

**UFRRJ**  
**INSTITUTO DE AGRONOMIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**AGRÍCOLA**

**DISSERTAÇÃO**

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E**  
**PSICOEDUCAÇÃO SOBRE AUTOMANEJO EM**  
**ESTUDANTES DO IFES - *CAMPUS* ITAPINA**

**MARIANNA FONTES LEAL**

**2024**



CamScanner



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE AGRONOMIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AGRÍCOLA**

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E PSICOEDUCAÇÃO**  
**SOBRE AUTOMANEJO EM ESTUDANTES DO IFES - *CAMPUS***  
**ITAPINA**

**MARIANNA FONTES LEAL**  
*Sob orientação da Professora*  
**Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto**

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Educação**, no curso de Pós-Graduação em Educação Agrícola. Área de Concentração em Educação Agrícola.

**Seropédica, RJ**  
**Setembro de 2024**



CamScanner

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Biblioteca Central / Seção de Processamento Técnico

Ficha catalográfica elaborada  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L434 a Leal, Marianna Fontes , 1984-  
AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E  
PSICOEDUCAÇÃO SOBRE AUTOMANEJO EM ESTUDANTES DO IFES  
CAMPUS ITAPINA / Marianna Fontes Leal. -  
Seropédica, 2024.  
114 f.: il.

Orientadora: Ana Cláudia de Azevedo Peixoto.  
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural  
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Educação  
Agrícola, 2024.

1. Adolescência. 2. Ansiedade. 3. Ensino médio. 4.  
Instituto Federal . I. Peixoto, Ana Cláudia de  
Azevedo , 1973-, orient. II Universidade Federal  
Rural do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em  
Educação Agrícola III. Título.


"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001"

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE AGRONOMIA**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO AGRÍCOLA**

**MARIANNA FONTES LEAL**


Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação, no Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola, Área de Concentração em Educação Agrícola.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 01/08/2024

Documento assinado digitalmente  
 **ANA CLAUDIA DE AZEVEDO PEIXOTO**  
Data: 02/08/2024 11:21:05-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Cláudia de Azevedo Peixoto - UFRRJ  
(Orientadora)

Documento assinado digitalmente  
 **LUCIENE DE FATIMA ROCINHO**  
Data: 02/08/2024 11:56:10-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Luciene de Fátima Rocinholi - UFRRJ (Membro interno)

Documento assinado digitalmente  
 **MARCO ANTONIO FERREIRA DE SOUZA**  
Data: 02/08/2024 08:55:56-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof. Dr. Marco Antônio Ferreira de Souza - UFRRJ (Membro externo ao programa)

Documento assinado digitalmente  
 **LUIS ANTONIO MONTEIRO CAMPOS**  
Data: 03/08/2024 18:19:37-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof. Dr. Luís Antônio Monteiro Campos – UCP (Membro externo à instituição)

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe que sempre esteve ao meu lado me apoiando e me incentivando em tudo que me propus a fazer. Agradeço pelo cuidado, pelo amor e por todos os sacrifícios que você já fez para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai pelo apoio e palavras de incentivo. Agradeço sua presença, mesmo que distante, e a torcida incansável para que eu consiga realizar os meus sonhos.

À minha avó Rosita, meu maior exemplo de força e resiliência, meu muito obrigada pelo incentivo, pelo carinho e pelas palavras de sabedoria e aconchego sempre que precisei.

À minha madrastra agradeço o carinho e o incentivo e por tornar Brasília meu segundo lar.

Aos meus irmãos João e Emmanuel por colorirem de alegria a minha vida. Sou muito mais feliz por ter vocês como irmãos.

Aos meus amados tios, tias, primos e primas agradeço por serem meus pilares e serem essa família carinhosa e presente com quem posso contar sempre.

Ao meu tio Alexandre e à minha tia Patrícia por terem me acolhido por tanto tempo em seu lar. Obrigada por me incentivarem e me ajudarem tanto!

Aos meus amigos que me apoiaram durante esse período do mestrado. Carla e Alexandra, amigas queridas, obrigada pelos cafés e pelas conversas que tanto me incentivaram e me deram forças nesse processo.

À minha orientadora Profa. Dra. Ana Cláudia Peixoto pelas orientações e ensinamentos.

À minha turma DS 2022 agradeço por tornar as viagens ao Rio mais leves e alegres. Foi maravilhoso conhecer vocês!

E a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.



## RESUMO

LEAL, Marianna Fontes. **Avaliação dos sintomas de ansiedade e psicoeducação sobre automanejo em estudantes do Ifes - *campus* Itapina**. 2024. 114f. Dissertação (Mestrado em Educação Agrícola). Instituto de Agronomia, Programa de Pós-Graduação em Educação Agrícola - PPGEA, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2024.

Ansiedade é um sentimento comum, considerada uma resposta adaptativa ao perigo por diversos teóricos. Quando em excesso, pode acarretar diversos problemas no dia a dia daqueles que são acometidos por ela. Tem sido cada vez mais comum adolescentes apresentarem demandas ligadas a ansiedade em excesso como crises de pânico e de ansiedade, dificuldade em apresentar trabalho, esquecimentos em provas, entre outros fatores que podem trazer prejuízos para suas vidas acadêmicas. O presente trabalho tem como objetivo principal avaliar os níveis e sintomas de ansiedade de estudantes do Ensino Médio Integrado do Ifes – Campus Itapina. A pesquisa foi realizada em uma amostra de estudantes do terceiro ano do ensino médio do Campus Itapina, bem como dos três cursos técnicos por meio da aplicação de questionário socioeconômico, do Questionário para Triagem da Ansiedade Infantil (QTAI-C) – para os de 17 anos, da Escala de Ansiedade de Beck (BAI) – para os adolescentes de 18 e 19 anos e da realização de grupos focais. Foram encontrados níveis altos de ansiedade principalmente nas meninas e nos estudantes negros. Não houve diferença significativa entre os cursos. Foram realizados seis grupos focais, um em cada turma de terceira série, para psicoeducar sobre automanejo dos sintomas de ansiedade.

**Palavras-chave:** Adolescência. Ansiedade. Ensino médio. Instituto Federal.

## ABSTRACT

LEAL, Marianna Fontes. **Evaluation of anxiety symptoms and self-management psychoeducation of Ifes - Campus Itapina students.** 2024. 114p Dissertation (Master of Science in Agricultural Education). Institute of Agronomy, Postgraduate Program in Agricultural Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2024.

Anxiety is a common feeling, considered by several theorists an adaptive response to danger. In excess, can lead to several problems in day-to-day life to those who suffer from it. It has been increasingly common for teenagers to present demands tied to excess anxiety such as panic and anxiety attacks, difficulty speaking in public, forgetting what they studied during exams, and other factors that can cause problems in their academic life. The present study has as its main goal to evaluate the levels of anxiety among Ifes – Campus Itapina high school students. The participants were high school senior students in all three different courses. The instruments used were a socioeconomic questionnaire for all students, the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) for the seventeen-year-old students, the Beck Anxiety Inventory (BAI) for the eighteen- and nineteen-year-old students. After the questionnaires there was a focal group with all the different classes. High levels of anxiety were found mainly among girls and black students. There were no significant differences in levels of anxiety between courses. Six focus groups were organized, one in each senior classroom, in order to psychoeducate on the self-management of anxiety symptoms.

**Keywords:** Adolescence. Anxiety. High school. Federal Institute.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 - Idade</b> .....	55
<b>Gráfico 2 - Gênero dos participantes</b> .....	55
<b>Gráfico 3: Etnia dos participantes</b> .....	56
<b>Gráfico 4: Curso dos participantes</b> .....	56
<b>Gráfico 5: Regime de Internato</b> .....	56



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Artigos encontrados de acordo com a combinação de palavras-chave e separados por base de dados.....	44
<b>Tabela 2</b> - Fluxograma das etapas da revisão integrativa da literatura.....	45
<b>Tabela 3</b> - Artigos para análise e categorização .....	46
<b>Tabela 4</b> - Quantidade e porcentagem de estudantes em acompanhamento psicológico, acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação. ....	57
<b>Tabela 5</b> - Estrutura temática do grupo focal.....	60
<b>Tabela 6</b> - Distribuição percentual dos participantes nas faixas dos escores totais do BAI (Estudantes maiores de idade) n = 94.....	62
<b>Tabela 7</b> - Comparações (Teste t de Student) dos escores médios por subgrupos de estudantes maiores de idade nas variáveis SASM e BAI Bootstrapping (1000 re-amostragens: 95% IC BCa).....	64
<b>Tabela 8</b> - Análises de Covariâncias (ANCOVAs) entre variáveis de agrupamento e covariáveis de cuidados .....	65
<b>Tabela 9</b> - Distribuição percentual dos participantes nas faixas dos escores totais do QTAI-C (estudantes menores de idade) n = 24.....	66
<b>Tabela 10</b> - Comparações (Teste t de Student) dos escores médios por subgrupos de estudantes menores de idade nas variáveis SASM e BAI Bootstrapping (1000 re-amostragens: 95% IC Bca). ....	68

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>2</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>6</b>
2.1 Objetivo principal .....	6
2.2 Objetivos específicos .....	6
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>7</b>
3.1 Adolescência.....	7
3.1.1 Desenvolvimento físico e cognitivo durante a adolescência .....	8
3.1.2 Autoestima e desenvolvimento emocional na adolescência .....	12
3.1.3 Relações sociais na adolescência.....	16
3.2 Ansiedade e psicoeducação: conceitos e apontamentos .....	20
3.2.1 Ansiedade.....	21
3.2.2 Neurobiologia, vulnerabilidades e fatores de risco .....	22
3.2.3 Transtornos de Ansiedade .....	26
3.2.4 Ansiedade na adolescência .....	32
3.2.5 Ansiedade, influência cultural e suas consequências.....	36
3.2.6 Psicoeducação .....	38
3.3 Revisão integrativa da literatura .....	43
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>54</b>
4.1 Tipo de pesquisa .....	54
4.2 Local da pesquisa.....	54
4.3 Participantes .....	54
4.4 Instrumentos .....	57
4.5 Procedimentos .....	58
4.5.1 Coleta dos dados .....	58
4.5.2 Grupo focal (apêndice E– Roteiro).....	59
4.6 Questões éticas .....	61
4.7 Procedimentos pré-analíticos.....	61
4.8 Análise de dados .....	61
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>62</b>
5.1 Da avaliação dos sintomas de ansiedade .....	62
5.2 Dos resultados e avaliação do grupo focal .....	72
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>8 apêndice .....</b>	<b>85</b>
Apêndice A - Questionário Sociobiodemográfico .....	86
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	88
Apêndice C - Termo de Assentimento .....	90
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	92
Apêndice E - Roteiro para o Grupo Focal .....	94
<b>9 anexo .....</b>	<b>112</b>
Anexo 1 – Inventário de Ansiedade de Beck - BAI .....	113
Anexo 2 - Questionário Infanto-Juvenil .....	114

## APRESENTAÇÃO

A minha história com a psicologia iniciou-se oficialmente em 2004 ao ingressar na Universidade Federal do Espírito Santo para cursar a graduação. Nos cinco anos de duração do curso, tive diversas experiências diferentes com o atendimento a adolescentes e as dúvidas e angústias que perpassam esse universo. Foram oficinas, atendimentos individuais, demandas pessoais e escolares que me ajudaram a me preparar para atuar com esse público.

Em fevereiro de 2012, ingressei no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo, mais precisamente no campus Itapina. E nesses 12 anos de atuação vivenciei as demandas mais diversas no atendimento aos adolescentes. Das situações mais tranquilas às mais graves. Trabalhar com adolescentes não é uma tarefa fácil, mas pode ser imensamente prazeroso quando se permite estar aberto para acompanhar de perto e sem preconceitos ou pré-julgamentos esse universo.

Mudanças corporais, cognitivas, das responsabilidades, na natureza dos relacionamentos, nas relações familiares e nas emoções são algumas das mudanças pelas quais o adolescente passa. Qualquer uma dessas experiências demandaria um processo de adaptação e poderia gerar estresses. Os adolescentes, em sua maioria, vivenciam essas mudanças ao mesmo tempo. E em virtude dessas diversas mudanças vivenciadas, a adolescência se torna um dos períodos da vida de maior vulnerabilidade emocional. O que pode levar a episódios de ansiedade e à necessidade de apoio psicológico.

Essa pesquisa, apesar de ter sido realizada nesses dois últimos anos, é resultado de 12 anos de inquietação e de observação do crescimento da demanda por atendimento em virtude de questões ligadas à ansiedade: adolescentes que saem correndo da sala de aula em meio a uma apresentação de trabalho e correm para a sala do serviço de psicologia escolar chorando e dizendo não conseguir realizar aquela atividade por estarem muito ansiosos; estudantes que procuram o serviço e pedem ajuda para socorrer o(a) amigo(a) que está passando mal no banheiro, na sala de aula, no corredor, no pátio, com crises de pânico; adolescentes que têm dificuldade em realizar provas, apesar de saberem o conteúdo. E aqueles que encontram-se perdidos em relação ao futuro, sem saber o que fazer e em qual curso ingressar. Esse trabalho versa sobre essa temática - o ser adolescente diante de tantos desafios que a sociedade moderna impõe e dos sentimentos de ansiedade que aparecem nesse processo.

# 1 INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase de transição da infância para a vida adulta definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um período biológico, psicológico e social compreendido entre os 10 e os 19 anos (World Health Organization [WHO], 2011). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) restringe essa fase ao considerar apenas o período dos 12 aos 18 anos (Brasil, 1990). De acordo com Macedo, Petersen e Koller (2017), é um período do desenvolvimento em que ocorrem mudanças físicas, comportamentais, emocionais e cognitivas e foi estabelecido socialmente como a fase de mudança da infância para a vida adulta.

Para Cerqueira-Santos, Neto e Koller (2014), é necessário estabelecer um limite desenvolvimental que vá além do parâmetro etário e esteja relacionado a aspectos sociopsicológicos do ciclo vital e associam esse período à busca por autonomia em relação aos pais, necessidade maior de pertencimento nos grupos de pares, estabelecimento de uma identidade social, busca por relacionamentos e experimentações sexuais. Nesta perspectiva, concordamos com os autores, inclusive porque o limite etário pode não ser suficiente para prever o início e o final da adolescência ao considerarmos pessoas que estão vivenciando experiências e conflitos típicos desse período antes ou após o limite supracitado.

Entendendo o período do final da adolescência como um período de adultez emergente, Arnett (2006) estabelece a exploração da identidade, o autofoco intenso, o sentimento de “estar entre” por não serem mais crianças mas ainda não serem adultos, a instabilidade e a percepção de inúmeras possibilidades como os cinco aspectos mais significativos dessa etapa do desenvolvimento. Na transição da adolescência para a fase adulta, as exigências, demandas e tarefas se modificam e ficam mais complexas e as percepções acerca dessas questões podem contribuir para o surgimento de dificuldades internalizantes como a ansiedade (Macedo; Petersen; Koller, 2017).

Desse modo, é frequente a busca por atendimento psicológico em função da escolha profissional, dúvidas em relação ao futuro, pressão pelo bom desempenho na escola e para avaliações externas como vestibulares ou o Enem, além das dificuldades relacionais com familiares, amigos e pares românticos e os diferentes níveis de ansiedade sentidos frente a essas situações.

Segundo Clark e Beck (2012), a ansiedade se desenvolve, na maior parte dos casos, a partir de situações estressantes, pressões e demandas do cotidiano. Eles conceitualizam a ansiedade como

...um sistema de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo (isto é, modo de ameaça) que é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas são consideradas altamente aversivas porque são percebidas como eventos imprevisíveis, incontrolláveis que poderiam potencialmente ameaçar os interesses vitais de um indivíduo (CLARK ; BECK, p.17, 2012).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2022) publicou, em seu mais recente relatório sobre saúde mental, que a prevalência de transtornos mentais na população mundial é de 13%. Entre aqueles que sofrem com algum transtorno mental, 31% são acometidos por algum transtorno de ansiedade. O Brasil há alguns anos lidera esse ranking sendo o país com a maior porcentagem de habitantes com algum transtorno de ansiedade. Em levantamento realizado pela OMS em 2015, o mais recente realizado com dados do país, cerca de 9,3% da população brasileira, mais de 18 milhões de habitantes, apresentava sintomas compatíveis com transtorno de ansiedade (WHO, 2017).

A ansiedade considerada adaptativa pode funcionar como uma força motriz para impulsionar a realização de objetivos ao aumentar a motivação e intensificar o estado de

alerta e a concentração. No entanto, a ansiedade em excesso, que tem se tornado um problema comum entre jovens, pode afetar diversas áreas da vida (Boruchovitch; Costa, 2009; Wood, 2006). Esse quadro pode ser percebido entre os adolescentes do ensino médio, que têm apresentado cada vez mais sintomas de ansiedade ligados também a questões escolares específicas como a realização de provas ou a algum componente curricular como a matemática, que é um desafio comum, com diversos estudos apontando a correlação entre transtornos de ansiedade e baixo desempenho acadêmico. A ansiedade pode impactar no desempenho escolar desses estudantes, na sua autopercepção e consequentemente em sua motivação escolar podendo ocasionar reprovações e até evasão escolar (Boruchovitch; Costa, 2009).

Alguns pesquisadores apontam que a relação entre ansiedade e escola ainda é pouco pesquisada, apesar da relevância do tema (Oliveira; Boruchovitch, 2021). Grolli, Wagner e Dalbosco (2017) reforçam a importância de pesquisas que abordem a saúde mental de adolescentes considerando que essa etapa do desenvolvimento pode ser um momento turbulento em função das diversas mudanças – fisiológicas, sociais, emocionais – que ocorrem nesse período e tornam os adolescentes mais vulneráveis a adoecimentos emocionais. Além disso, reforçam o papel da escola na promoção da saúde mental desses estudantes, considerando que quadros de ansiedade podem contribuir para um aumento do sofrimento psíquico de adolescentes, assim como no insucesso escolar e evasão.

É possível perceber que existem no ambiente escolar diversas situações ansiogênicas e que além das vivências próprias da escola, os adolescentes também são influenciados por questões externas como família, vida social, mercado de trabalho que afetam a saúde mental, impactando o bem-estar e o desempenho acadêmico. A adolescência em si é um período de transição para a fase adulta que pode trazer consigo algumas turbulências emocionais. É de extrema importância a escola estar atenta às demandas relativas à ansiedade dos estudantes adolescentes. Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo, acolhedor em que é exigido um desempenho condizente com a idade é fundamental para a manutenção de uma saúde mental equilibrada e de um desempenho escolar satisfatório.

Diante do que foi exposto, a ideia para a presente pesquisa surgiu a partir do trabalho da pesquisadora como psicóloga na instituição de ensino técnico integrado ao ensino médio - o Instituto Federal do Espírito Santo - Campus Itapina - que é o lócus desta pesquisa. Em doze anos de atuação como psicóloga na educação e na instituição, foi percebido um considerável aumento na procura por atendimento psicológico por parte dos adolescentes, pais ou professores. Estudantes com quadros depressivos e/ou ansiosos, ideação suicida, dificuldades no relacionamento familiar ou com os pares, medo de não terem o desempenho necessário para aprovação ao final do ano, chegam cada vez em maior número ao serviço de Psicologia do Ifes/Itapina.

Dentre as demandas desses discentes, a queixa mais frequente diz respeito à ansiedade. Dificuldade em apresentar trabalhos para a turma (por se sentirem muito ansiosos), esquecimentos, “brancos” durante as avaliações, timidez extrema e consequente dificuldade em se relacionar com os colegas, situações consideradas ansiogênicas por esses alunos. Além dos casos supracitados, há ainda aqueles com quadros de transtorno de ansiedade, alguns diagnosticados e fazendo uso de medicação, apresentando crises de ansiedade ou de pânico.

A coordenadoria de atendimento multidisciplinar do campus Itapina é composta por 1 psicóloga e 1 assistente social para os aproximadamente 1100 estudantes da instituição. Este setor é responsável por lidar com as demandas da Assistência Estudantil. Quanto ao serviço de Psicologia oferecido, os estudantes podem buscar atendimento de forma espontânea ou podem ser encaminhados por outros setores da escola ou pelos seus responsáveis. Um serviço de Psicologia dentro da escola não possui característica clínica, portanto os estudantes são acolhidos, é verificada a demanda e, caso necessário, o estudante é encaminhado para serviço

externo em seu território (psicólogo clínico, psiquiatra, neurologista, entre outros). Entre as dificuldades enfrentadas está a precariedade da rede de saúde mental do município.

