesquisa qualitativa** (1ª ed.). Barueri: Atlas.

Gil, A. C. (2022). **Como elaborar projetos de pesquisa** (7ª ed.). Rio de Janeiro: Atlas.

Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N. P. (2017). **Sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes do ensino médio**. Revista de Psicologia da IMED, 9(1), 87–103.

Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N. P. (2017). **Sintomas de ansiedade em adolescentes**. Revista de Psicologia da IMED, 9(1), 87–103. (Duplicada, consolidada com a acima)

Heldt, E., et al. (2008). **Terapia cognitiva-comportamental em grupo para transtornos de ansiedade**. In A. V. Cordioli (Org.), **Psicoterapias: Abordagens atuais** (3ª ed., pp. xx–xx). Porto Alegre: Artmed.

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Orgs.). (2015). **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015–2017** (10ª ed., R. M. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Marcelli, D., & Braconier, A. (2008). **Adolescência e psicopatologia** (6ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). **Infância e psicopatologia** (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). **Fundamentos de metodologia científica** (5ª ed.). Atlas.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). **Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados** (7ª ed.). Atlas.

May, R. (1980). **O significado da ansiedade: As causas da integração e desintegração da personalidade** (Á. Cabral, Trad.). Zahar Editores S.A.

Oliveira, H. (2017). **Adolescer na contemporaneidade: Uma crise dentro da crise**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 20(2).

Organização Mundial da Saúde. (2009). **Child and adolescent health and development. OMS.**

Organização Mundial da Saúde. (2011). **Relatório sobre a saúde no mundo**. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2022). **Saúde mental dos adolescentes**. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). **Desenvolvimento humano** (12ª ed.). AMGH.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021/2022). **Desenvolvimento humano: Resumindo bullying** (14ª ed.). AMGH.

Pichon-Rivière, E. (2009). **O processo grupal** (8ª ed., M. A. F. Velloso & M. S. Gonçalves, Trads.). WMF Martins Fontes.

Ribeiro, M. S., & Poço, J. L. C. (2007). **Identificando problemas e rastreando transtornos em atenção básica à saúde mental**. In M. S. Ribeiro (Org.), **Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental** (pp. 27–52). Ed. UFJF.

Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23 (1), 64–73. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000100010>

Santos. (2021). **Tradução, adaptação cultural e propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa**. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

Silva, A. B. B. (2011). **Mentes ansiosas: Medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2004). **Psicoterapia de grupo: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed.

## **Apêndices (Instrumentos de recolha de dados)**

### **Apêndice I:**

#### **Termo de consentimento livre e esclarecimento**

Enquanto Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária na Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane, sob supervisão do Dr. Etelvino Mutatisse. Estou a desenvolver um trabalho de culminação de curso intitulado **Potencialidades da terapia de grupo na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes**, com a finalidade de verificar potencialidades da terapia de grupo com diagnóstico de ansiedade. Solicito, por isso, a sua participação neste estudo, preenchendo um questionário sociodemográfico, teste psicológico, participando da terapia em grupo, com duração estimada de 30 dias, em torno da sua experiência após o conhecimento do diagnóstico.

A sua participação nesta pesquisa deve ter um carácter voluntário e não envolve nenhuma remuneração, podendo desistir em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da colecta dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo entre ambas partes. Os resultados da pesquisa serão analisados no decurso da investigação, mas a sua identidade não será divulgada, uma vez que os dados são confidenciais.

#### **Consentimento pós-informação**

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido os termos contidos neste consentimento esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é voluntária e está formalizada por meio da aceitação deste termo. Podendo deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo entre ambas partes.

Ana da Rocha Faz Bem Iaia

  

---

**Contactos:** 847848747 / 878917847

Apêndice II

**Questionário Sociodemográfico**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Identificação**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Feminino \_\_\_\_\_

**Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:**

Nível médio \_\_\_\_\_ **Nível** superior \_\_\_\_\_

### Apêndice III

#### Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton

**Instruções:** Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

**Graus:** Nenhum= 0, Leve= 1, Médio= 2, Forte=3, Máximo=4

| Nº | COMPORTAMENTO                                                                                                                                                                      | GRAU |  |  |  |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|--|--|
| 1  | Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade.                                                                                                              |      |  |  |  |  |
| 2  | Sensações de tensão, fadiga, reacção de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.                                                         |      |  |  |  |  |
| 3  | Medo de escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência da exposição).                            |      |  |  |  |  |
| 4  | Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores nocturnos.                                                    |      |  |  |  |  |
| 5  | Dificuldade de concentração, falhas de memória.                                                                                                                                    |      |  |  |  |  |
| 6  | Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor.                                                                             |      |  |  |  |  |
| 7  | Dores musculares, rigidez muscular, contracções espáticas, contracções involuntárias, ranger de dentes, voz insegura.                                                              |      |  |  |  |  |
| 8  | Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensações de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos.                    |      |  |  |  |  |
| 9  | Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos vertigens, batimentos irregulares.                    |      |  |  |  |  |
| 10 | Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia.                                                                             |      |  |  |  |  |
| 11 | Deglutição fácil, aefagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, sensações de plenitude ou vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo. |      |  |  |  |  |

|    |                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 12 | Polaciúria, urgência de micção, amenorreia, menorragia, frigidez, erecção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido.                                                                               |  |  |  |  |  |
| 13 | Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras.                                                                                            |  |  |  |  |  |
| 14 | Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo. Agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes), franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial. |  |  |  |  |  |
|    | <b>Resultado Total:</b>                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |

## **Apêndice IV**

### **Questionário semiestruturado pré-psicoterapia**

- 1) Na sua opinião, como e que uma pessoa com um medo exagerado se comporta?
- 2) Em que momentos ou situações do dia-a-dia o seu medo exagerado é constatado?
- 3) Como você tem lidado com estas inquietações?
- 4) Você se sente com medo exagerado todos os dias?
- 5) O estresse também é um problema recorrente na sua vida?
- 6) Qual é a sua expectativa ou o que você espera da terapia de grupo?
- 7) Você acredita que se sentiria vinculado ao grupo durante as sessões terapêuticas?

## **Apêndice V**

### **Questionário semiestruturado pós-psicoterapia**

- 1) A sua expectativa sobre a terapia de grupo foi alcançada?
- 2) Como você lida com a ansiedade?
- 3) Houve mudanças na sua forma de pensar?