Conseguir encaminhar estudantes com suspeita de possíveis transtornos mentais ou com sofrimentos emocionais não pontuais para a rede pública de atendimento à saúde mental é um dos principais desafios vivenciados pelos profissionais da psicologia na instituição de ensino. Quando as famílias desses adolescentes não têm condições financeiras de arcar com tratamentos na rede particular, esses estudantes se deparam com longas filas de espera e outros complicadores como falta de profissionais disponíveis na rede pública.

Em casos de tentativas de suicídio, por exemplo, em Colatina não existe um centro de atenção psicossocial da rede pública voltado para adolescentes e jovens, para o qual a instituição de ensino possa encaminhar casos desta gravidade. O primeiro atendimento médico é realizado para salvar a vida no momento imediato à tentativa, mas o acesso ao tratamento psicológico não é automático. Esses complicadores acabam impactando negativamente na trajetória escolar desses adolescentes.

Outro desafio importante é a dificuldade das próprias famílias em aceitar que os adolescentes estão passando por situações de sofrimento emocional. Existe muito preconceito em relação a questões de saúde mental na nossa sociedade. Quando os estudantes apresentam em seu comportamento sinais de desânimo, perda de interesse por atividades e hobbies que antes o estimulavam e dificuldades em realizar atividades rotineiras diárias como arrumar o quarto ou fazer as tarefas escolares, por exemplo, por um período prolongado, muitas vezes é visto como simples preguiça, mas pode sinalizar sintomatologia de uma situação mais grave que precisa de atenção. E, orientar essas famílias para buscar tratamento psicológico torna-se um desafio para os profissionais da psicologia na escola.

Além disso, a compreensão sobre saúde mental, bem como sobre os direitos dos estudantes que apresentam algum transtorno mental, também tem se colocado como um desafio para as próprias instituições de ensino. É recente o entendimento de que alunos com algum tipo de adoecimento tem o direito de frequentar a escola garantido por lei. Há não muito tempo atrás, as instituições de ensino consideravam e até realizavam o cancelamento da matrícula desses estudantes por não saber como lidar com as questões comportamentais envolvendo transtornos mais severos como esquizofrenia, por exemplo. Muitos profissionais da educação, inclusive, não compreendem as questões que envolvem a ansiedade e taxam esses comportamentos como fingimento ou manha.

Diante do que foi exposto, evidencia-se a necessidade de que mais trabalhos abordando a temática da ansiedade em estudantes adolescentes sejam realizados, inclusive para que tabus e preconceitos envolvendo saúde mental sejam superados. Por isso, o presente trabalho busca avaliar os níveis e os sintomas de ansiedade em adolescentes do Ensino Médio Integrado do Ifes- campus Itapina. Partimos da hipótese de que existe uma relação entre sintomas de ansiedade e problemas acadêmicos, como a retenção, por exemplo.

Deste modo, o objetivo principal é avaliar os sintomas de ansiedade dos estudantes da terceira série do campus, para que os resultados obtidos possam contribuir para que profissionais da Psicologia tenham mais conhecimento acerca dessa problemática e possam atuar com mais eficácia dentro do ambiente escolar. Além de realizar grupos focais de psicoeducação sobre o autogerenciamento da ansiedade, contribuindo para a diminuição do sofrimento emocional desses estudantes, o que configura-se como principal objetivo específico deste estudo. Além deste, outros dois se desdobram: comparar os níveis de ansiedade entre os gêneros; e comparar os sintomas de ansiedade entre os estudantes dos diferentes cursos técnicos.

Os objetivos específicos relacionam-se com a necessidade de observar se há diferenças nos níveis de ansiedade considerando a terceira série dos diferentes cursos técnicos integrados ao ensino médio (Agropecuária, Zootecnia e Alimentos).

Como questões de pesquisa: Existe diferença na questão da ansiedade entre um curso e outro? Existe relação entre gênero e manifestação de ansiedade? Essas são questões norteadoras importantes que se conectam aos objetivos geral e específicos para responder o seguinte problema de pesquisa: qual o nível e os sintomas de ansiedade identificados nos alunos da terceira série dos cursos técnicos integrados ao ensino médio do Ifes, Campus Itapina?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Avaliar os sintomas de ansiedade dos estudantes da terceira série dos três cursos técnicos integrados ao ensino médio

### **2.2 Objetivos específicos**

Verificar se há diferença nos níveis de ansiedade entre os gêneros.

Verificar se há diferença nos níveis de ansiedade entre os estudantes dos diferentes cursos técnicos.

Realizar grupos focais de psicoeducação sobre o automanejo da ansiedade.



### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Adolescência

A adolescência é um período de várias transformações, tanto físicas e cognitivas, quanto emocionais e sociais. A chamada puberdade que vem de púbis, pelo em latim, há muitos anos vem sendo utilizada para exprimir as mudanças físicas pelas quais as pessoas passam nesse período. No entanto, a noção de adolescência como conhecemos atualmente nem sempre existiu (Coutinho, 2009).

Ao longo da história, a visão da adolescência foi se modificando. Nos séculos 4 e 5 A.C. na Grécia antiga, Platão e Aristóteles classificavam a adolescência como a terceira fase da vida, que ia dos 14 aos 21 anos, e era o período em que a capacidade de raciocínio se desenvolvia. Para Platão, a escolarização deveria acontecer apenas durante esse período, por acreditar que antes disso a mente não teria capacidade para aprender conceitos complexos. Aristóteles acreditava que crianças, como os animais, eram guiadas pela busca por prazer e apenas na adolescência as pessoas teriam capacidade para o raciocínio lógico e para escolhas racionais (Arnett, 2013).

Outro registro importante sobre o período da adolescência foi o livro autobiográfico de Santo Agostinho, escrito em 400 D.C., em que ele narra sobre sua vida no período da adolescência até o início da idade adulta. Nesse livro, ele relata como essa época de sua vida foi marcada por comportamentos impulsivos e hedonistas nos quais consumia muita bebida alcoólica, tinha relações sexuais com várias mulheres e gastava dinheiro em grandes quantidades. Também existem registros de que no período de 1500 até meados do século XIX na Europa, pessoas jovens ao final da adolescência muitas vezes mudavam-se da casa da família para morar com “senhores” responsáveis por ensiná-los um ofício, trabalhos rurais ou trabalhos domésticos (Arnett, 2013).

No entanto, de acordo com Ariès (2014), o conceito de adolescência como conhecemos atualmente começou a surgir no final do século XIX e início do século XX com as classes escolares e se consolidou após a primeira guerra mundial. A noção de infância também foi uma construção social anterior a este período. Até o século XVIII, as crianças eram compreendidas como adultos em miniatura. Não havia, desse modo, um cuidado específico com essa fase da vida. Até mesmo as roupas eram apenas reproduções menores das vestimentas feitas para os adultos. Do mesmo modo, a noção de adolescência, que também foi socialmente e historicamente construída, tem a primeira grande guerra como marco, pois, segundo o autor, surge a partir de então um senso de rebeldia e contestação de jovens em relação à guerra. Assim, a adolescência passa a ser vista socialmente como um período de valores e ideais diferentes aos preconizados pelos adultos e de aproximação aos grupos de pares. Um período de distanciamento da infância e de amadurecimento (Ariès, 2014).

O primeiro estudioso da adolescência foi Granville Stanley Hall, psicólogo americano fundador da Associação Americana de Psicologia, que publicou em 1904 o primeiro livro sobre esse período da vida chamado *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education* (Adolescência: sua psicologia e sua relação com fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação). Essa foi a obra que inaugurou os estudos sobre adolescência, área até então inexplorada. Hall se preocupava com a ausência de escolarização dos jovens e o início precoce no mundo do trabalho e na criminalidade. O trabalho de Hall foi fundamental para restringir o período de trabalho dos adolescentes e ampliar o período de escolarização obrigatória (Calligaris, 2011).

### 3.1.1 Desenvolvimento físico e cognitivo durante a adolescência

A puberdade marca as transformações físicas que geram o amadurecimento corporal pelos quais as pessoas passam no início da adolescência. Nas meninas é sinalizada com o início da menstruação e nos meninos com a primeira ejaculação de esperma vivo, chamado de espermarca. A partir de sinais de maturação do corpo como a produção de leptina pelas células de gordura, o hipotálamo produz o hormônio liberador de gonadotrofinas que faz com que a hipófise comece a produzir gonadotrofinas, que são o hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH). O FSH e o LH produzidos pela hipófise estimulam as gônadas a produzirem andrógenos e estrogênio, hormônios responsáveis por desencadear as transformações corporais da puberdade. Esse processo é afetado por diversas questões genéticas e ambientais, como nutrição, estressores, clima, exposição à luz solar e peso, fazendo com que a idade em que a puberdade se inicia varie entre pessoas, países e culturas (Arnett, 2013; Belsky, 2010).

Antigamente, de modo geral, a primeira menstruação acontecia por volta dos 16 anos, mas atualmente em função das diversas mudanças ambientais, a maioria das adolescentes tem menstruado pela primeira vez antes dos 13 anos. No entanto, em países mais pobres, em virtude da má nutrição e acesso à saúde, a idade da primeira menstruação não diminuiu muito. Excesso de exercícios, doenças e pobreza também afetam a idade de início da puberdade. A idade da primeira espermarca, sinal de fertilidade masculina, também tem diminuído nos meninos, apesar de não ser possível verificar a idade com precisão por ser um evento considerado oculto (Arnett, 2013; Belsky, 2010).

Alterações hormonais que ocorrem nesse período são responsáveis pelas mudanças físicas internas e externas como o aparecimento de pelos pubianos e nas axilas, aumento rápido da altura, musculatura e ossatura. Meninas tomam formas mais arredondadas, meninos pernas mais compridas que o tronco e ombros mais largos. Aumento do tamanho do útero, das mamas e dos órgãos sexuais são mudanças que também ocorrem nesse período. Essas alterações hormonais também são responsáveis pelo início dos desejos sexuais (Papalia; Feldman, 2013).

Além das mudanças na aparência trazidas com a puberdade, a adolescência também é um período de mudanças cerebrais e de desenvolvimento cognitivo. Duas mudanças importantes acontecem nesse período que tornam os circuitos cerebrais mais eficientes aumentando a eficácia do processamento de informação cerebral: a poda sináptica e a mielinização do córtex. A poda sináptica, que ocorre no início da adolescência, elimina ligações desnecessárias entre neurônios. Já a mielinização do córtex, que acontece durante todo o período da adolescência, aumenta a quantidade de mielina nos neurônios fazendo com que a transmissão de informações entre neurônios ocorra de maneira mais rápida. Além da diminuição da massa cinzenta, ocorre também um aumento de substância branca que contribui para tornar mais eficaz a conexão entre diferentes regiões do cérebro. Essas alterações cerebrais são responsáveis pelas mudanças cognitivas desse período etário (Steinberg, 2020).

Durante a adolescência, a capacidade cognitiva da maioria das pessoas se torna mais avançada e complexa. Há uma melhora na capacidade de resolução de problemas nessa etapa da vida em relação à infância, que acontece devido ao aumento na eficácia do processamento de informações. Durante a adolescência, a capacidade atencional fica mais avançada do que em estágios anteriores do desenvolvimento, mais especificamente a atenção seletiva e a atenção dividida. O adolescente passa a ser capaz de sustentar a atenção em um estímulo específico, ignorando outros por períodos mais longos de tempo, e de dividir a atenção para diferentes estímulos quando necessário. O mesmo pode ser dito sobre a memória. Tanto a capacidade para memória de longo prazo, quanto para memória de trabalho se desenvolvem ainda mais na adolescência. Durante esse estágio da vida, as informações são processadas de

maneira mais rápida do que na infância, e o esforço cognitivo necessário para processar uma informação diminui (Arnett, 2013).

De modo geral, há um salto no desenvolvimento das habilidades relacionadas às funções executivas em relação à infância. A capacidade de planejamento a longo prazo, de autocontrole, de organização e da autorregulação das emoções e do comportamento são alguns aspectos que melhoram durante esse período da vida. No entanto, o córtex pré-frontal termina de se desenvolver em torno dos 24 anos de idade, o que significa que apesar de haver um ganho nessas habilidades, elas ainda não estão completamente desenvolvidas e por vezes se mostram desreguladas. Isso faz com que o adolescente tenha uma tendência maior à impulsividade, ao envolvimento em comportamentos de risco e às explosões emocionais, consideradas típicas da idade. As diferenças individuais na maneira como cognição, emoção e comportamento interagem contribuem na vulnerabilidade do jovem para desenvolver problemas emocionais internalizantes e externalizantes e nas estratégias que ele utiliza para lidar com esses problemas (Steinberg, 2004).

Além da melhora no processamento de informações, outros avanços cognitivos importantes acontecem no período da adolescência. Steinberg (2020) sistematizou esses avanços em cinco aspectos. Um deles seria pensar sobre diferentes possibilidades. Nesse período da vida passa-se a pensar além do que realmente é, mas também no que poderia ser ou ter sido. É possível pensar sobre outras possibilidades além do que está sendo apresentado sobre uma ideia ou situação. Essa nova habilidade cognitiva contribui para o desenvolvimento do raciocínio dedutivo e do pensamento hipotético.

O segundo aspecto cognitivo importante desenvolvido nesse período é a capacidade de pensar sobre conceitos abstratos, sem a necessidade de que algo concreto esteja presente. Já a metacognição, que é a capacidade de pensar sobre pensar, é outro aspecto desenvolvido nessa época. Ela faz com que os adolescentes passem a refletir mais sobre o que sentem, as próprias emoções e o que outras pessoas possam estar pensando sobre eles. Isso contribui para tornar a adolescência um período de maior introspecção e de preocupação com a opinião alheia sobre si (Steinberg, 2020).

É nesse período também que as pessoas começam a pensar de modo multidimensional, ou seja, olhar uma situação sob vários aspectos, em múltiplas dimensões. Esse quarto aspecto do desenvolvimento, segundo o autor, faz com que os adolescentes consigam entender e utilizar maneiras mais complexas de comunicação, como o uso de metáforas, ironia e sarcasmo. O último aspecto observado pelo autor seria o relativismo adolescente, em que deixam de olhar as situações em termos absolutos. Essas mudanças cerebrais e cognitivas que fazem com que o adolescente entenda e consiga debater sobre conceitos mais complexos da sociedade em que vive como política, religião, ética e moral (Steinberg, 2020).

Essa etapa da vida é uma época importante para a construção da identidade em função dos diversos avanços cognitivos que acontecem nesse período e que modificam a maneira como as pessoas se veem, como pensam e os sentimentos que têm sobre elas mesmas. Dentre os mais importantes teóricos sobre adolescência está Erik Erikson (1987), um dos pioneiros sobre o tema da construção da identidade na adolescência, cuja teoria estabelecia que em cada estágio da vida existia uma crise psicossocial importante a ser resolvida. Para esse autor, crises são importantes para o desenvolvimento humano e podem funcionar como força motivadora do crescimento quando seus desfechos são positivos. Quando o desfecho é negativo e a crise não é resolvida de maneira adequada, ela impacta negativamente no desenvolvimento e na tarefa a ser resolvida na fase subsequente da vida.

Na adolescência, segundo Erikson (1987), a crise a ser resolvida seria a de estabelecer a própria identidade. Nesse período, enxergar quem se é, suas características, habilidades, interesses e estabelecer suas crenças e valores seria a tarefa mais importante a ser realizada. Apesar de a identidade ser reformulada ao longo da vida, o autor acreditava que a

adolescência era o período crucial para a formação da base da identidade e para mudanças futuras por ser nesse período do ciclo vital que as pessoas estariam finalmente preparadas para suportar a crise de identidade.

O teórico estabelece que tanto as mudanças fisiológicas quanto emocionais, cognitivas e sociais preparam o adolescente para vivenciar esse momento. Além disso, na sociedade contemporânea há uma distância significativa, ao compararmos com outros períodos, entre a infância e a vida adulta, tornando a adolescência uma espécie de moratória, em que diferentes papéis podem ser testados até que se decida o que se quer ser, o que é importante e em quê acreditar, contribuindo para a construção da identidade.

Apesar da moratória psicossocial relatada por Erikson (1987) não ser uma realidade para todos os jovens em função das diferenças socioeconômicas, esse período ainda é influenciado por escolhas a serem realizadas em relação ao próprio futuro. Fazer faculdade ou não, qual profissão escolher, quando sair de casa, investir nos estudos ou começar a trabalhar logo, em que trabalhar e se irão namorar, casar e constituir família são questionamentos que a maioria dos jovens se faz e que os forçam à introspecção e a buscar entender quem são, o que querem para seu futuro, quais possibilidades existem e quem eles podem ser. Essas mudanças sociais em conjunto com o desenvolvimento cognitivo afetam não só a maneira como os jovens pensam sobre si mesmos, mas como se veem em relação aos outros e à sociedade em que estão inseridos. Mudanças no autoconceito e na autoestima também são comuns nesse período e são afetados por esse processo (Steinberg, 2020).

Para Harter (2012), o autoconceito é construído a partir do desenvolvimento cognitivo e das influências socioculturais aos quais o adolescente está submetido. Essas influências, como ambiente, criação, experiências de vida e relação com o outro contribuem para as diferenças entre as pessoas e afetam a autoavaliação positiva ou negativa do autoconceito e seu conteúdo. Essas autorrepresentações são construídas ao longo da vida a partir de perspectivas cognitivas e sociais. As interações sociais desde a tenra infância contribuem e influenciam no modo como as pessoas se veem, e o desenvolvimento cognitivo contribui para integrar os componentes do autoconceito e para diferenciá-los dentro de diferentes domínios. Os domínios do autoconceito se modificam e se expandem à medida que as pessoas se desenvolvem, vivenciam experiências, interagem e amadurecem.

A complexidade das autorrepresentações das pessoas aumenta com o desenvolvimento cognitivo. Crianças menores conseguem se avaliar apenas em termos de bom ou ruim, “sei” ou “não sei”, entre outros preceitos dualistas, e se descrevem de maneira mais concreta, falando sobre o que têm, de quem são parentes e quais atividades fazem. A partir dos oito anos de idade essa avaliação passa a ser feita dentro de um espectro de “muito ruim” indo até “muito bom”, por exemplo. É nessa idade também que as crianças começam a formar o seu autoconceito e a se observarem a partir de seus cinco domínios: competência escolar, competência atlética, aceitação social, aparência física e conduta comportamental (Harter, 2012).

Os adolescentes já se descrevem de maneira mais abstrata, relatando suas características e seus traços de personalidade, e as autorrepresentações também se tornam mais complexas. Na adolescência, os domínios do autoconceito se ampliam para competência escolar, trabalho, competência atlética, aparência física, aceitação social, amizade, namoro e comportamento. E ao longo desse período ocorrem mudanças no autoconceito e na maneira como o adolescente se avalia. No início da adolescência, o jovem ainda não tem as características de seu autoconceito bem integradas. E as pressões sociais fazem com que ele tente agir de maneira a ser bem visto socialmente, mudando frequentemente a maneira como se porta dependendo de com quem está e do contexto social (Harter, 2012).

Nessa época há intensa preocupação com a opinião alheia e em como é avaliado pelos outros, principalmente seus pares. Apesar de o adolescente relatar muitas características

diferentes, algumas até opostas, isso não lhe causa preocupação. E relatos em que em um momento afirmam “sou extrovertido, converso com todo mundo”, “sou um aluno muito aplicado”, e em outro momento dizem “sou tímido, tenho dificuldade de conversar com os outros”, “não estudo com frequência e já deixei de fazer o dever de casa várias vezes”, nos quais se contradizem, são comuns nessa idade (Harter, 2012).

Na adolescência média essa falta de integração das características do autoconceito gera incômodo e sofrimento psíquico. O adolescente entre 14 e 16 anos percebe suas incongruências, mas tem dificuldade em integrá-las em um autoconceito satisfatório levando a confusões sobre a própria identidade. Por também ser um período de muita preocupação com a avaliação alheia e de comparação com o outro, a mudança de papéis e perfis de acordo com o contexto e com a companhia também acontece com frequência. E o sentimento de precisar mascarar o que realmente sente com o objetivo de agradar ou corresponder à expectativa alheia traz uma sensação de estar vivendo um falso eu. Tudo isso contribui para o conflito interno comum nesse período (Harter, 2012).

Já na adolescência tardia, de 17 a 19 anos, o jovem tem mais segurança sobre a sua identidade. Ele já consegue integrar de uma maneira um pouco mais coesa as características do autoconceito, que a princípio pareceriam opostas, adequando-as de acordo com o momento específico. Consegue reconhecer as múltiplas possibilidades de uma situação e reconhece os diferentes aspectos de seu comportamento e de suas características, aceitando as mudanças que podem ocorrer dependendo do contexto. Além disso, o adolescente passa a ter a capacidade de se colocar em uma situação de maneira diferente ao que ele realmente é, mascarando o que pensa e o que está sentindo sem que isso gere incômodos ou sofrimento psíquico. Um exemplo seria se apresentar de uma maneira mais formal e não falar o que realmente pensa durante uma entrevista de emprego, ou se mostrar mais extrovertido entre os amigos e mais tímido com pessoas que não conhece (Harter, 2012).

Além de estabelecerem seus autoconceitos, os adolescentes também possuem versões ideais, temidas e as que deveriam ser de si mesmos, com as quais contrastam suas versões reais. A versão ideal seria aquela com as características que ele considera importantes e o que ele sonha ser. Já a versão temida seria aquela que ele não gostaria de se tornar. E a versão que deveria ser seria aquela com as características que a própria pessoa ou outras do seu convívio acredita que ele deveria ter. Essas versões representam os objetivos, medos, sonhos, metas, desafios e ameaças percebidos e idealizados pelo adolescente. Elas podem servir como um fator motivador para que o adolescente tente evitar se tornar a versão temida e busque se parecer cada vez mais com a versão idealizada. Elas também servem como parâmetro com o qual o jovem pode avaliar a versão real de si mesmo. Essas versões são influenciadas pelo contexto sociocultural do adolescente, suas vivências e interações sociais (Higgins, 1987; Markus; Nurius, 1986).

A existência dessas versões pode ter um impacto positivo ou negativo na vida do jovem. Quando as versões idealizadas são muito diferentes das versões reais, essa discrepância pode contribuir para baixa autoestima, sentimentos de inadequação e fracasso, estratégias de coping insatisfatórias como a ruminação mental e pode até contribuir para o desenvolvimento de transtornos como depressão e ansiedade. Uma discrepância grande entre a versão ideal e a versão real pode ser preditora de humor depressivo em adolescentes. Já uma diferença significativa entre a versão que deveria ser e a versão real pode prever ansiedade patológica (Higgins, 1987; Papadakis *et al.*, 2006).

Essas versões funcionam como mecanismo regulatório do próprio comportamento. Se o adolescente se visualiza se formando na escola, entrando na faculdade e em seguida conseguindo um bom emprego, como sua versão ideal, e se visualiza reprovando, não conseguindo entrar na faculdade e, conseqüentemente, não conseguindo um bom emprego, como sua versão temida, ele estará mais propenso a estudar para suas avaliações e realizar



suas tarefas escolares. O equilíbrio entre a versão idealizada e a versão temida é importante para comportamentos positivos na adolescência. Oyserman e Markus (1990), ao estudarem a influência das versões ideal e temida no comportamento de delinquência em adolescentes, encontraram relação entre a falta de equilíbrio entre essas duas versões e delinquência juvenil.

Para conseguir atingir objetivos, metas e sonhos, é necessário que o jovem consiga se ver realizando aquelas ações, que aquilo seja considerado possível de ser alcançado por ele. Nos adolescentes estudados pelos autores, quanto maior o desequilíbrio, mais grave o comportamento de delinquência. E por mais que existisse uma versão temida deles mesmos, a ausência de versão idealizada possível fez com que a versão temida não fosse suficiente para impedir o comportamento indesejado.

Esses achados foram corroborados por Oyserman, Bybee e Terry (2006) que em uma intervenção com jovens com desempenho acadêmico insatisfatório verificaram que o papel regulatório do comportamento das versões possíveis só acontece quando as versões ideais são consideradas acessíveis pelo jovem, quando ele percebe as estratégias necessárias e as dificuldades que serão encontradas para colocá-la em prática e quando é congruente com sua identidade. Ao colocarem em prática uma intervenção que combinava todos esses fatores, os autores observaram uma melhora no desempenho acadêmico, no humor e na autorregulação dos adolescentes.

### **3.1.2 Autoestima e desenvolvimento emocional na adolescência**

Autoestima é a avaliação subjetiva que a pessoa faz de si mesma. O marco teórico dos estudos sobre autoestima foi a publicação de Rosenberg (1965) sobre a autoimagem do adolescente. Nela, o autor define autoestima como sendo o modo como o indivíduo se sente sobre si mesmo, suas opiniões, atitudes e avaliações positivas ou negativas sobre si. A maneira como a pessoa se avalia depende do contexto histórico e sociocultural no qual está inserida e é influenciada pelo que é socialmente valorizado.

A autoestima começa a ser formada na infância a partir das interações com as pessoas importantes do convívio, familiares, professores, entre outros. A maneira como a criança é tratada pelo outro, se é valorizada ou não, além das experiências positivas e negativas vivenciadas por ela contribuem para formar a avaliação que faz de si mesma. Ambientes hostis, pouco acolhedores, com punições excessivas, bem como situações de humilhação, negligência, violência e rejeição tendem a produzir pessoas com baixa autoestima. Já ambientes acolhedores, com afeto, atenção, pouco julgamento, respeito e elogios tendem a produzir pessoas com alta autoestima (Assis; Avanci, 2004).

A autoestima é um fenômeno pouco investigado no Brasil, no entanto é um fenômeno extremamente importante de ser observado e acompanhado nos adolescentes. Diversos estudos internacionais demonstram a ligação entre autoestima e resiliência, saúde mental, criatividade e bom desempenho escolar, e na relação que o jovem estabelece consigo mesmo e com o outro e em como percebe o mundo à sua volta. Baixa autoestima costuma estar associada a desempenho escolar insatisfatório, isolamento, sensibilidade a críticas, falta de assertividade e, em casos mais graves, depressão, ansiedade e suicídio (Assis; Avanci, 2004).

A autoestima pode ser avaliada como um construto global ou como específica a um determinado domínio do autoconceito. A autoestima global seria a avaliação de modo geral que a pessoa faz de si mesma. Já a específica a um determinado domínio do autoconceito seria a avaliação que a pessoa faz de si em relação àquele domínio específico. A autoestima específica aos domínios pode impactar a autoestima global, dependendo da avaliação que a pessoa faz em relação àquele autoconceito e à importância que ela designa àquele autoconceito. Se um adolescente se julga negativamente no domínio competência atlética, mas esse domínio não é valorizado por ele, isso não irá impactar negativamente a autoestima

global desse jovem. Da mesma forma, um adolescente cujo desempenho acadêmico esteja insatisfatório e que considere importante o domínio competência escolar terá sua autoestima global impactada negativamente (Harter, 2012).

Teóricos ainda não conseguiram chegar a um consenso sobre a estabilidade da autoestima, com alguns considerando-a como um traço de personalidade. Alguns propõem que o grau de autoestima é estabelecido na infância a partir das experiências vivenciadas, e ao longo da vida aquele indivíduo terá uma tendência a autoestima baixa ou alta, independentemente de seus sucessos ou fracassos. Outros propõem que a autoestima é variável e que seu grau oscila ao longo da vida, dependendo das experiências vivenciadas, dos sucessos e dos fracassos, e de como são percebidos pelos pares.

Alguns estudos com adolescentes, no entanto, demonstram que a estabilidade ou instabilidade da autoestima varia de indivíduo para indivíduo. Alguns demonstram estabilidade, com pouca variação da autoestima, enquanto outros demonstram instabilidade, relatando alteração da autoestima dependendo do dia, do contexto e até das pessoas com quem está no momento (Arnett, 2013; Harter, 2006).

De modo geral, a estabilidade da autoestima tende a oscilar ao longo da adolescência. Adolescentes mais jovens tendem a apresentar muita oscilação em relação à autoestima, e a preocupação com a opinião e com o julgamento alheio, típica da idade, também impacta a avaliação que fazem deles mesmos. Enquanto o apoio recebido por pessoas consideradas importantes por eles impacta positivamente na autoestima, o contrário também acontece. Na adolescência média a preocupação com o julgamento e a opinião alheia aumenta e com ela aumentam também as oscilações na autoestima. A tendência é que a autoestima global caia nesse período, e com a introspecção comum da idade pensamentos ruminativos de autojulgamento negativo e de percepção de julgamento negativo alheio tendem a aumentar, impactando negativamente a autoestima. Na adolescência tardia, a autoestima tende a ficar mais estável, e os jovens buscam valorizar os domínios do autoconceito em que têm um bom desempenho. Também começam a se autoavaliar com base nos próprios valores e no que eles julgam importante e não na opinião alheia (Harter, 2012).

Apesar da avaliação global da autoestima mudar com a percepção de competência em domínios que os jovens consideram importantes, um domínio comum à maioria dos jovens e considerado o preditor de autoestima global alta ou baixa é o domínio aparência física. Durante toda a adolescência, a maneira como o jovem se sente em relação a sua aparência impacta diretamente sua autoavaliação global. Diversos estudos mostram que mesmo com bom desempenho e avaliação nos outros domínios do autoconceito, a insatisfação com a própria aparência tende a gerar baixa autoestima. Esse impacto pode ser visto em ambos os gêneros, no entanto, a avaliação positiva do domínio aparência física é maior nos meninos do que nas meninas (Shapka; Keating, 2005).

As mudanças corporais resultantes da puberdade afetam tanto a autoestima quanto o autoconceito do adolescente, e as modificações no modo de pensar afetam como eles reagem e lidam com as mudanças físicas. Além disso, a cultura em que estamos inseridos, na qual há uma supervalorização da aparência e constante exposição em redes sociais, contribui para um excesso de preocupação com atributos físicos e para a insatisfação corporal. Padrões sociais de beleza irreais e idealizados, divulgados pela mídia, provocam sentimentos de inadequação e a consequente insatisfação com a própria aparência que podem ter efeitos nocivos à saúde física e mental.

Em uma província da ilha de Fiji, cuja tradição cultural incentivava apetites e corpos robustos, pesquisadores estudaram o impacto da chegada da televisão na população de meninas adolescentes. Ao terem acesso a imagens de pessoas extremamente magras, várias adolescentes desenvolveram comportamentos de transtorno alimentar, como a privação de

alimentos e o vômito após se alimentarem em um local em que transtornos alimentares eram considerados raros (Becker *et al.*, 2002).

No serviço de psicologia escolar, é comum chegarem demandas por atendimento com queixa de insatisfação corporal, principalmente por parte das meninas. A maioria demonstra não estar feliz com o peso, com o formato do corpo, com o cabelo e com os traços do rosto. Mesmo meninas consideradas dentro do padrão de beleza vigente apresentam essas queixas. As meninas, em sua maioria, ao relatarem essa insatisfação o fazem demonstrando muita vergonha e sofrimento. Em casos mais drásticos, relatam histórico de dietas restritivas e de transtorno alimentar.

Uma situação que ilustra esse descontentamento com a própria aparência ocorreu com o retorno ao ensino presencial e subsequente melhora da pandemia de covid 19. O uso de máscaras respiratórias deixou de ser obrigatório, e tiveram casos de alunas que não queriam deixar de usar as máscaras, mesmo com o possível incômodo físico trazido por elas, porque estas escondiam seus rostos e elas se sentiam mais à vontade com elas por não gostarem da própria aparência.

Essas questões são fundamentais para ajudar a compreender parte do sofrimento psíquico comum na adolescência. A metacognição, que proporciona a capacidade de pensar mais sobre as próprias emoções e sobre o que outros pensam de você, contribui para o período chamado de “egocentrismo adolescente”, no qual o jovem se dá muito mais importância em relação ao foco dos pensamentos alheios do que realmente é, acreditando que os outros estão sempre prestando atenção e reparando no que estão fazendo. Isso muitas vezes causa sofrimento em relação à própria aparência porque o adolescente acredita que todos em sua volta estão reparando o que está vestindo, se tem acne, se não está na moda e, possivelmente, o julgando de maneira negativa (Arnett, 2013).

Além das mudanças físicas, cognitivas e sociais, a adolescência é um período em que também ocorrem muitas vivências emocionais. Essas emoções podem ser tanto positivas quanto negativas, mas costumam ser vividas intensamente. Quando positivas elas podem representar fatores de proteção que ajudam o jovem a passar por essa fase da vida. Caso negativas e frequentes - e se não cuidadas - podem representar um fator de risco para o desenvolvimento saudável do adolescente (Mendes *et al.*, 2017).

A regulação emocional seria a capacidade do indivíduo em lidar com suas emoções, sejam elas positivas ou negativas, de maneira eficaz, aceitando-as e continuando a agir com essas emoções. A intensificação excessiva e a desativação excessiva das emoções seriam exemplos de desregulação emocional, quando a pessoa tem dificuldade em processar suas emoções. A desregulação emocional contribui para a vulnerabilidade do adolescente a diversas psicopatologias, como depressão e ansiedade (Leahy; Tirch; Napolitano, 2013).

Existem diferenças nas habilidades dos indivíduos em identificar as próprias emoções, as dos outros e as causas e consequências das emoções, além dos tipos de estratégias que utilizam para lidar com cada emoção. Essas diferenças individuais têm impactos na socialização do adolescente. Aqueles com melhor capacidade de regulação emocional costumam ter mais competência social, ter relacionamentos interpessoais de mais qualidade e engajarem em comportamentos pró-sociais (McLaughlin *et al.*, 2011).

Nessa época da vida, os jovens experienciam emoções de maneira mais frequente e intensa e apresentam uma dificuldade maior na regulação dessas emoções. McLaughlin, Garrad e Sommerville (2015), sugerem que a reatividade emocional no período da adolescência é diferente não apenas por todas as mudanças vivenciadas nessa etapa, mas também por subprocessos fisiológicos e emocionais que acontecem durante essa época da vida. São observadas mudanças na reatividade, na maneira como avaliam subjetivamente os próprios estados emocionais e na regulação emocional em relação às reações emocionais.



Segundo os autores, no quesito reatividade fisiológica, estudos demonstram aumento na reatividade de adolescentes para eventos sociais concretos que envolvam possíveis julgamentos e a necessidade de performances, inclusive para a mera possibilidade desses eventos, se comparados a crianças e adultos. Adolescentes exibem maior ativação do sistema nervoso autônomo (SNA) e do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) em resposta a estímulos ambientais e a estressores. A maneira como o jovem avalia subjetivamente os próprios estados emocionais influencia quais tipos de estímulos provocam uma reação. A reatividade fisiológica aumenta, mas não em todas as situações, apenas naquelas consideradas importantes e valorizadas pelo adolescente. De modo geral, situações sociais provocam maior reatividade e alterações de humor. Aquelas nas quais o jovem se sente excluído ou julgado geram humores negativos, e aquelas nas quais o jovem se sente aceito geram humores positivos.

Em relação à infância, a capacidade de regulação emocional melhora durante a adolescência, no entanto ainda não está totalmente desenvolvida. O córtex pré-frontal, que tem um papel importante na regulação emocional, ainda está em desenvolvimento durante esse período, impactando na capacidade do jovem de regular as próprias emoções. Então, estratégias que contribuam para modificar a valência e a intensidade de uma experiência afetiva ainda estão sendo aprendidas. Além disso, a regulação emocional do adolescente muda de acordo com o contexto em que está. A reavaliação cognitiva é uma estratégia importante de regulação emocional, porque faz com que o indivíduo enxergue de maneira diferente uma situação considerada negativa que está vivenciando e tente alterar seu significado emocional. Adolescentes têm mais dificuldade em fazer a reavaliação cognitiva de uma situação vivenciada para que seu impacto emocional negativo seja menor. Também usam com menos frequência estratégias para se distraírem em relação a um estímulo aversivo e costumam utilizar comportamentos de ruminação mental. Isso acontece principalmente em relação a situações sociais, contexto que geralmente é atribuído maior importância pelos adolescentes (McLaughlin; Garrad; Sommerville, 2015).

A adolescência é uma etapa da vida crucial no desenvolvimento da regulação emocional em função de todas as mudanças psicossociais enfrentadas nesse período. Os jovens têm que aprender a lidar de maneira cada vez mais autônoma e independente dos pais, com todas as adversidades e mudanças. E a aproximação cada vez maior com os pares trazem outros desafios socioemocionais que precisarão de regulação emocional para serem enfrentados adequadamente (McLaughlin *et al.*, 2011).

A partir do conhecimento de que a adolescência é um período de maior preocupação, sensibilidade e reação a avaliações sociais, Sommerville *et al.* (2013) conduziram um estudo para identificar a relação entre o desenvolvimento da modulação de sistemas socioafetivos do cérebro e a preocupação do adolescente com avaliação social. Os autores verificaram que a possibilidade de avaliação social já seria suficiente para reações autonômicas e emocionais por parte dos jovens e que contextos de avaliação social por pares influenciam o comportamento do adolescente. Isso é sinalizado pela maior conectividade entre áreas específicas do córtex pré-frontal envolvidas nos comportamentos de motivação social. Isso contribuiria para que o adolescente se envolva em comportamentos de risco ou em outros comportamentos mal adaptativos, mesmo sabendo serem comportamentos indesejáveis. A avaliação positiva pelos pares é considerada mais importante e, consequentemente, afetaria o julgamento do adolescente.

Fatores neurobiológicos contribuem para a propensão dos adolescentes a se engajarem em comportamentos de risco e a maior vulnerabilidade a psicopatologias. A adolescência é um período de maior vulnerabilidade ao estresse, principalmente naquelas situações em que o jovem se sente sem o controle da própria situação e do estresse causado por ela. Situações causadoras de estresse provocam a liberação de dopamina. Os níveis altos de dopamina

afetam o funcionamento do córtex pré-frontal e também prejudicam o julgamento, a tomada de decisão e a autorregulação do comportamento (Arnsten; Shansky, 2004).

Além da vivência mais intensa e mais frequente das emoções, os adolescentes vivenciam a diminuição de estados emocionais positivos durante esse período, não em função do aumento de estados emocionais negativos, mas em função da deterioração dos estados emocionais positivos. Apesar da maioria dos adolescentes vivenciar esse período de maneira saudável, existe um risco aumentado para o desenvolvimento de psicopatologias (Larson *et al.*, 2002). As interações sociais também influenciam diretamente no humor. Ao vivenciarem mais interações sociais positivas do que negativas, os jovens relatam humor positivo naquele dia. Ao vivenciarem mais interações negativas, relatam humor negativo. A valência emocional das interações sociais tem um impacto direto no bem-estar do adolescente (Flook, 2011).

O avanço no desenvolvimento cognitivo acompanhado da imaturidade ainda presente faz com que adolescentes tenham alguns comportamentos desafiadores como discutir apenas para vivenciar essa sensação e para demonstrar sua capacidade de raciocínio, além de procurar e apontar inconsistências e incongruências em figuras de autoridade como os pais (Mendes *et al.* 2017).

### **3.1.3 Relações sociais na adolescência**

Durante a adolescência, aumentam os conflitos entre pais e filhos, sendo que a maioria relata serem conflitos por questões triviais, como horário de dormir, horário para chegar em casa, quando começar a namorar, quais lugares o adolescente pode frequentar, entre outros. E apesar da maioria dos pais relatar um bom relacionamento com os filhos, no qual eles dividem afeto e valores de vida importantes, a maioria também relata diminuição no tempo que passam juntos e aumento do estresse no relacionamento em relação à infância (Arnett, 1999).

Esses conflitos podem ser resultado da busca do adolescente por autonomia e individuação e da dificuldade dos pais em lidarem com o crescimento dos filhos. É comum que o relacionamento entre pais e filhos fique mais tranquilo após esse período (Steinberg; Morris, 2001).

A família tem muita influência no desenvolvimento do adolescente e pode representar um fator de risco ou de proteção. Famílias em que há diálogo, afeto, respeito, acolhimento e cujo estilo parental é autoritativo, contribuem para amenizar adversidades vivenciadas pelos adolescentes fora do ambiente familiar. No entanto, a própria família pode representar adversidade e ser um fator de risco. A maioria dos casos de abuso sexual acontece dentro do âmbito familiar, por exemplo. Violência física ou sexual, estilos parentais autoritários e ausência de afeto, respeito e diálogo estão associados a questões desenvolvimentais negativas nos adolescentes, como baixa autoestima, dificuldade de socialização e transtornos mentais (Morais; Lima; Fernandes, 2014).

Diferentes estilos parentais influenciam no tipo de relacionamento que o jovem tem com a sua família e no seu desenvolvimento social. Estilos parentais autoritativos ou democráticos estimulam a participação do adolescente na família e o estabelecimento de relações de afeto e respeito mútuo, mesmo que conflitos possam ocorrer ocasionalmente. Em relação ao desenvolvimento social, esses jovens tendem a ser mais confiantes, terem menos problemas de conduta, melhor saúde mental e bom rendimento escolar. Estilos parentais autoritários ou negligentes afastam, física e/ou emocionalmente, o adolescente do convívio familiar e contribuem para problemas escolares e de conduta, além de maiores índices de depressão e ansiedade (Oliva, 2004).

Nesse período, o adolescente costuma se distanciar um pouco mais da convivência dos pais e da família e se aproximar mais de seus pares. Isso faz parte do processo de ter mais

autonomia e tornar-se independente. As relações de amizade são extremamente importantes para o desenvolvimento psicossocial do adolescente. São nessas relações que o jovem aprende sobre o mundo além da família, encontra apoio social e avalia seu desempenho a partir das habilidades demonstradas pelos amigos, utilizando-os como referência. Autoconceito, autoestima e autoeficácia são influenciados e afetados por essas relações (Desousa; Rodríguez; Antoni, 2014).

Diversas variáveis afetam as amizades entre pares, como traços de personalidade e interesses, além de fatores como bairro onde mora, escola em que estuda e qual igreja frequenta. A ausência dessas relações pode afetar negativamente o desenvolvimento da socialização e das habilidades sociais dos adolescentes. Ao contrário da infância, as amizades nesse período da vida são muito mais complexas. São relações em que o adolescente divide seus anseios, medos, desejos, dúvidas e angústias sobre a vida. Os grupos de amigos tornam-se um espaço considerado seguro para o compartilhamento de ideias e a possibilidade de estar próximo a pessoas de valores semelhantes. Além disso, as amizades passam a ser compostas com mais afeto e intimidade, servindo também de aprendizagem para relações românticas futuras (Desousa; Rodríguez; Antoni, 2014).

As amizades são extremamente benéficas e fundamentais ao desenvolvimento saudável do adolescente. No entanto, existem casos em que essas relações trazem prejuízos para os jovens. Nesse período do desenvolvimento o adolescente apresenta capacidade cognitiva para estabelecer o que é certo e errado e o que deveria fazer em uma situação, no entanto, em função da regulação emocional imatura, da suscetibilidade à influência dos pares e ao controle de impulsos incipiente, é possível que os adolescentes não tomem as melhores decisões sobre o que fazer em uma determinada situação. As influências sociais contribuem para que os jovens engajem em comportamentos de risco mesmo que saibam que o comportamento não é adequado (Steinberg, 2004).

Comportamentos de violência como bullying e cyberbullying também são influenciados pelas amizades. E quando o que pratica o ato de violência faz parte do grupo de amizade é difícil que haja repreensão das atitudes violentas por parte do grupo, servindo de testemunhas e contribuindo para a manutenção do bullying (Lawrenz; Habigzang, 2017). Altamente influenciados pelos amigos, os adolescentes modelam comportamentos e atitudes pelo grupo do qual fazem parte, portanto, se fizerem parte de um grupo com comportamentos positivos, que busque se desenvolver e que valorize o estudo, a tendência é que o adolescente siga esse modelo. Já em casos de grupos que se envolvem em comportamentos de risco, como delinquência, uso de drogas e bebida alcoólica, e que não valorizem a educação, a tendência é que o adolescente seja influenciado por esses parâmetros (Santrock, 2014).

A relação com os amigos também aparece no serviço de psicologia escolar. Adolescentes demonstram angústia e ansiedade em situações de rompimento de amizades, brigas e às vezes solicitam atendimento em grupo para conversar sobre o que está acontecendo no relacionamento, em função de muitas vezes não conseguirem ser claros e expressar completamente o que sentem para os amigos com medo de que a amizade seja prejudicada. Em grupos maiores é comum que um ou outro tenha sentimentos de estar sendo negligenciado pelos amigos e que isso representa que a amizade irá acabar. Lidar com as mudanças no relacionamento dos grupos também pode ser algo difícil. A entrada de novos integrantes ou o fato de alguém começar a namorar e passar mais tempo com o parceiro(a) modifica a dinâmica dos grupos e pode causar preocupação no adolescente.

Outra questão importante é o sentimento por parte dos adolescentes que têm dificuldade em formar amizade. Não conseguir fazer parte de um grupo ou ter um amigo de referência costuma suscitar relatos de ansiedade e humor depressivo e até vontade de não retornar à escola. É notório que a adaptação à nova vivência escolar é muito mais tranquila quando o estudante consegue estabelecer um grupo de amigos. Esse grupo serve de apoio para

estudar, para aprender o que se tem dificuldade, para realizar trabalhos em grupo e para lidar com outros estresses causados pelo ambiente escolar.

Além dos relacionamentos de amizade, é nessa fase da vida que começam, para a maioria das pessoas, os relacionamentos românticos. A partir da puberdade tem-se o início dos desejos sexuais direcionados a outra pessoa e a busca por parceiros. É comum que esses parceiros sejam encontrados nos grupos de amigos e que os adolescentes tenham suas primeiras vivências da sexualidade, como o primeiro beijo e a primeira relação sexual. Os relacionamentos românticos passam a ter maior importância da metade para o final da adolescência, período no qual esses relacionamentos costumam ser mais duradouros e servir como segurança emocional, apego e apoio para o jovem (Oliva, 2004).

A média de idade do início das relações sexuais no Brasil é de 15 a 16 anos. E a impulsividade típica da adolescência contribui para comportamentos sexuais de risco, como relações sexuais sem preservativos e terem muitos parceiros sexuais. Isso pode resultar em gravidez indesejada e na contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Lawrenz; Habigzang, 2017).

Outra questão importante nessa fase da vida é a descoberta da orientação sexual. A partir do surgimento dos desejos sexuais, esses podem ser direcionados a pessoas do sexo oposto, do mesmo sexo ou de ambos. A sociedade contemporânea é heteronormativa, o que significa que adolescentes que se percebem sentindo-se atraído por pessoas do mesmo sexo estariam rompendo com essa norma. Relacionamentos homoafetivos podem ser alvo de julgamentos e de preconceitos por parte da sociedade, incluindo familiares e amigos. A não aceitação por parte de amigos e familiares pode levar esses adolescentes ao sofrimento e, consequentemente, torná-los mais vulneráveis a adoecimentos emocionais (Lawrenz; Cerqueira-Santos; Habigzang, 2016).

Os adolescentes também procuram muito o serviço de psicologia escolar com demandas sobre relacionamentos amorosos e sobre orientação sexual. Entre as principais queixas sobre relacionamentos está o término de namoros. Muitas vezes, esses são os primeiros relacionamentos considerados sérios pelos jovens, e o término pode impactar muito como se sentem e até atrapalhar o seu desempenho escolar. Queixas sobre não conseguir prestar atenção na aula ou realizar as tarefas escolares por estarem pensando no(a) ex-namorado(a) são comuns. Além disso, muitos ficam com o humor deprimido enquanto vivenciam esse luto. Em casos mais extremos, os jovens relatam ideação suicida após o término. Lidar com a rejeição de um parceiro romântico não é algo fácil para os adolescentes.

Em relação à orientação sexual, as maiores queixas são sobre lidar com a descoberta dos próprios desejos sexuais por alguém do mesmo sexo e a aceitação da família. Alguns adolescentes relatam que quando se descobriram tendo desejos por pessoas do mesmo sexo se sentiram angustiados e com vergonha. O discurso de que homossexualidade é errado, utilizado por algumas pessoas e instituições, afeta esses jovens que acreditam que se sentirem atraídos por alguém do mesmo sexo é algo errado, algo que eles precisam mudar. Já recebemos casos de adolescentes buscando no serviço de psicologia escolar a cura para esses desejos. Além de lidar com os próprios sentimentos em relação a sua sexualidade, muitos adolescentes precisam lidar com os sentimentos da família. É comum nesses casos que os jovens fiquem com medo de relatar sua orientação sexual para seus familiares com receio de serem rejeitados pelas pessoas que amam. E ao ouvirem discursos preconceituosos sobre a comunidade LGBTQIAP+ vindos de familiares, o medo e a angústia sobre a possibilidade de se assumirem para suas famílias aumentam.

Além dos fatores físicos e socioemocionais, a transição entre infância, adolescência e fase adulta envolve fatores sociais. A OMS considera como adolescentes as pessoas entre 10 e 19 anos. Esse período de postergação da idade adulta só foi possível com o aumento da longevidade, o aumento do nível de desenvolvimento dos países no século passado e com as

mudanças sociais decorrentes disso como, por exemplo, os avanços das novas tecnologias, as mudanças nas formas de sociabilidade, a extrema mediatização da vida, entre outros fatores. Foi possível estabelecer um período de preparação para a vida adulta, com foco na escolha da faculdade, profissão, carreira e estilo de vida (Belsky, 2010).

No entanto, essas características e possibilidades variam entre as culturas, países e até dentro do mesmo país, dependendo da classe social ao qual esse jovem pertence, porque alguns adolescentes precisam começar cedo a busca por uma fonte de renda para contribuir com a família ou até mesmo para conseguir continuar estudando. No contexto brasileiro, ao qual se aplica esta pesquisa, a postergação da vida adulta de que fala a autora não é o padrão comum dos adolescentes do Ifes, campus Itapina. A maioria começa a ter responsabilidades da vida adulta ainda na fase da adolescência, ajudando com o sustento das famílias, cuidando de irmãos menores e acumulando tarefas domésticas.

Isso é corroborado por Ozella e Aguiar (2008), que pesquisaram as concepções de adolescência pelos próprios adolescentes entrevistando jovens das classes A, B, C, D e E, e encontraram que a adolescência vivenciada entre os jovens das classes A e B e a vivenciada entre os das classes C, D e E são distintas. Enquanto os adolescentes do primeiro grupo estão preocupados com faculdade, autonomia, tempo para ser irresponsável, namorar e se divertir, os do segundo demonstram tristeza por não conseguir vivenciar a adolescência “normal” que é mostrada pela mídia. Esse grupo apresenta preocupação com trabalho e em ajudar financeiramente a família e, muitas vezes, não está preocupado em entrar na universidade no futuro e sim em procurar um trabalho de onde possa conseguir seu sustento.

Os adolescentes do campus Itapina, em sua maioria, buscam o ingresso na graduação e falam ser esse o motivo de terem procurado o Ifes para terem melhores condições acadêmicas de realizarem o Exame nacional do ensino médio (ENEM) e conseguirem ingressar em uma universidade pública ou conseguirem uma bolsa de estudos em uma faculdade privada. Uma das questões que aparece nos atendimentos como foco de preocupação e ansiedade de muitos adolescentes é não conseguirem entrar na universidade imediatamente após o término do ensino médio, pois relatam que suas famílias não teriam condições de arcar com os custos de um cursinho preparatório. Além disso, muitos se preocupam em ser um peso financeiro para a família e sinalizam que se não passassem no vestibular “de primeira” gostariam de trabalhar para contribuir com a renda da família.

Em 2011, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicou um relatório específico sobre a adolescência brasileira falando sobre as especificidades da adolescência no Brasil, as dificuldades pelas quais os adolescentes passam, os entraves para o desenvolvimento dos adolescentes no país e políticas públicas que podem ser implementadas a fim de melhorar o cenário brasileiro.

O Brasil teve muitos avanços em relação a condição de ser adolescente e aos direitos que esse grupo alcançou por meio de conquistas legais nacionais e internacionais, como a Convenção sobre os Direitos da Criança, em 1989, o artigo 227 da constituição de 1988<sup>1</sup> e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que contribuíram para a diminuição da taxa de mortalidade infantil e dos índices de exploração de mão de obra infanto-juvenil. No entanto, o país ainda apresenta um quadro de grande desigualdade entre seus adolescentes. O ECA estabelece diversos direitos do adolescente, como saúde, educação, convivência familiar, esporte, cultura, lazer, entre outros. Mas nem todos os adolescentes têm acesso pleno a esses direitos, portanto a adolescência não é um período equânime entre os jovens brasileiros (UNICEF, 2011).

---

<sup>1</sup> O artigo 227 da Constituição de 1988 discorre sobre os deveres da família, do Estado e da sociedade em relação às crianças e aos adolescentes e os direitos que devem ser garantidos a esse público.



O Brasil é um país de adolescências. Dependendo do lugar onde se vive, dos acessos que se tem e da comunidade da qual faz parte, a adolescência pode ter características bem diferentes. E o direito de ser adolescente é constantemente violado em função das vulnerabilidades e desigualdades presentes nas vidas desses jovens. Pobreza, baixa escolaridade, violência, exploração e abuso sexual são alguns dos fenômenos sociais que impactam negativamente o desenvolvimento dos adolescentes. Nesse relatório, a UNICEF reafirma a importância da educação como agente de mudança socioeconômica e transformação na vida dos adolescentes. O acesso à educação de qualidade contribui para a saída da pobreza e para formação de sujeitos críticos e cientes de seus direitos (UNICEF, 2011).

No campus no qual a pesquisadora trabalha é possível observar o impacto dessas questões no dia a dia dos estudantes. Os cursos do ensino médio integrado ao ensino técnico funcionam em turno integral, e os estudantes têm em torno de 15 componentes curriculares, o que resulta em média em 8 aulas por dia que os estudantes precisam participar presencialmente, além de outras atividades como exercícios, estudar a matéria ensinada, assistir vídeo aulas, trabalhos acadêmicos e estudar para provas que os estudantes realizam fora da escola. Uma das questões que gera procura pelo serviço de psicologia é a dificuldade em acompanhar o ritmo e o nível acadêmico da escola, decorrendo em resultados escolares insatisfatórios. Dificuldade em entender o que é ensinado em sala de aula, em estabelecer uma rotina de estudos e em acompanhar o progresso escolar dos colegas são resultados também da precariedade do ensino fundamental frequentado por esses estudantes antes de ingressarem no campus. Essa dificuldade demonstrada por alguns alunos por vezes resulta em reprovações e essas contribuem para que o estudante abandone a escola.

A adolescência é um período de muitas mudanças a serem enfrentadas pelos jovens em vários aspectos de suas vidas. O corpo e a aparência se modificam. A maneira de pensar e de encarar o mundo muda. E junto com isso os papéis sociais atribuídos a eles. Não são mais crianças, mas também não são adultos. Precisam enfrentar diversas decisões difíceis, como escolher a profissão, se vai fazer faculdade, se vai trabalhar, se vai fazer os dois ao mesmo tempo, se vai se tornar independente ou permanecer na casa dos pais, entre outras decisões importantes que mudam de acordo com a realidade do jovem. O fato de o adolescente ainda estar em formação contribui para que muitas vezes ele não esteja preparado para lidar com as mudanças sociais desse momento da vida e elas se tornam estressores importantes. Isso em conjunto a fatores biológicos como genética e temperamento, podem deixar o jovem mais vulnerável a desenvolver transtornos mentais como os de ansiedade.

### **3.2 Ansiedade e psicoeducação: conceitos e apontamentos**

As emoções humanas são reações neurais e químicas complexas, divididas em primárias, aquelas que são inatas, ou seja, não precisam ser aprendidas; as secundárias, que são aprendidas e sofrem influência da cultura e do contexto social; e as emoções de fundo, que são considerados estados gerais. Darwin foi o primeiro a observar que diferentes espécies expressavam as emoções de modo similar e a postular, a partir daí, que as emoções eram inatas e que também evoluíam, o que sinalizaria sua importância para a sobrevivência das espécies. As emoções teriam um papel de ajustar o organismo à situação, regular o estado interno e reagir de maneira específica, de modo que fosse mais favorável à sobrevivência (Damásio, 2015; Lent, 2010).

As emoções apresentam manifestações tanto fisiológicas quanto comportamentais. As fisiológicas, apesar de terem um padrão (o coração acelerar e o rosto empalidecer quando se está com medo, por exemplo), apresentam nuances diferentes para cada pessoa. Já as

comportamentais podem ser divididas em involuntárias, que fogem ao controle da pessoa, e voluntárias, que são consideradas mais complexas por divergirem muito de indivíduo para indivíduo. Essas manifestações das emoções podem ser imediatas, ou seja, próximas às situações causadoras, ou prolongadas, quando essas manifestações duram por muito tempo, podendo tornarem-se crônicas (Lent, 2010). Os transtornos de ansiedade são exemplos de manifestações fisiológicas e comportamentais crônicas das emoções.

Medo e ansiedade estão intrinsecamente ligados. Ambos são respostas do indivíduo a situações possivelmente ameaçadoras. E, apesar de serem diferentes, o medo está presente na ansiedade. O medo é considerado uma das emoções básicas dos seres humanos, ou seja, aquelas que são inatas, que não precisam ser aprendidas. Definido por Clark e Beck (2012, p. 17) como um “estado neurofisiológico automático primitivo de alarme”, o papel do medo é alertar para possíveis perigos à integridade física das pessoas a fim de que quem esteja em risco possa reagir e assim contribuir para a perpetuação da espécie humana.

Já a ansiedade seria um estado emocional que envolve respostas cognitivas, comportamentais, afetivas e também fisiológicas para lidar com esses possíveis perigos. O medo trata de uma resposta automática a uma ameaça iminente de perigo, já a ansiedade refere-se a um estado emocional diante de situações em que o indivíduo imagina e/ou prevê que irão acontecer e causar algum prejuízo (Clark; Beck, 2012).

### **3.2.1 Ansiedade**

A ansiedade é inerente ao ser humano e, assim como o medo, tem a função de proteção ao fazer com que a pessoa se prepare para situações ameaçadoras. A principal diferença entre ansiedade normal e ansiedade patológica se dá principalmente em relação ao impacto que ela tem na vida do sujeito. A ansiedade considerada normal tem um impacto positivo e motivador. É importante para os processos criativos, para a inteligência e para a sobrevivência. É de baixa intensidade e duração e aparece como mecanismo de defesa em situações adequadas. Já a ansiedade patológica seria aquela de grande intensidade, que paralisa e impacta a vida da pessoa de maneira negativa. A ansiedade patológica é disruptiva, dura mais tempo, e muitas vezes aparece sem motivo aparente desencadeando uma série de sintomas (Barlow, 2002).

Além da duração e intensidade, dizemos que a ansiedade é desadaptativa quando a avaliação dos possíveis riscos de uma situação acontece de maneira errônea, julgando como ameaçador aquilo que não é (Clark; Beck, 2012). Assim, quando a ansiedade está em um estado anormal, ela passa a causar prejuízos para a vida da pessoa acometida por essa condição podendo, muitas vezes, passar a ser considerada um transtorno.

No serviço de psicologia relativo ao contexto escolar, é comum lidarmos com situações em que a anormalidade da ansiedade resulte em prejuízos acadêmicos. No dia a dia é frequente a procura do serviço por estudantes relatando crises de ansiedade diante da realização de avaliações, especialmente das matérias que têm mais dificuldade. Outro motivo relatado pelos estudantes para crises de ansiedade frequentes são as apresentações de trabalhos diante da turma, o ato de falar em público, especialmente. E isso não acontece apenas em turmas que tenham problemas de entrosamento. Turmas consideradas acolhedoras e nas quais os estudantes têm um bom relacionamento com os colegas também ocorre de ter alunos com muita dificuldade em apresentar trabalhos, relatando sintomas ansiosos e até medo de não conseguir falar, de gaguejar, de ser julgado pelos colegas, de não realizar uma boa apresentação e ser avaliado de maneira insatisfatória.

Além desses casos que envolvem a dinâmica escolar, também é comum de ser relatado pelos alunos no serviço de psicologia da escola crises de ansiedade que tenham conexão com problemas familiares, como separação dos pais, abuso de álcool ou drogas por parte dos pais

ou responsáveis e crises financeiras ou doenças na família. Conflitos entre colegas e relacionamentos interpessoais dentro e fora da escola, como término de namoro, também são situações comuns relatadas pelos alunos como disparadoras de crises de ansiedade.

Clark e Beck (2012) sugerem cinco critérios para diferenciar a ansiedade normal da ansiedade patológica, aquela que necessitaria de uma intervenção profissional, que são: cognição disfuncional, funcionamento prejudicado, manutenção, alarmes falsos e hipersensibilidade a estímulos. A cognição disfuncional seria o erro na avaliação de situações de perigo, ou seja, a pessoa julga como sendo ameaça algo que objetivamente não é. Funcionamento prejudicado seria um prejuízo funcional na vida da pessoa, na capacidade de realização das atividades rotineiras em diversas áreas, como escola, trabalho, relacionamentos, entre outros. Manutenção seria o tempo pelo qual a pessoa se sente ansiosa. Em condições normais, a ansiedade duraria apenas durante a situação ameaçadora, já em condições anormais de ansiedade, esse sentimento dura por muito mais tempo. Alarmes falsos seriam o sentimento de ansiedade sem situações ameaçadoras. Já a hipersensibilidade a estímulo ocorre quando o indivíduo tem uma gama maior de situações que considera ameaçadoras e que geram respostas ansiosas.

### **3.2.2 Neurobiologia, vulnerabilidades e fatores de risco**

Toda emoção é composta pela sua expressão comportamental (feições e modo de agir), pela experiência subjetiva, pela percepção cognitiva e pela resposta neurobiológica (Barlow, 2002). Com a ansiedade não é diferente.

Situada abaixo do córtex no lado medial do lobo temporal, a amígdala (ou complexo amigdalóide) é a área do cérebro considerada o “botão” de disparo das emoções. Ela quem recebe as informações do estímulo de medo e as envia para as outras áreas para que essas comandem as reações necessárias correspondentes. O núcleo lateral da amígdala recebe estímulos sensoriais do tálamo sensorial, do tecto mesencefálico, das áreas corticais sensoriais e de áreas parietais multissensoriais. Já as informações mais complexas que requerem uma avaliação pelo córtex cerebral chegam a partir do córtex do giro temporal superior, do córtex inferotemporal, das regiões associativas do lobo temporal medial, do córtex pré-frontal, do córtex cingulado e do giro parahipocampal. Ao receber essas informações, a amígdala dispara sinais via seu núcleo central para outras regiões do corpo para que a pessoa possa reagir de modo correspondente à situação (Bear, Connors, Paradiso, 2017; Lent, 2010).

O hipotálamo recebe os sinais da amígdala e os envia para o sistema nervoso autônomo (SNA) e para o sistema endócrino ativando o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HPA) e o sistema nervoso simpático e ocasionando as manifestações fisiológicas da ansiedade. Já a substância cinzenta periaquedutal e a área tegmentar ventral recebem as informações do complexo amigdalóide e organizam as manifestações comportamentais adequadas (Bear, Connors, Paradiso, 2017; Lent, 2010).

O eixo HPA é responsável pelas respostas hormonais da ansiedade. O hipotálamo quando ativado pela amígdala secreta o hormônio liberador de corticotrofina (CRH), que por sua vez provoca a liberação, pela adeno-hipófise, de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) no sangue. O aumento do ACTH no sangue faz com que a glândula supra renal secrete cortisol. O cortisol na corrente sanguínea impacta o organismo como um todo para lidar com o estímulo estressor colocando em uso as reservas de energia e causando a imunossupressão. (Bear, Connors, Paradiso, 2017).

O sistema nervoso simpático (SNS) quando é ativado responde de maneira a preparar o indivíduo para lidar com o perigo, o chamado sistema de “luta ou fuga”. Nesse momento várias áreas do corpo sofrem alterações no seu funcionamento (A pupila dilata, os batimentos cardíacos aceleram, a salivação é inibida, há um relaxamento das vias aéreas, entre outros.) a



fim de que o corpo como um todo esteja mobilizado na sobrevivência da pessoa vivenciando a situação de risco (Bear, Connors, Paradiso, 2017).

Um indivíduo com ansiedade patológica pode ter um funcionamento inadequado do complexo amigdalóide. É possível que o núcleo central não esteja recebendo informações de estímulos aversivos, e ainda assim envie comandos para o corpo agir, fazendo com que a pessoa seja altamente reativa mesmo na ausência de riscos. Também é possível que o núcleo lateral não receba nenhuma informação de perigo e ainda assim acione o núcleo central da amígdala, fazendo com que a pessoa seja hipersensível a estímulos ambientais interpretando situações neutras como situações de risco (Landeira-Fernandez, 2011).

O nosso organismo possui a ansiedade como um sistema de defesa para possíveis perigos. No entanto, existe a possibilidade de erros de percepção ocorrerem. Nós podemos perceber uma situação como perigosa e na verdade ela não ser, o chamado falso positivo, e podemos estar em uma situação perigosa e não a percebermos como tal, o chamado falso negativo. Os falsos positivos provocam um gasto de energia sem necessidade quando o corpo se prepara para reagir ou fugir do perigo, já os falsos negativos podem custar a vida do indivíduo por não se preparar para lidar com o perigo. Ambas as situações trazem prejuízos. No entanto, do ponto de vista evolutivo, falsos negativos representam um risco maior à continuidade da espécie. Esse seria um dos motivos da prevalência alta dos transtornos de ansiedade (Landeira-Fernandez, 2011).

Barlow (2002) sugere que ansiedade é sempre orientada para o futuro e tem um componente de sensação de falta de controle por um possível evento negativo que poderá ocorrer. Barlow também propõe um modelo para a ansiedade em que diante de um estímulo considerado ansiogênico (inclusive estímulos que a pessoa não tem consciência que considera ansiogênico) o sujeito tenha sensações negativas com uma percepção de falta de controle e a ativação dos sistemas envolvidos para lidar com algum perigo (ativação Sistema nervoso simpático e eixo Hipotálamo-hipófise-suprarrenal). Ocorre uma mudança do foco atencional do exterior para os processos ansiosos internos, ao mesmo tempo em que aumenta a hipervigilância motivada por vieses cognitivos atencionais, interpretando mais situações como ansiogênicas e focando mais em situações ansiogênicas, fazendo com que o indivíduo tenha um desempenho disfuncional naquilo que está realizando. Essa vivência faz com que a pessoa tente lidar evitando possíveis situações que causem ansiedade e se preocupando em excesso, tentando planejar soluções para possíveis situações aversivas (Barlow, 2002).

No modelo cognitivo de ansiedade, Clark e Beck (2012) também apontam a sensação de falta de controle como fator contribuinte para o estado de ansiedade, além da preocupação de ser vulnerável a possíveis perigos externos e internos. Para esses autores, determinam o estado de ansiedade a avaliação que a pessoa faz da situação que está vivenciando, dos possíveis perigos e dos possíveis auxílios, além da autoavaliação da sua própria capacidade para lidar com aquela situação.

A principal premissa da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) é que a maneira como as pessoas pensam afeta como se sentem fisiologicamente, suas emoções e como se comportam. A forma como o indivíduo pensa sobre alguma situação vai ditar como ele reage a ela (Beck, 2013). Partindo desse pressuposto, o que determina é o que o indivíduo pensa sobre alguma situação que a torna ansiogênica pra ele, e não a situação em si. Isso ajuda a explicar por que determinados estímulos geram sentimentos ansiosos em algumas pessoas e em outras não. História de vida e experiências anteriores mudam o modo de pensar sobre as situações. Se alguém vivenciar uma experiência considerada traumática com um cachorro na infância, é mais provável que forme crenças de que cachorros atacam, de que são perigosos, e se sinta ansioso ao entrar em contato com um.

No contexto escolar, isso ajuda a explicar por que alguns estudantes relatam crises de ansiedade ao falar em público na apresentação de trabalhos para a turma, por exemplo,

mesmo em ambientes acolhedores e com entrosamento entre os colegas. Nestes casos, estes alunos olham para aquela situação como um grande perigo de ridicularização ou erro diante da turma ainda que não haja este risco efetivamente e reagem a isso como uma situação ameaçadora, tornando-a ansiogênica para eles. Enquanto isso, há outros estudantes que não veem ameaça nesse tipo de situação ou que, mesmo considerando uma situação difícil, acreditam ter habilidades suficientes para lidar com ela. Indo ao encontro do que explicam Clark e Beck (2012) e Barlow (2002), isso influencia no nível de ansiedade sentido pelo estudante.

Além disso, pelo fato do *locus* de observação desta pesquisa se tratar de um ambiente escolar rural, ocorre de alguns alunos relatarem no serviço de psicologia escolar medo de animais com os quais têm que lidar nas aulas, como galinhas e peixes, por exemplo. Por enxergarem essas aulas práticas como uma situação ameaçadora, os alunos acabam relatando sentimentos ansiosos e muito desconforto. Isso acaba trazendo prejuízos para o rendimento escolar porque esses estudantes, por não acreditarem ter as habilidades necessárias para lidar com aquela situação, respondem com tentativas de evitação e fuga, podendo causar reprovação por faltas.

Clark e Beck (2012) elaboraram um modelo cognitivo da ansiedade patológica que incorpora a premissa principal da TCC. Diante de um estímulo ou situação considerada ameaçadora, o indivíduo faz duas avaliações, uma seguida da outra, mas que parecem simultâneas. A avaliação primária de ameaça, que seria a ativação do modo de ameaça primitiva, é uma avaliação automática da proximidade temporal e/ou física dessa ameaça, a probabilidade de que ela ocorra e quais danos poderia causar. Já a avaliação secundária, que seria a reavaliação elaborada secundária, diz respeito à avaliação dos recursos disponíveis como habilidades pessoais, ajuda externa e os aspectos de segurança de modo geral para o enfrentamento dessa ameaça. Nos transtornos de ansiedade, o indivíduo superestima a suposta ameaça e os danos que pode causar em sua vida e subestima sua capacidade de lidar com ela, intensificando os níveis de ansiedade.

Além do julgamento errôneo do suposto perigo e de suas habilidades para lidar com ele, existe um aspecto da ansiedade patológica chamado processamento inibitório da segurança que previne o indivíduo de perceber sinais de segurança em uma situação e a possibilidade de um desfecho positivo, impedindo assim que o nível de ansiedade diminua. Esse processamento inibitório também faz com que a pessoa busque formas inadequadas de se sentir segura evitando, assim, o estímulo aversivo, o que a impossibilita de enfrentá-lo e verificar a superestimação do perigo, contribuindo para a manutenção da ansiedade (Clark; Beck, 2012).

Apesar da avaliação consciente do ambiente e dos estímulos ansiogênicos fazerem parte da ansiedade, esse processo pode acontecer de modo não consciente, como no caso das pessoas com transtorno de pânico. Primeiro elas sentem a resposta do sistema autonômico do corpo e então atribuem a algum fator externo que passa ser considerado perigoso ou ameaçador. Exemplo disso é o caso de alguém que é assaltado por um homem vestindo uma blusa azul e passar a se sentir desconfortável e ansioso na presença de homens vestindo blusa azul sem entender o porquê. Uma vez que a associação entre estímulos e ameaça/perigo é feita, o processo ansioso pode ser desencadeado sem que a pessoa perceba os motivos (Suárez *et al.*, 2012).

Enquanto Barlow (2002) considera a ansiedade um estado de impotência devido à sensação de falta de controle sobre eventos futuros, Clark e Beck (2012) consideram como um senso de vulnerabilidade ampliado.

A experiência da ansiedade crônica, patológica, pode fazer com que quem a vivencie passe a ter comportamentos de evitação do estímulo ansiogênico. Já aqueles cujos estímulos são muito difusos e/ou em muita quantidade também podem desenvolver a preocupação

crônica em uma tentativa de estar preparado para possíveis perigos. Assim como a ansiedade, esses comportamentos de evitação e preocupação podem se tornar crônicos e patológicos, trazendo prejuízos para as diferentes esferas da vida da pessoa. (Suárez *et al.*, 2012)

Suárez *et al.* (2012) e Barlow (2002) diferenciam a ansiedade do medo pelo caráter antecipatório da ansiedade. Um dos componentes dos transtornos de ansiedade são as crises de pânico, sintomas autonômicos da ansiedade que, dependendo das características, curso e frequência, também podem ser um tipo de transtorno de ansiedade. O pânico é considerado por Suárez *et al.* (2012) e Barlow (2002) como sendo o medo acontecendo em momentos inadequados, sem a presença real de perigo. E de acordo com o DSM 5, os sintomas dos ataques de pânico são: calafrios ou ondas de calor; tremores ou abalos; palpitações, coração acelerado ou taquicardia; sensação de falta de ar ou sufocamento; parestesias; dor no peito; sensações de asfixia; náusea ou desconforto abdominal; sudorese; sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; desrealização ou despersonalização; medo de perder o controle ou “enlouquecer”; e medo de morrer (APA, 2014).

De modo geral, as causas do desenvolvimento de um transtorno mental são multifatoriais, com componentes individuais, como genética e temperamento, familiares, como conflitos, maus tratos e traumas, escolares, como fracasso escolar e bullying, e comunitários, como pobreza e violência (Bressan *et al.*, 2014).

Suárez *et al.* (2012) propõe que a etiologia da ansiedade patológica se dá pela existência de uma tripla vulnerabilidade que consiste em vulnerabilidade biológica geral, vulnerabilidade psicológica geral e vulnerabilidade psicológica específica. Esses fatores contribuíram de maneiras diferentes com o surgimento de transtornos de ansiedade. A vulnerabilidade biológica geral seria a herança genética que pode contribuir para o temperamento e para ser mais reativo a estressores. Os autores encontraram que o fator de temperamento mais associado com o desenvolvimento de transtornos de ansiedade é o neuroticismo, que é o traço de personalidade associado à instabilidade emocional e tendência a emoções negativas como a angústia. A vulnerabilidade psicológica geral seria um sentimento de falta de controle frente às situações adversas consideradas ansiogênicas e da falta de habilidades para lidar com essas situações. Essa sensação de falta de controle seria resultado de vivências da infância em conjunto com estilos parentais inconsistentes ou superprotetores/controladores.

Quanto à vulnerabilidade psicológica específica, Suárez *et al.* (2012) explicam que pode ser desenvolvida de três maneiras diferentes: por meio de envolvimento direto em uma situação que desperte sentimentos ansiosos; ao presenciar ou ouvir relatos de situações causadoras de ansiedade; ou ao vivenciar uma situação de “alarme falso” em que a pessoa sente sintomas ansiosos em uma situação específica, mesmo que nada ameaçador ou negativo tenha ocorrido. A interação desses três tipos de vulnerabilidade seria responsável pelo desenvolvimento da ansiedade patológica.

A ansiedade patológica também tem um componente de autoperpetuação que contribui para sua manutenção. Ao vivenciar a ansiedade, o indivíduo passa a ficar em um estado de alerta e de valência negativa com hiperfoco nos próprios pensamentos e ações. Além disso, acontece também a avaliação negativa, e na maioria das vezes incorreta, de sua capacidade para lidar com a situação ansiogênica. Essa avaliação extremamente crítica contribui para que a pessoa não consiga desempenhar bem a tarefa causadora de ansiedade fazendo com que a pessoa acredite que sua incapacidade foi confirmada, tornando a situação ainda mais ansiogênica (Clark; Beck, 2012).

A evitação e/ou busca por segurança também podem contribuir para a manutenção da ansiedade patológica. Ao não enfrentar a situação ou enfrentar de maneira inadequada, a teoria da própria incapacidade para lidar com as situações nunca é testada e a pessoa continua

acreditando não ser capaz de lidar e se mantém fugindo das situações, muitas vezes com prejuízos em várias esferas de sua vida (Clark; Beck, 2012; Suárez *et al.*, 2012).

A preocupação crônica é uma consequência da ansiedade patológica que também contribui para sua perpetuação. Preocupar-se, a princípio, não seria um comportamento necessariamente ruim, quando é voltado para a resolução dos problemas, para pensar maneiras de lidar com determinada situação. No entanto, quando essa preocupação passa a ser ruminativa e não resolutive, ela apenas contribui para intensificar e manter os sintomas ansiosos (Clark; Beck, 2012).

### 3.2.3 Transtornos de Ansiedade

Como dito anteriormente, a ansiedade em seu estado crônico pode ser considerada um transtorno mental. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5 (DSM 5), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, divide os transtornos de ansiedade em transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento e transtorno de ansiedade devido a outra condição médica.

Já a Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10)<sup>2</sup>, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, classifica os transtornos de ansiedade em duas categorias: transtornos fóbico-ansiosos e outros transtornos de ansiedade. Os transtornos fóbico-ansiosos são subdivididos em agorafobia, fobias sociais, fobias específicas (isoladas), outros transtornos fóbico-ansiosos e transtorno fóbico-ansioso não especificado. Já os outros transtornos de ansiedade são subdivididos em transtorno do pânico (ansiedade paroxística episódica), transtorno de ansiedade generalizada, transtorno misto de ansiedade e depressão, outros transtornos mistos de ansiedade, outros transtornos de ansiedade especificados e transtorno de ansiedade não especificado.

Por serem os transtornos mais comumente abordados na literatura e mais observáveis no dia a dia do serviço de psicologia escolar, no presente trabalho serão abordados apenas transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada.

Os transtornos se diferenciam entre si pelo foco da ansiedade, ou seja, o tipo de estímulo considerado aversivo e causador de sintomas ansiosos. E também se diferenciam pela maneira como os sintomas se manifestam, se de forma mais rápida e intensa ou menos intensa, porém mais duradoura.

#### I – Transtorno de ansiedade de separação

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado pelo medo ou ansiedade em se separar de casa ou das figuras com quem a pessoa estabeleceu um vínculo importante, em nível não esperado para a idade do desenvolvimento e com prejuízo em áreas importantes do funcionamento, como escola e trabalho. Mais comum na infância, esse transtorno também pode acometer adolescentes e adultos. Indivíduos com transtorno de ansiedade de separação muitas vezes demonstram preocupação excessiva de que algo aconteça com suas figuras de

---

<sup>2</sup> A OMS lançou o manual de Classificação Internacional de Doenças 11 (CID 11) na Assembleia Mundial de Saúde em 2019 e este manual está em vigor globalmente desde 1º de janeiro de 2022. No entanto, o Ministério da Saúde brasileiro concluiu a validação por especialistas da área, revisão e tradução para o português em dezembro de 2022 e, considerando o período de transição, a previsão é de que esteja em uso nos sistemas de informação da vigilância a partir de janeiro de 2025. Portanto nesse trabalho foi utilizado o CID 10.

apego ou que algo que os separe aconteça. Essa preocupação pode ser demonstrada por meio de pesadelos recorrentes e resistência em ficar sozinho. Também podem apresentar sintomas somáticos diante da possibilidade real de separação e/ou durante a separação propriamente dita. Tendem a fugir de situações em que precisaram se separar de suas figuras de apego (APA, 2014).

Nesse transtorno, as crianças, e em casos raros adolescentes e adultos, apresentam um comportamento de apego que já não é adequado para a idade. Enquanto é absolutamente normal bebês ficarem ansiosos longe de seus cuidadores, esse comportamento ocorrendo de modo duradouro em crianças maiores pode representar um transtorno de ansiedade de separação. Pessoas que apresentam essa condição costumam mostrar-se tímidas, retraídas, inseguras e tristes quando estão longe dos cuidadores. E comumente temem que algo terrível (morte e sequestro, por exemplo) aconteça a si mesmo ou aos seus cuidadores quando estão longe, e por isso tentam não perdê-los de vista e sentem-se ansiosas quando isso acontece (Whitbourne; Halgin, 2015).

Os sintomas na ansiedade de separação em crianças e adolescentes varia de acordo com a faixa etária. Dos 5 aos 8 anos é mais comum apresentarem sinais de ansiedade do que as crianças de 9 a 12 anos. As crianças costumam relatar medos mais fantasiosos e pesadelos, enquanto os adolescentes relatam mais sintomas somáticos que os impedem de ir à escola (Whitbourne; Halgin, 2015).

É comum que quem desenvolve o transtorno de ansiedade de separação tenha passado por uma situação de perda ou uma situação de estresse vital. Além disso, possui uma herdabilidade alta, estimada em 73%. Esse transtorno apresenta comorbidade alta com transtorno de ansiedade generalizada e com fobia específica em crianças. Em adultos, apresenta comorbidade com fobia específica, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos de personalidade (APA, 2014).

## II – Mutismo seletivo

O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade raro que acomete principalmente crianças e é caracterizado pela incapacidade de falar em alguns ambientes sociais, apesar de conseguir se manifestar verbalmente em outros. Essa é a principal característica desse transtorno, a seletividade dos ambientes nos quais a criança consegue se expressar verbalmente (APA, 2014).

Esse transtorno costuma ter início a partir dos 3 anos de idade com o início da escolarização. É considerado extremamente resistente ao tratamento, possui prevalência menor que 1% e afeta principalmente meninas. É importante diferenciar as pessoas com mutismo seletivo daquelas que apresentam alguma dificuldade orgânica da fala e por isso não se expressam verbalmente. No mutismo seletivo não existem motivos orgânicos para a pessoa não falar e elas se comunicam normalmente com pessoas de seu âmbito íntimo (Peixoto; Caroli; Mariama, 2017).

Olivares, Méndez e Bermejo (2013) propõem que pode haver uma progressão na seletividade em se expressar, se iniciando com a aversão ao falar. Neste caso, a pessoa ainda conseguiria falar com pessoas alheias ao âmbito íntimo, representando um medo menor de interação. Quando há uma progressão para o mutismo seletivo, a pessoa apenas se expressaria com pessoas próximas, representando um medo maior de interação. Em casos mais graves, quando o medo de interação se torna extremo, estaria o mutismo progressivo, no qual a pessoa não fala com ninguém.

Como alternativa à expressão verbal, as pessoas com mutismo seletivo utilizam cochichos, gestos, apontar, puxar ou empurrar objetos, movimentos de cabeça para negar ou aquiescer e quando falam, respostas monossilábicas. A ausência de comunicação verbal no



ambiente escolar pode fazer com que a criança ou o adolescente se isole para diminuir as chances de ser demandado a falar. Além disso, isso pode fazer com que a criança ou o adolescente tenha o seu rendimento escolar prejudicado e sofra bullying por parte dos colegas. E também pode ocasionar a diminuição de oportunidades profissionais (Olivares; Méndez; Bermejo, 2013).

As manifestações do mutismo seletivo podem ser motoras, psicofisiológicas e cognitivas. Peixoto, Caroli e Mariama (2017) observaram que os pacientes com esse diagnóstico costumam relatar medo e vergonha, sendo o medo uma emoção primária e a vergonha uma emoção secundária que contém componentes de autoavaliação negativa da capacidade de enfrentamento das situações sociais ansiogênicas.

O mutismo seletivo apresenta maior comorbidade com transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade de separação e fobia específica, respectivamente. Um dos fatores de risco mais importantes é o ambiental. A criação superprotetora e pais mais inibidos socialmente podem contribuir para o desenvolvimento desse transtorno (APA, 2014).

### III – Fobia Específica

Fobia específica é um transtorno caracterizado pelo medo extremo a determinados objetos ou situações que ocasionam respostas ansiosas imediatas diante desses estímulos fóbicos. Para ser considerado um transtorno, é necessário que o medo seja desproporcional, duradouro e cause prejuízo ao funcionamento de áreas importantes da vida. Além do medo e ansiedade característicos, é comum que se manifeste também com a evitação dos objetos ou situações fóbicas (APA, 2014).

As fobias sempre apresentam sintomas físicos que podem ser autonômicos como taquicardia, sudorese e pupila dilatada; musculares como dores, contrações e tremores; cardiorrespiratórios; e cinestésicos como sensações de formigamento e adormecimento. Além desses sintomas, é possível que a pessoa também apresente despersonalização e desrealização, dificuldade em se concentrar e em lembrar do que precisa, tensão, irritabilidade e nervosismo (Neto, 2011).

É possível apresentar fobia a mais de uma situação ou objeto. A intensidade dos sintomas ansiosos pode variar dependendo de alguns fatores como estar acompanhado, tempo de exposição e a presença de outros elementos que possam intensificar a sensação de ameaça. No entanto, para ser considerada fobia, é necessário que os sintomas de ansiedade e/ou crise de pânico estejam presentes na maioria das vezes que o indivíduo entra em contato com o estímulo aversivo (Neto, 2011).

O DSM 5 especifica os tipos de fobia em: fobia animal (ex. cobras, insetos), fobia ao ambiente natural (ex. altura, tempestades), fobia a sangue-injeção-ferimentos (ex. agulha, cirurgia), fobia situacional (ex. lugares fechados, elevador) e outros tipos de fobia (ex. balões, palhaços) (APA, 2014). Neto (2011) considera as fobias citadas a seguir como as mais importantes do ponto de vista clínico: fobias de animais; fobias de sangue e ferimentos; fobia de guiar automóvel; fobias de doenças; fobia de crimes; fobia de espaços (pseudoagorafobia); fobia de andar de avião; dismorfofobia; fobia de alimentos; fobia de água ou de nadar; fobia de chuva, vento, tempestades e trovoadas; claustrofobia; e fobia de alturas. É comum que a fobia de sangue-injeção-ferimentos seja acompanhada de síncope vasovagal.

Alguns estímulos provocam respostas fóbicas com mais facilidade do que outros, isso pode ser explicado pela característica evolutiva do medo. O ser humano é preparado biologicamente para sentir medo de estímulos que possam representar um risco à perpetuação da espécie. Então, animais como cobras e cães que podem atacar e animais como ratos ou insetos que podem transmitir doenças costumam eliciar respostas fóbicas com mais frequência (Méndez; Olivares; Bermejo, 2011).

Em alguns casos, o fator desencadeante do transtorno pode ser uma crise de pânico durante uma situação específica, vivenciar um evento traumático ou até mesmo ao observar ou ouvir outros relatando sobre uma vivência traumática alheia. Quando é desenvolvida na infância ou na adolescência e permanece até a vida adulta será de difícil remissão, apresentando assim um mau prognóstico. Os fatores de risco temperamentais são a afetividade negativa e a inibição comportamental. Em relação aos ambientais, estilos parentais superprotetores, separação ou perda dos pais e abuso físico ou sexual também contribuem para o desenvolvimento do transtorno. A fobia específica apresenta comorbidade extremamente alta com outros transtornos de ansiedade e um risco aumentado para transtornos depressivo, bipolar, por uso de substâncias e de personalidade (APA, 2014).

#### IV – Transtorno de ansiedade social (TAS) (fobia social)

No transtorno de ansiedade social existe o medo ou a ansiedade desproporcionais em relação ao possível julgamento negativo por outros em situações sociais, com medo, inclusive, de demonstrar a ansiedade que estão sentindo. Assim como em outros transtornos de ansiedade, é necessário que os sintomas ansiosos estejam presentes na maioria das situações sociais, mesmo que em intensidade variável, para se caracterizar como transtorno de ansiedade social. Segundo Stallard (2010) é mais comum que o transtorno se inicie na adolescência. Essa informação é corroborada pela APA (2014) que sinaliza ser raro que esse tipo de transtorno se inicie na idade adulta. Além disso, um histórico de timidez ou inibição social na infância pode contribuir para a ocorrência desse transtorno posteriormente.

As pessoas acometidas por esse transtorno apresentam comportamentos de esquiva a situações sociais variadas. Considerando a natureza social da espécie humana e da sociedade, essa dificuldade em interagir socialmente e, conseqüente, fuga das situações, traz muito desconforto e prejuízos em várias áreas da vida para essas pessoas. Observando a antiga necessidade humana de estar em grupo para proteção e busca de alimentos, do ponto de vista filogenético, preocupar-se com o pertencimento a um grupo fazia sentido e era necessário à sobrevivência. No entanto, a preocupação excessiva acompanhada por sintomas ansiosos prejudica a vida do indivíduo (Penido; Camera, 2019).

Segundo Morais, Crippa e Loureiro (2007), parecer ridículo, estar no centro das atenções, lidar com estranhos ou pessoas do sexo oposto, falar bobagens, falar ao telefone, ser observado, como e beber em público e usar banheiros públicos são os principais medos de pessoas com fobia social. Esse medo à exposição prejudica essas pessoas porque elas passam a evitar diversas situações necessárias a uma boa qualidade de vida. É comum que se isolem, que tenham problemas com desempenho escolar pela dificuldade em apresentar trabalhos e interagir com os colegas e professores e, em casos mais graves, com a evasão escolar. Dificuldades ocupacionais também são comuns por não conseguirem ou terem muita dificuldade em participar de entrevistas, lidar com chefias, usar o telefone, entre outras tarefas necessárias no mundo do trabalho. Em casos mais graves pode levar ao absenteísmo no trabalho e ao desemprego. A vida pessoal também fica prejudicada pela dificuldade em iniciar ações de autocuidado como buscar ajuda médica e participar de atividades sociais, incluindo interações familiares. Esse transtorno pode causar um prejuízo funcional muito grande e quanto mais grave a fobia social, menor é a probabilidade de busca por tratamento (Picon; Penido, 2011).

Diante de situações de exposição consideradas ansiogênicas são ativados sintomas cognitivos como falta de concentração, pensamentos negativos e falta de repertório verbal; sintomas emocionais como medo, pânico e angústia; sintomas fisiológicos como sudorese, tremores e vertigem; e sintomas comportamentais como fuga da situação ou evitação sutil, na qual passa a desviar o olhar e a interagir pouco (Penido; Camera, 2019).

Pessoas com temperamento com inibição comportamental e medo de avaliação negativa têm uma predisposição maior para desenvolver o transtorno de ansiedade social. Esses traços do temperamento têm grande influência genética. Além disso, esse transtorno possui grande herdabilidade, sendo que entre parentes de primeiro grau a chance de ser acometido pelo transtorno é duas a seis vezes maior. Adversidade psicossocial e maus tratos na infância também são fatores de risco ambientais para o TAS. Esse transtorno tem alta comorbidade com outros transtornos de ansiedade, transtorno por uso de substâncias e transtorno depressivo maior. Além disso, com exceção de fobia específica e transtorno de ansiedade de separação, precede outros transtornos de ansiedade no indivíduo (APA, 2014).

## V – Transtorno de pânico

O transtorno de pânico é caracterizado por crises recorrentes de pânico, nos quais a pessoa apresenta a sintomatologia autonômica da ansiedade como falta de ar, taquicardia, sudorese, tonturas, náuseas, vertigens, entre outros, sem a existência de perigo. Quando a pessoa ainda não foi diagnosticada e não sabe de sua condição, essas crises podem ser apavorantes e levá-la a acreditar, em virtude dos sintomas intensos, que está sofrendo uma parada cardíaca ou respiratória, que está enlouquecendo ou até mesmo que está na iminência de morrer. Isso faz com que o indivíduo passe a ficar com medo de ter novas crises, aumentando, assim, o nível de ansiedade e, conseqüentemente, modificando seus comportamentos a fim de evitar possíveis crises. Essas são as principais características desse transtorno de ansiedade: crises recorrentes sem uma situação circunscrita de suposta ameaça, ansiedade antecipatória acompanhada da preocupação sobre a possibilidade de ter novas crises e a mudança comportamental para evitá-las (Rangé *et al.*, 2011).

A gravidade e a frequência das crises podem variar. É possível ter crises diariamente ou algumas vezes por mês. Essas crises podem ter vários sintomas típicos dos ataques de pânico ou poucos sintomas. Pessoas que não têm o transtorno de pânico ou algum outro transtorno de ansiedade também podem, eventualmente, apresentar ataques de pânico. Além disso, as crises de pânico fazem parte dos outros transtornos de ansiedade, a diferença é que nesses outros transtornos as crises são direcionadas a um estímulo ansioso específico. Para ser considerado um transtorno de pânico é preciso que esses ataques aconteçam de maneira generalizada, sem situações disparadoras específicas. Para o diagnóstico, é necessário que a pessoa apresente mais de um ataque de pânico com quatro ou mais sintomas autonômicos típicos (APA, 2014).

Os indivíduos com transtorno de pânico costumam apresentar uma postura catastrófica e distorcida da realidade em relação aos seus sintomas, imaginando na maioria das vezes o pior cenário possível. E mesmo que esse desfecho não se concretize, o sofrimento em relação à possibilidade de que algum dia venha a acontecer permanece. O ciclo do transtorno de pânico se inicia a partir de alguma sensação física de desconforto que é interpretada como algo ruim acontecendo. A partir daí, a pessoa fica hipervigilante para seus pensamentos e sensações, em estado de alerta. Os sintomas físicos, então, se intensificam e surge um falso alarme sobre a possibilidade de morte, de um ataque cardíaco ou algo semelhante. A pessoa tem um ataque de pânico e a partir disso passa a ter ansiedade antecipatória tentando prever momentos e situações que possam causar outros ataques, então muda seu comportamento em busca de segurança e na tentativa de controlar suas sensações e passa a evitar lugares e possíveis situações causadoras do pânico, gerando um alívio momentâneo. A evitação dos lugares, das situações e das sensações acaba por confirmar a ideia de que a pessoa não consegue lidar com elas e contribui para a manutenção do transtorno de pânico (Carvalho; Dias, 2019).



Pessoas com esse transtorno costumam buscar ajuda para os sintomas e para as possíveis patologias físicas que acreditam ter e demoram em torno de 10 anos para receber o diagnóstico correto e obter ajuda especializada. Até 80% dessas pessoas buscam ajuda médica não especializada. A demora para o início do tratamento pode fazer com que a pessoa desenvolva também a agorafobia ao associar os ataques de pânico a alguns lugares e situações específicas e passar a evitá-los por medo de não conseguir impedir uma crise ou de não receber ajuda (Rangé *et al.*, 2011).

Neuroticismo e sensibilidade à ansiedade são fatores de risco temperamentais do transtorno de pânico. Vivências de abuso sexual e físico na infância, bem como estressores importantes anteriores à primeira crise de pânico, são fatores de risco ambientais. Esse transtorno apresenta comorbidade alta para outros transtornos de ansiedade, principalmente agorafobia (APA, 2014).

## VI - Agorafobia

O termo agorafobia foi cunhado em 1871 por Westphal, um psiquiatra e neurologista alemão, a partir dos termos *ágora*, palavra grega para assembleia de pessoas ou praça, e *fobia* que significa medo, para relatar o caso de três pacientes que tinham medo de atravessar ruas vazias e praças grandes em centros urbanos (Rangé *et al.*, 2011).

A agorafobia é caracterizada pela ansiedade desadaptativa diante da vivência de situações específicas ou da antecipação da possibilidade de vivenciar essas situações, que são evitadas pelo indivíduo pelo receio de que não consiga fugir ou receber algum tipo de ajuda caso tenha uma crise de pânico. O DSM 5 especifica que uso de transporte público, estar em espaços abertos, estar em locais fechados, estar em uma fila ou multidão e sair de casa sozinho seriam as situações consideradas agorafóbicas e que é necessário que pelo menos duas ou mais dessas situações provoquem sintomatologia ansiosa no sujeito para que este receba o diagnóstico de agorafobia (APA, 2014).

Outra característica fundamental da agorafobia é a evitação das situações ansiogênicas que acabam por restringir os espaços considerados seguros pelo indivíduo. Em casos graves, a pessoa passa a não sair mais de casa por avaliar que esse é o único espaço seguro. Isso acarreta enorme prejuízo funcional para as pessoas que sofrem de agorafobia, pois, além dos sintomas ansiosos incapacitantes, a evitação dos espaços faz com que elas abandonem escola, trabalho e deixem de ir a clínicas e hospitais para tratar da saúde e a supermercados para comprar alimentos, por exemplo, dependendo sempre do auxílio de outras pessoas para a realização dessas atividades (Rangé *et al.*, 2011).

A agorafobia costuma ser crônica, com índice de remissão baixa e com a possibilidade de mudança das situações consideradas agorafóbicas. Em relação aos fatores de risco, possui uma herdabilidade genética alta, em torno de 61%, e associação com fatores temperamentais como neuroticismo e sensibilidade à ansiedade. No que diz respeito às questões ambientais, eventos de vida negativos na infância e cuidadores negligentes ou superprotetores podem contribuir para que o transtorno seja desencadeado na vida adulta. É comum a comorbidade com outros transtornos de ansiedade e com transtorno depressivo maior (APA, 2014).

## VII – Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

O TAG é caracterizado por preocupações crônicas, porém difusas e difíceis de controlar em relação a vários aspectos da vida do indivíduo. Ao contrário dos outros transtornos de ansiedade que possuem situações ansiogênicas mais específicas, para ser considerado TAG é necessário que ocorra prejuízo funcional e que a preocupação abranja

várias áreas da vida da pessoa, como saúde, questões financeiras, família, escola, entre outras, inclusive, a preocupação por estar preocupado (Coutinho; Abreu, 2019).

Nesse transtorno, sintomas físicos como inquietação, tendência a se cansar, alterações do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade e tensão muscular acompanham as preocupações. É comum que outras condições de saúde como dores de cabeça e síndrome do intestino irritável acometam pessoas com TAG (APA, 2014).

A preocupação na TAG é sempre desproporcional em duração e intensidade à real possibilidade de que aquilo que se espera aconteça e ao impacto que pode causar. O impacto psicossocial é grande por trazer prejuízos no funcionamento do indivíduo, além de causar desconforto e sofrimento extremos. É um dos transtornos mais comuns, no entanto, muitas vezes, é subdiagnosticado porque suas características principais, que são a ansiedade, a preocupação excessiva e a intolerância a incertezas, são comuns às pessoas no geral. O que diferencia as pessoas com TAG é a intensidade, frequência e a duração com as quais essas características estão presentes. Além disso, as preocupações e ansiedades constantes dificultam o foco em outros aspectos da vida. Então, momentos de lazer e com a família não são vivenciados integralmente pela pessoa que está se preocupando com outras situações. Tarefas de trabalho e de estudo são com frequência desempenhadas aquém de suas habilidades por estarem com o foco em outras situações. Tudo isso pode causar um grande prejuízo à vida desses indivíduos e diminuir sua qualidade de vida (Coutinho *et al.*, 2011).

Coutinho *et al.* (2011) definem intolerância a incertezas como a predisposição de interpretar situações incertas como negativas, estressantes e perigosas. Não saber exatamente o que vai acontecer faz parte da vida, no entanto para pessoas com TAG a falta de controle sobre as situações desperta sentimentos de vulnerabilidade e crenças de baixa autoeficácia para lidar com problemas. Esses indivíduos acreditam que se preocupar os ajudam a se “prepararem para o pior.” Essa crença equivocada sobre a preocupação contribui para a manutenção do TAG.

Pessoas com esse transtorno costumam ter hiperfoco em possíveis ameaças, detectando perigo em situações neutras. Com isso, passam a pensar no pior desfecho possível para a situação. E em busca por segurança, tentam obter o controle da situação. Ao perceberem que não conseguirão controlar a situação, costumam optar por comportamentos de esquiva à situação aversiva. O não enfrentamento também contribui na manutenção do TAG (Coutinho; Abreu, 2019).

A procura por ajuda especializada não costuma ser frequente, pela crença das pessoas acometidas por TAG de que faz parte de sua personalidade ser uma pessoa preocupada e de que preocupar-se é algo normal. Apesar da preocupação fazer parte da vivência humana e, inclusive, poder contribuir para se preparar para alguma situação difícil, a preocupação no TAG costuma ser crônica e não resolutiva, ou seja, é uma preocupação muito duradoura, intensa e que não produz comportamentos de resolução de problemas. A busca por ajuda costuma acontecer apenas quando desenvolvem alguma patologia física ou algum outro transtorno como depressão (Coutinho; Abreu, 2019).

O TAG apresenta fatores de risco temperamentais, ambientais e genéticos. É comum a comorbidade com outros transtornos de ansiedade e com transtorno depressivo unipolar (APA, 2014).

### **3.2.4 Ansiedade na adolescência**

Um pouco de ansiedade na adolescência é normal. Adolescentes precisam lidar com muitas mudanças em suas vidas e muitas vezes não estão preparados para essa tarefa, levando a um aumento nos sintomas ansiosos. A ansiedade torna-se um problema quando traz prejuízos para a vida do adolescente, quando determinado estímulo causa sintomas ansiosos e

evitação desproporcionais e quando não está em um padrão comum para a idade (Silva Filho; Silva, 2013).

Assim como nos adultos, a etiologia e manutenção da ansiedade nos adolescentes pode ser explicada por meio do modelo de diátese-estresse onde a interação de diversos fatores de risco, como biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais, pode causar o surgimento de ansiedade patológica (Furr *et al.*, 2008). Dependendo da idade do adolescente a maneira como a ansiedade se manifesta pode variar. É comum que adolescentes mais jovens apresentem um padrão mais parecido ao das crianças e adolescentes mais velhos um padrão mais parecido ao dos adultos (Silva Filho; Silva, 2013).

McKay e Storch (2023) estabelecem três principais distinções na maneira como a ansiedade se manifesta em adolescentes. A primeira delas seria a dificuldade que adolescentes podem encontrar em expressar a natureza de seus medos. A segunda seria o impacto que os transtornos de ansiedade podem ter no desenvolvimento desses jovens, principalmente em relação a socialização que é de extrema importância para o desenvolvimento emocional e cognitivo dos indivíduos. Em função dos comportamentos de evitação é possível que eles sofram com atrasos desenvolvimentais nessas áreas por terem o contato social com outros jovens diminuído. E a terceira diferença seria o papel dos cuidadores na etiologia e manutenção da ansiedade. É mais provável que um ou ambos os cuidadores de adolescentes ansiosos também sofram com ansiedade. O comportamento ansioso pode ser aprendido a partir do comportamento desses cuidadores. Além disso, aceitar e permitir comportamentos de evitação de estímulos ansiogênicos contribui para a manutenção da ansiedade nos adolescentes.

Adolescentes com ansiedade patológica apresentam mais queixas somáticas, como dores de cabeça e de estômago, tensão muscular e taquicardia, do que adultos. E também apresentam maior dificuldade em regular as próprias emoções. Isso é muitas vezes demonstrado com reações emocionais fora de controle, mais intensas e inadequadas para a situação. E por vezes apresentam dificuldade em expressar suas emoções (Furr *et al.*, 2008).

Outro fator importante na etiologia e manutenção de transtornos de ansiedade em adolescentes é a desregulação emocional. Existe uma ligação forte entre dificuldades com regulação emocional e transtornos internalizantes como a ansiedade. Para Thomassin *et al.* (2023), fatores biológicos, como temperamento com alta inibição comportamental, fatores neurobiológicos e fatores genéticos, interagem com fatores ambientais, como socialização emocional desadaptativa, variações culturais e diferenças de gênero, e com fatores cognitivos, como dificuldades de processamento cognitivo levando à desregulação emocional. Essa desregulação se manifesta por meio de estratégias ineficazes de regulação emocional – evitação, expressão emocional desregulada e inibição emocional, por exemplo – contribuindo para desencadear e manter a ansiedade patológica.

Evidências mostram que adolescentes ansiosos têm pouco entendimento emocional e mais dificuldade em lidar com emoções negativas. McLaughlin *et al.* (2011) fizeram um estudo com adolescentes para pesquisar a ligação entre desregulação emocional e psicopatologias, entre elas a ansiedade. Nesse estudo conseguiram perceber a ligação direta entre déficits na regulação emocional e sintomas ansiosos. No entanto, não encontraram a relação inversa, estabelecendo que desregulação emocional não é causada por transtornos de ansiedade, mas funciona como preditora dessas psicopatologias.

É possível encontrar diferenças de gênero na habilidade de regulação emocional e na sua ligação com ansiedade na adolescência. Bender *et al.*, (2012) pesquisaram se havia diferença na ligação entre desregulação emocional e ansiedade entre adolescentes de acordo com gênero e encontraram ligação mais forte entre desregulação emocional e ansiedade em meninas, e que elas apresentam maior dificuldade em regulação emocional de modo geral. Além disso, seus achados demonstram que as dificuldades específicas de regulação emocional

que predizem problemas com ansiedade são diferentes para cada gênero. Nas meninas a ansiedade está ligada ao acesso limitado a estratégias de regulação emocional consideradas efetivas e à falta de clareza emocional. E nos meninos à dificuldade em aceitar emoções negativas. Esses achados são corroborados por Neumann *et al.*, (2009) cuja pesquisa demonstra maior desregulação emocional nas meninas adolescentes.

Silva Filho e Silva (2013) listam competência, ameaças abstratas e situações sociais como os principais contextos desencadeadores de ansiedade em adolescentes, e situações/pessoas/objetos desconhecidos, separação de cuidadores e danos físicos como os estímulos aversivos menos comuns.

Na experiência profissional da pesquisadora a ansiedade se faz presente no ambiente escolar em relação a diversos estímulos aversivos como exposição em apresentações de trabalho, avaliações, preparação para o vestibular, desempenho escolar e escolha profissional. As avaliações são notórias por provocarem sentimentos ansiosos nas pessoas. São instrumentos utilizados para supostamente medirem o conhecimento dos estudantes sobre determinado assunto, no entanto o fato disso acontecer sob pressão, faz com que o estudante possa se sentir ansioso demais para realizar uma boa prova e tenha seu desempenho escolar prejudicado. Isso pode ser explicado pelo fato de que quando o estudante começa a sentir sintomas físicos e cognitivos de ansiedade, ele volta sua atenção para si mesmo ao invés de focar na prova. Além disso, a ansiedade atrapalha a ter concentração e foco para estudar e se preparar para a avaliação (Boruchovitch; Costa, 2009).

Fontes *et al.* (2023) realizaram ações de extensão sobre ansiedade em escolas públicas estaduais de ensino médio do Rio Grande do Norte. Em uma atividade lúdica, os autores questionaram os estudantes, por meio de uma página da internet, sobre seus sentimentos e seus pensamentos antes das provas. As respostas dos estudantes geraram uma nuvem de palavras com exemplos como: “me faz sentir mal”; “penso não vou conseguir”; “inútil”; “ter nervosismo”; “desespero”; “nervoso”; “incompetente”; “me faz sentir burro”; “me faz sentir nervosa”; e “fico todo me tremendo”. Essas respostas ajudam a mostrar os sentimentos ansiosos e as avaliações negativas que os adolescentes fazem de si diante de situações avaliativas corriqueiras da vivência escolar.

Além da dificuldade para realização de provas, a ansiedade também atrapalha a maneira como o jovem interage dentro da escola. Em um estudo retrospectivo Van Ameringen, Mancini e Farvolden (2003) buscaram entender o impacto da ansiedade na vida escolar das pessoas aplicando um questionário em 201 pacientes adultos com diagnóstico de transtorno de ansiedade para saber os motivos pelos quais eles não gostavam da vivência escolar na adolescência ou porque abandonaram os estudos. Entre as respostas mais comuns estavam dificuldade em falar na frente de todos os alunos, se sentir muito ansioso na escola e durante as aulas, dificuldade em fazer amizades, se sentir intimidado pelos professores e colegas. Além disso, muitos relataram que acreditam que a ansiedade fez com que se ausentassem da escola por grandes períodos de tempo, ocasionando faltas e prejudicando o desempenho escolar. Essas respostas contribuem para demonstrar o quão prejudicial a ansiedade no ambiente escolar pode ser.

As provas para ingresso no ensino superior representam um fator ansiogênico importante para os estudantes que estão no último ano do ensino médio. Durante todo o ano a tarefa mais importante do estudante que quer ingressar em uma faculdade torna-se estudar para se preparar para os vestibulares e o adolescente muitas vezes abdica de várias outras atividades que considera importante, como estar com a família e com os amigos, atividades de lazer, esportes e hobbies, para se dedicar a essa tarefa. Isso pode acabar gerando sintomas ansiosos e sentimento de culpa, caso o adolescente acredite não estar estudando de maneira efetiva ou se dedicando o suficiente para uma aprovação (D’Avila; Soares, 2003).

Um exame de vestibular seria uma avaliação considerada mais importante do que as avaliações do dia a dia escolar dos adolescentes porque além deles se prepararem durante um ano abdicando de diversas situações prazerosas, é uma prova concorrida e exigente que muitos jovens consideram que irá definir seu futuro. “Medo”, “ansiedade”, “choro”, “frio na barriga”, “ataque de pânico”, “desespero” são algumas das respostas utilizadas por estudantes do ensino médio para descrever o que pensam e o que sentem quando escutam a palavra Enem (Fontes *et al.* 2023). Eles se sentem pressionados por familiares para realizar uma boa prova e até estudantes que possuem um bom repertório de habilidades sociais apresentam sintomas de ansiedade (Daolio; Neufeld, 2017).

Muitos adolescentes relatam sentirem nervosismo e angústia frente ao vestibular por acreditarem não ter se preparado o suficiente, medo de esquecerem o que estudaram no dia da prova, pela cobrança dos pais e por medo de não serem aprovados (Guhur; Alberto; Carniatto, 2010). Dados corroborados por D’Avila e Soares (2003) que ao pesquisarem possíveis fatores geradores de ansiedade em relação ao vestibular encontraram medo da reprovação, grande quantidade de matérias para estudo, relação candidato vaga alta, despreparo em relação aos estudos, dificuldade da prova e cobrança dos pais, respectivamente, como os fatores mais agravadores da ansiedade desses estudantes.

As autoras também avaliaram sensações apresentadas pelos estudantes um mês antes da realização da prova e encontraram dificuldade de concentração, inquietação, dores de cabeça, dores musculares e tonturas. Essas sensações são possivelmente ligadas à ansiedade e além de trazerem um mal-estar para quem as sente, atrapalham o desempenho do estudante nos estudos e na realização da prova.

Outra questão ansiogênica importante desse período é a escolha da profissão. No passado a ocupação de uma pessoa costumava ser herdada dos pais. Atualmente a pessoa escolhe sua profissão, dentro de uma gama enorme de possibilidades, a partir de seus interesses, valores, habilidades, e o que quer para sua vida no futuro, além de ter que levar em consideração questões sociais e econômicas (Guhur; Alberto; Carniatto, 2010). O modo como a sociedade brasileira é organizada estabelece que a escolarização obrigatória aconteça até os 18 anos, a partir dessa idade a pessoa pode adentrar o mundo do trabalho terminando ou não os anos escolares. Para as profissões que exigem curso superior, é necessário que o estudante termine o ensino médio e escolha qual profissão quer exercer para realizar a avaliação correspondente. Para muitas pessoas isso acontece no final da adolescência, um período que, apesar dos diversos ganhos cognitivos e desenvolvimentais, a pessoa ainda não está com seu senso de identidade totalmente formado e muitas vezes não tem maturidade ou autoconhecimento suficiente para realizar uma escolha tão importante. O que muitas vezes acarreta na decisão de abandonar o curso superior escolhido (D’Avila; Soares, 2003; Neiva *et al.*, 2005).

A escolha profissional é multifatorial e sofre influência de diversas variáveis, como econômicas, educacionais, familiares, políticas, sociais e psicológicas (Neiva *et al.*, 2005). Em função da importância da escolha, da diversidade de opções e da quantidade de fatores influentes, esse período pode gerar sentimentos de ansiedade no jovem. Entre os motivos que podem causar dificuldade na escolha profissional estão a falta de preparo, indecisão, falta de informação sobre as profissões, sobre o processo de escolha e sobre si mesmo (Primi *et al.*, 2000). Além dos conflitos internos do próprio jovem, a pressão dos cuidadores sobre qual profissão escolher pode ser um componente ansiogênico importante nesse momento de escolha. Alguns cuidadores não percebem o crescimento e a autonomia dos filhos adolescentes, além disso, as expectativas dos próprios cuidadores em relação à vida dos adolescentes faz com exerçam, mesmo sem perceber, muita pressão sobre esses jovens (D’Avila; Soares, 2003).



Além das dificuldades escolares causadas pela ansiedade, o adolescente também pode ter prejuízos funcionais que afetem as atividades de vida diária e a saúde em função da sintomatologia ansiosa. Encontra-se prejuízo em relação à atuação social, física, cognitiva e profissional em função do baixo desempenho em contextos de atividade e participação classificados em aprendizagem, realização de tarefas, cuidado pessoal, vida doméstica, relações interpessoais, mobilidade e vida social e em fatores ambientais classificados em apoio e relacionamentos e atitudes. Sintomas como físicos como tensão, desconforto abdominal, dificuldade para dormir geram prejuízos na qualidade de vida do adolescente que lida com os estímulos ansiosos evitando-os e acaba por não ir à escola, levando a faltas, isolamento e até evasão. Além disso, o medo de situações sociais inibe o adolescente de interagir com as pessoas e de frequentar vários lugares. E a baixa autoestima, tristeza e grau intenso de insatisfação com a vida em função dos prejuízos causados pela sintomatologia de ansiedade podem levar a humores depressivos e fazer com que os adolescentes não realizem comportamentos de autocuidado e tarefas domésticas. Os sintomas cognitivos da ansiedade como a preocupação excessiva comprometem a cognição, o foco e a atenção levando a dificuldades na aprendizagem e na memória, que afetam o desempenho escolar (Santos *et al.*, 2021).

### **3.2.5 Ansiedade, influência cultural e suas consequências**

Em qualquer situação de adoecimento, existem a experiência objetiva e a subjetiva de se estar doente. Na primeira, há o estado biomédico que não muda entre as culturas. Já a segunda diz respeito ao significado atribuído pelo indivíduo àquela vivência. Os transtornos mentais são psicopatologias com raízes em processos biológicos e psicossociais, e a maneira como essas psicopatologias são vivenciadas e expressadas sofrem influência da cultura no qual o indivíduo acometido por elas está inserido (Asmal; Stein, 2008).

Diversas pesquisas demonstram que a ansiedade e seus transtornos existem em todas as culturas. No entanto, o ambiente no qual o indivíduo está inserido influencia na manifestação de sintomas ansiosos. A cultura do qual faz parte, bem como a família e a sociedade, vão contribuir na maneira como as pessoas vivenciam e interpretam possíveis situações ansiogênicas e de que maneira elas são afetadas (Asmal; Stein, 2008).

Questões culturais e contexto social influenciam o que é considerado preocupação excessiva ou não. Faz sentido que um indivíduo que mora em um local com um alto índice de criminalidade tenha receio e tome mais cuidados ao sair de casa. A expressão dos transtornos de ansiedade também sofre mudanças de acordo com a cultura. Em alguns lugares as pessoas apresentam predominância dos fatores somáticos e em outros, dos fatores cognitivos dos transtornos. Outro aspecto cultural a ser levado em consideração na hora de fazer o diagnóstico de um transtorno de ansiedade é a existência de normas culturais específicas. Um exemplo disso seriam as normas das culturas muçulmanas. Nessa cultura é comum que mulheres não possam sair de casa desacompanhadas, portanto, diagnosticar alguém dessa cultura com agorafobia demandaria uma investigação mais precisa (APA, 2014).

A cultura também pode influenciar na prevalência de diagnósticos de transtornos de ansiedade realizados. O diagnóstico é clínico e baseado na presença de sintomas apresentados pelo indivíduo por um determinado período e os prejuízos causados por esses sintomas. Os aspectos culturais vivenciados por cada pessoa vão influenciar quais características são consideradas desagradáveis e o que causa prejuízo na vida do indivíduo. Algumas culturas valorizam o comportamento de ser mais retraído socialmente e não veriam problema ou não traria prejuízo ao dia a dia ser menos expansivo socialmente. Já nas culturas que valorizam a interação social frequente ser socialmente retraído traria mais prejuízos e geraria maior incômodo, sendo maior a possibilidade de buscar ajuda especializada para isso e

possivelmente ser diagnosticado com um transtorno de ansiedade social, por exemplo (Hudson; Rapee, 2008).

Transtornos de ansiedade estão entre as condições de saúde mais incapacitantes. A OMS (2022) avalia o impacto das doenças na vida das pessoas calculando a quantidade de anos de vida com saúde perdidos e a quantidade de anos vivendo com alguma questão de saúde. Mundialmente, os transtornos mentais respondem por 5,1% do impacto global. Desses, 22% correspondem a transtornos de ansiedade. Em relação às causas responsáveis por anos vividos com alguma questão de saúde, os transtornos de ansiedade ocuparam o sexto lugar no ranking mundial em 2019.

Os transtornos de ansiedade também causam enorme prejuízo na qualidade de vida e grande insatisfação com a saúde, acarretam prejuízos profissionais e financeiros, levando a um alto índice de afastamento laboral e absenteísmo. Também existe uma relação entre abandono escolar e transtornos de ansiedade (Morais; Crippa; Loureiro, 2007). Entre as consequências mais graves dos transtornos de ansiedade está o risco de suicídio, uma vez que a presença do transtorno aumenta as probabilidades de ideação e pensamentos suicidas, além de tentativas de suicídio ceitaeti ditas (Souza *et al.*, 2022)

A ansiedade por si só pode ser extremamente desagradável, mas, além disso, as manifestações crônicas de ansiedade podem trazer riscos para as pessoas. Quando alguém vivencia uma situação de perigo, o corpo entende que o mais importante naquele momento é a sobrevivência dessa pessoa. As manifestações fisiológicas são importantes para a proteção do indivíduo durante uma situação de perigo, no entanto, a longo prazo, podem causar danos ao organismo. O cortisol em excesso pode tornar a pessoa menos resistente a infecções ao suprimir o sistema imunológico, por exemplo. A ativação constante do sistema nervoso periférico pode tornar a pessoa mais suscetível a doenças respiratórias e cardiovasculares com a aceleração dos batimentos cardíacos e o relaxamento das vias aéreas (Bear, Connors, Paradiso, 2017; Lent, 2010).

Existe ainda o risco de que o indivíduo desenvolva outro transtorno psiquiátrico como consequência dos transtornos de ansiedade, que é o transtorno por uso de substâncias. Algumas pessoas passam a fazer o uso abusivo de álcool e de drogas, incluindo as psiquiátricas, para trazer alívio aos sintomas (Rangé *et al.*, 2011).

Essa é uma situação encontrada com certa frequência no ambiente escolar. Tanto adolescentes quanto universitários, muitas vezes, buscam maneiras não adaptativas de aliviar os sintomas ansiosos, fazendo uso de álcool e drogas em excesso. Além disso, relatam também pegar medicação controlada emprestada com colegas que possuem um diagnóstico de transtorno de ansiedade e fazem acompanhamento com psiquiatra. Essa situação faz com que adiem a busca por ajuda, contribuindo para cronificar cada vez mais a ansiedade patológica, além da possibilidade de danos físicos em função do uso incorreto de medicação, seja em relação à dosagem ou ao tipo adequado.

Além do impacto na qualidade de vida das pessoas, os transtornos mentais têm um impacto econômico para a sociedade. Além dos custos para o tratamento, que a OMS estima estar entre 1.180 e 18.313 dólares por pessoa dependendo do transtorno, existem os custos em função da ausência desses indivíduos no mundo do trabalho. A diminuição da produtividade, a necessidade de afastamento do trabalho e a inclusão em programas de benefício social, bem como o aumento nas taxas de desemprego, geram um impacto econômico para a sociedade, que foi estimado em 2.5 trilhões de dólares em 2010. O impacto dos transtornos de ansiedade, seja ele individual ou para a sociedade como um todo, faz com que medidas sistemáticas de prevenção sejam fundamentais para mitigá-los (Christensen *et al.*, 2020; OMS, 2022).

A escola, na experiência da pesquisadora, pode ser um ótimo lugar para que essas medidas sistemáticas de prevenção aconteçam. Fornecer conhecimento para estudantes, por meio da psicoeducação, acerca dos transtornos mentais faz com que eles tenham mais



informação sobre condições comuns de adoecimento mental e maneiras de lidar com elas e de buscar tratamento quando necessário.

### 3.2.6 Psicoeducação

Psicoeducação é uma intervenção que consiste em fornecer informações e treinamento de manejo sobre patologias físicas e psíquicas como ansiedade, diabetes, depressão, esquizofrenia, câncer, entre outras. Esse processo envolve fornecer informações de maneira empática e compreensiva aos pacientes e/ou suas famílias sobre os sintomas esperados, como reconhecê-los, a realização do diagnóstico e o curso do tratamento de maneira que faça sentido para essas pessoas. Envolve também uma participação ativa do público-alvo, o que os possibilita tornarem-se mais ativos e envolvidos no tratamento em si e, conseqüentemente, aumentar a adesão e a efetividade, além de proporcionar esperança de melhora (Friedberg; Mcclure; Garcia, 2011; Lemes; Ondere Neto, 2017).

A psicoeducação pode ser utilizada tanto no cuidado de patologias já estabelecidas como para sua prevenção. Outro aspecto importante da psicoeducação é a possibilidade de realizá-la em grupo e em outros espaços além do setting terapêutico, como escolas, hospitais, ambulatórios, indústrias, entre outros.

Inicialmente chamada de treinamento educacional, a psicoeducação foi criada no final da década de 60 e início da década de 70, por teóricos da Psicologia que se opunham ao modelo médico estabelecido na época (Authier *et al.*, 1975). A psicoeducação surgiu como uma alternativa a esse modelo de psicoterapia no cuidado com pessoas consideradas “perturbadas emocionalmente”. O modelo médico, que na época acreditava que questões emocionais resultam exclusivamente de mau funcionamento orgânico, foi considerado inadequado por esses profissionais por não fomentar a participação do indivíduo no processo terapêutico e não respeitar as crenças e valores individuais dos sujeitos, promovendo um ideal ao qual a pessoa em sofrimento deveria se adequar (Authier, 1977).

Para os pioneiros da psicoeducação, o psicoterapeuta teria um papel similar ao dos professores regentes de sala de aula, e os pacientes, aos dos alunos. A diferença principal estaria na natureza do que seria ensinado, com o psicoterapeuta/professor focando nas questões afetivas, comportamentais e interpessoais do paciente/aluno e com uma maior preocupação com a ética pessoal e cultural e com os valores morais (Authier *et al.*, 1975). Algumas questões no cenário da Psicologia e dos serviços de saúde mental naquela época impulsionaram o surgimento da psicoeducação. Publicações em revistas especializadas sobre centros comunitários de saúde mental contribuíram para reafirmar a ideia de que o trabalho em saúde mental deveria ter o foco na prevenção das questões psicossociais ao invés de focar em remediá-las, como no modelo tradicional de psicoterapia individualizada. Nesse período também acontecia uma maior aceitação da Psicologia por parte da população e, conseqüentemente, maior procura por serviços de psicoterapia. Era notório que a quantidade de profissionais para atender a demanda por psicoterapia individualizada não seria suficiente (Authier *et al.*, 1975; Authier, 1977).

Existiam também questões que escapavam às concepções de saúde-doença, como estresses em função de mudanças importantes de vida, como troca de trabalho, entrada na faculdade, adaptação escolar, entre outros, que causavam um período de instabilidade emocional, mas não necessariamente requeriam o ingresso em psicoterapia (Lukens; Macfarlane, 2004).

A psicoeducação era uma resposta a essa demanda porque possibilitaria uma intervenção em larga escala e não apenas individualizada. Além disso, o caráter educacional, de treinamento de habilidades, faria com que a própria pessoa que buscou o serviço pudesse

replicar o que aprendeu durante esses treinamentos sem precisar retornar ao psicoterapeuta (Authier, 1977).

A função do psicólogo dentro dessa modalidade não seria a de curar doenças mentais ou tornar comportamentos mais adaptativos, como era preconizado na época, mas de oferecer instruções a respeito de habilidades e comportamentos pessoais e interpessoais que trouxessem mais qualidade de vida para as pessoas. Essas instruções poderiam ser individuais ou em grupo, no entanto, o foco não seria criar algo individualizado para cada paciente/estudante, mas criar programas e áreas específicas de instrução que as pessoas pudessem escolher o que gostariam de aprender a partir do que julgassem necessário e importante (Guerney Jr.; Stollak; Guerney, 1970).

Uma outra possibilidade era a de trabalhar em conjunto com psiquiatras para também oferecer treinamentos para aqueles pacientes com questões emocionais graves de origem orgânica que precisam de um atendimento médico, mas que também poderiam aprender diversas habilidades pessoais e interpessoais para a melhora de seu prognóstico (Authier *et al.*, 1975).

Desde então, a psicoeducação evoluiu para uma prática considerada efetiva e baseada em evidências que pode ser aplicada em diversos contextos. Utilizando uma base teórica diversa mas que se complementa, a psicoeducação pode ser adaptada para diversos tipos de intervenções de acordo com a necessidade do público-alvo, seja ele individual, grupal, familiar, entre outros (Lukens; Macfarlane, 2004).

Na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a psicoeducação é utilizada pelo terapeuta dentro da estrutura de tratamento como um complemento à psicoterapia para explicar sobre os conceitos fundamentais da TCC e para fornecer informações importantes para o paciente sobre a sua patologia e seu modo de funcionamento, sempre se certificando de que há entendimento. Como já foi abordado anteriormente, um dos conceitos primordiais da TCC é que a maneira como as pessoas pensam afeta a maneira como se sentem e se comportam, portanto, a mudança dos pensamentos e dos comportamentos por parte dos pacientes é algo indispensável na TCC. E um dos papéis do psicólogo é fornecer as ferramentas e trabalhar as habilidades necessárias para que isso possa ser colocado em prática. Além disso, fornecer conhecimento ao paciente sobre sua patologia, trabalhar a maneira mais eficaz de manejá-la e de lidar com os sintomas contribuirá para uma probabilidade menor de recaída e para que o próprio paciente possa continuar utilizando os conceitos aprendidos para se ajudar após encerrar a terapia, sem precisar retornar (Wright; Basco; Thase, 2008).

Uma das possibilidades educativas dentro da TCC são as miniaulas, momentos em que são explicados ao paciente de maneira interativa, podendo inclusive utilizar o questionamento socrático<sup>3</sup>, diagramas para explicar os modelos cognitivos exemplificando com as situações trazidas pelo paciente, leitura ativa em conjunto com os pacientes de outros materiais, como folders e panfletos, e debate do que é lido. Além disso, é possível a recomendação de materiais já avaliados pelo psicólogo, como livros, sites e podcasts, para que o paciente continue sua aprendizagem fora do setting terapêutico. Também pode ser feito um caderno de terapia em que a pessoa possa anotar os exercícios terapêuticos recomendados, informações relevantes que recebeu, conceitos que aprendeu, colar folders ou panfletos e tarefas de casa para serem trabalhadas em sessões posteriores, de modo que fique um registro para consulta do próprio paciente (Wright; Basco; Thase, 2008).

É importante que o paciente conheça o modelo cognitivo da ansiedade para que ele saiba como seus pensamentos influenciam seus sentimentos, comportamentos e sintomas, a

---

<sup>3</sup> Questionamento socrático é um dos pilares da TCC e consiste em um método no qual o psicólogo faz perguntas específicas para guiar a aprendizagem do paciente sobre determinado tema, de modo que a pessoa aprenda de acordo com o seu próprio raciocínio lógico e pensamento crítico.

fim de que consiga colocar em prática as mudanças necessárias. Um exemplo prático de psicoeducação seria quando o paciente trouxesse uma situação que é ansiogênica para ele, utilizando-a para explicar esse modelo. Então se o paciente relata que fica extremamente ansioso com a possibilidade de falar em público, a psicoeducação vai explicar que diante de um acontecimento, como ser convidado para dar uma palestra importante ou apresentar trabalho para a turma na escola, por exemplo, ele terá pensamentos específicos (“não vou conseguir falar”, “as pessoas não vão gostar da minha palestra”, “vou errar”) que irão gerar emoções (medo, ansiedade, angústia), e essas emoções dispararam os sintomas autonômicos do organismo (sudorese, taquicardia, dificuldade em respirar, tremores) e gerarão um comportamento (não aceitar dar a palestra, faltar aula no dia da apresentação). É importante que ele entenda que não é dar a palestra ou apresentar o trabalho que o deixa ansioso, mas sim a maneira como ele pensa sobre essa ação (Penido; Camera, 2019).

Uma estratégia de psicoeducação dentro da terapia para o transtorno de pânico é a explicação da função evolutiva de cada sintoma físico sentido pelo paciente. Considerando que aqueles acometidos pelo transtorno de pânico sentem medo dos próprios sintomas e acreditam que eles são indicativos de outras patologias, como ataque cardíaco, paradas respiratórias, e até acreditam que estão morrendo, fazer com que eles entendam que esses sintomas não são frutos de patologias e fazem parte do funcionamento do corpo diante do sentimento de ameaça é fundamental. Isso causa um alívio muito grande nos pacientes por saberem que não estão em risco de morrerem (Carvalho; Dias, 2019).

Para o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é importante a psicoeducação sobre mindfulness. Como uma das características do TAG é a preocupação crônica e a ansiedade antecipatória, ensinar técnicas que façam com que a pessoa foque no presente é fundamental para diminuir os sintomas ansiosos advindos dessas preocupações. É possível realizar a meditação guiada e fornecer áudios ou vídeos com esse conteúdo para que a pessoa consiga colocar em prática em seu dia a dia (Coutinho; Abreu, 2019).

O uso da psicoeducação como estratégia de intervenção em grupos de pessoas com transtornos psicológicos, além de contribuir para mitigar os sintomas, também contribui no enfrentamento de possíveis estigmas com os quais as pessoas precisem lidar, na melhora do estilo de vida com aquisição de hábitos mais saudáveis, além de auxiliar na redução de recaídas e hospitalizações e na adesão ao tratamento farmacológico. A intervenção psicoeducativa em grupo também promove o compartilhamento de experiências entre pessoas com a mesma patologia e que vivenciam dificuldades parecidas. Ao se ajudarem se motivam na manutenção do tratamento e aprendem a lidar com o outro, contribuindo para a melhora das habilidades interpessoais e para o ajustamento psicossocial (Nogueira *et al.*, 2017).

Vários autores explicitam que a psicoeducação deve fazer parte da estruturação do tratamento e ser indicada em protocolos de tratamento de diversas patologias pela eficácia demonstrada em diversos estudos. Para o tratamento de transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes, a principal função da psicoeducação é ensiná-los a reconhecer os sintomas ansiosos, assim como estratégias para manejá-las, como técnicas de relaxamento e de respiração, além de estratégias de coping que sejam eficazes (Lukens; Macfarlane, 2004; Oliveira, 2011; Petersen, 2011).

Em uma revisão sistemática de literatura e meta-análise de diversos artigos, Baourda *et al.* (2021) encontraram dados estatísticos indicando que a psicoeducação é uma intervenção eficaz para a redução dos sintomas de ansiedade. Os autores também constataram que a duração do tratamento não impacta em sua eficácia e que tanto grupos com número reduzido de sessões, quanto grupos com muitas sessões, tiveram um impacto positivo na redução da ansiedade. Os pesquisadores ainda investigaram a possível influência de um diagnóstico principal de ansiedade na eficácia da psicoeducação e não obtiveram impacto significativo dessa variável.

Os resultados encontrados por Baourda *et al.* (2021) demonstraram a eficácia de uma técnica de intervenção de baixo custo e que pode ser aplicada em grupo, alcançando mais pessoas ao mesmo tempo, inclusive as que ainda não receberam um diagnóstico. É comum que o transtorno de ansiedade em crianças e adolescentes seja subdiagnosticado e, portanto, não seja tratado. Intervenções em psicoeducação contribuíram para mitigar essa situação. Outra constatação importante foi o baixo impacto de um diagnóstico primário de ansiedade, sinalizando que a psicoeducação também é uma intervenção importante para a prevenção de sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes que não têm um transtorno propriamente dito.

Plutarco *et al.* (2018) apresentou evidências empíricas, no contexto brasileiro, da eficácia da psicoeducação na redução da ansiedade por meio de relatos de estudos de caso. As autoras propuseram uma intervenção psicoeducativa acompanhada de registros de pensamentos. Ao fornecerem informações sobre distorções de pensamentos e sobre a sintomatologia fisiológica da ansiedade, os próprios pacientes passaram a identificar seus pensamentos disfuncionais e suas emoções, levando-os a modificarem suas ações e adotarem comportamentos mais adaptativos e funcionais. Tanto as terapeutas quanto os próprios pacientes observaram a melhora dos sintomas de ansiedade e na habilidade em lidar com esses sintomas.

Adolescentes têm apresentado com mais frequência sintomas de ansiedade, e os diagnósticos de transtorno de ansiedade nessa população têm crescido nos últimos anos trazendo um impacto negativo e causando prejuízo na qualidade de vida dessas pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022) fez um levantamento em 2019 sobre a epidemiologia dos transtornos mentais e descobriu que 13% da população mundial vive com algum transtorno. Transtornos de ansiedade respondem por 31% desses. Olhando especificamente a população adolescente, 14,7% das pessoas de 15 a 19 anos apresentam algum transtorno mental, sendo que 4,6% apresentam algum transtorno de ansiedade. Isso faz com que investigar diferentes tipos de intervenções para mitigar esses sintomas seja extremamente importante.

A OMS definiu em seu glossário de promoção de saúde, divulgado em 1998 para a 4ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, que literacia em saúde seria não apenas ter conhecimento sobre saúde, mas também ter as habilidades pessoais para buscar mais informações e usá-las de maneira efetiva, sabendo o que fazer para prevenção e tratamento de questões de saúde (OMS, 1998). De modo análogo, Jorm (2012) propôs o termo literacia em saúde mental, em que os principais elementos seriam o conhecimento sobre como prevenir transtornos mentais, como reconhecê-los, como buscar ajuda e sobre estratégias de autoajuda efetivas para lidar com situações menos graves.

Diversas pesquisas mostram que falta conhecimento em saúde mental ao público em geral. A maioria não sabe como prevenir transtornos mentais, como reconhecê-los ou como buscar ajuda em casos de adoecimento (Jorm, 2012). Coles *et al.* (2015) relataram que adolescentes também têm dificuldade em reconhecer transtornos mentais em si mesmos e em amigos e familiares e, conseqüentemente, buscar tratamento.

Aproximadamente 50% das psicopatologias que acometem os adultos tiveram início antes dos 14 anos. Isso torna ações de promoção e prevenção em saúde mental durante a infância e a adolescência uma medida extremamente importante a ser adotada. Ações de psicoeducação em saúde mental podem atender essa demanda contribuindo para que o adolescente aprenda a ter um maior autoconhecimento de seus sentimentos e emoções, a identificar os sintomas de possíveis transtornos e a reconhecer quando algo não está bem consigo, podendo, assim, buscar a ajuda necessária. Identificação precoce e, conseqüentemente, intervenção precoce em transtornos mentais resultam em um melhor

prognóstico, corroborando a importância da promoção de saúde mental por meio da psicoeducação (Morgado; Loureiro; Botelho, 2021)

Morgado, Loureiro e Botelho (2020) reafirmam a importância dessas ações no ambiente escolar por ser um espaço que os adolescentes obrigatoriamente frequentam. As autoras propõem mais ações em psicoeducação para aumentar a literacia em saúde mental dos adolescentes por reduzir o estigma em torno dos transtornos mentais e por potencializar o uso das informações obtidas de maneira eficaz na busca por mudanças de hábitos e estilos de vida e por tratamento, quando necessário. As autoras também chamam a atenção para a falta de trabalhos existentes sobre intervenções psicoeducacionais realizadas com adolescentes em ambiente escolar e para a necessidade de desenvolver mais intervenções em psicoeducação para literacia em saúde mental voltadas para o público jovem.

No ambiente escolar alguns temas para intervenção em psicoeducação se fazem presentes e necessários. A chegada dos estudantes no primeiro ano do ensino médio integrado ao ensino técnico do campus Itapina é marcada não só pela empolgação e alegria de estar iniciando em uma nova escola, mas também por dúvidas, apreensão, medo de não dar conta, de não conseguir se enturmar e uma série de outros sentimentos expressados pelos estudantes ao serviço de psicologia escolar durante todos os anos de atuação da pesquisadora como psicóloga na instituição.

Para ajudar a suavizar esse processo, na semana de boas-vindas<sup>4</sup> são feitos momentos de psicoeducação com as turmas dos estudantes ingressantes. Nesses momentos são falados sobre os sentimentos esperados nesse início e sobre algumas maneiras de lidar com eles. Além disso, também é feito um momento de psicoeducação específico para os estudantes que estão ingressando no internato e passarão a residir na escola. Também é falado sobre os sentimentos esperados nessa mudança, sobre estar longe da família, sobre o tempo de adaptação à nova rotina, e maneiras de lidar com essa nova etapa da vida que eles estão vivenciando longe de casa e da família.

Uma outra atividade de psicoeducação realizada no campus Itapina é sobre o processo de aprendizagem. A maioria dos estudantes que chegam ao campus não estavam acostumados a ter rotina de estudo e a estudar com regularidade e sentem dificuldade para se organizar e para iniciar esse novo hábito. Essa organização dos estudos e da rotina escolar é algo necessário para a maioria dos estudantes conseguir terminar o ano letivo satisfatoriamente. Então são feitas atividades de psicoeducação ensinando os estudantes como a aprendizagem acontece, as maneiras mais eficazes de estudar, o que é e como lidar com a procrastinação e como organizar seus hábitos e rotinas de estudo.

Saber o que esperar do ano letivo, entender que o que estão sentindo é normal e que vai passar, que todo ano diversos estudantes passam pela mesma situação, aprender sobre como estudar e a enfrentar os desafios acadêmicos de um campus do Ifes contribui para diminuir os níveis de estresse e de ansiedade dos estudantes. Esses momentos também ajudam a aproximar os alunos do serviço de psicologia e a tirar o estigma da procura por atendimento psicológico quando sentirem necessidade de buscar ajuda.

Além de psicoeducação sobre adaptação escolar e sobre o processo de aprendizagem, também são organizados momentos de psicoeducação com as turmas com temas de saúde mental, como depressão, ansiedade e prevenção ao suicídio. A procura espontânea dos estudantes pelo serviço de psicologia escolar é grande, e essas são algumas das questões que mais aparecem durante os atendimentos individuais, fazendo-se necessárias as intervenções em grupo para ampliar a quantidade de estudantes abrangidos. Nesses momentos de

---

<sup>4</sup> Primeira semana de aula dos estudantes da primeira série, momento em que acontecem várias atividades para que eles possam conhecer a instituição em que vão estudar.



psicoeducação são falados sobre sintomas esperados, maneiras de lidar, hábitos saudáveis que contribuem para o bem-estar, como acontece o tratamento, como pedir ajuda e como ajudar algum colega quando necessário.

Nos atendimentos individuais também acontecem momentos de psicoeducação, no entanto esses acontecem de forma específica de acordo com a situação trazida pelo estudante. Por vezes, os estudantes chegam à escola com diagnósticos de transtornos mentais e fazendo uso de medicação. No entanto, muitas vezes, esses estudantes não sabem o que esperar da psicopatologia que os acomete. Então faz-se necessário explicar que alguns dos sentimentos e dificuldades que estão vivenciando fazem parte dos sintomas do transtorno, como estudante com diagnóstico de depressão e que passou a não ter ânimo para estudar ou vontade de encontrar os amigos e não sabe por que isso acontece.

Uma outra questão que aparece com frequência é o uso incorreto de medicação psiquiátrica. Muitas vezes, os estudantes passam a fazer uso de medicação para alguma psicopatologia, mas não recebem explicação sobre seu uso correto e os efeitos colaterais que podem ocorrer. Por não receberem essas informações, torna-se necessário realizar a psicoeducação para que o estudante saiba que não pode parar de tomar a medicação sem o acompanhamento médico, mesmo que esteja se sentindo melhor, pois pode ocorrer uma piora dos sintomas. Nestes casos, o estudante também precisa ser psicoeducado para saber que é comum que no início da medicação haja efeitos colaterais negativos, e que o efeito positivo da medicação demora um pouco para acontecer, por isso é importante continuar fazendo o uso até nova prescrição médica. Entender melhor como funciona a medicação aumenta as chances de que o adolescente não fará o uso indevido.

É possível observar um aumento da procura pelo serviço de psicologia da escola após ações de psicoeducação. Os estudantes compreendem que algo que estão sentindo ou mudanças que ocorreram em seu comportamento podem ser fruto de adoecimento. Isso, muitas vezes, gera alívio ao conseguirem entender o que está acontecendo e saberem que existe tratamento. A aproximação dos estudantes ao serviço de psicologia da escola também aumenta as chances de que eles procurem ajuda em momentos que estiverem em risco, como em crises de ansiedade ou em situações de ideação suicida.

No serviço escolar realizado no campus Itapina, para a psicoeducação da ansiedade propriamente dita, são utilizadas algumas ferramentas para explicar aos estudantes como a ansiedade funciona, como diagramas e textos curtos discutidos com os alunos. Também são ensinadas técnicas respiratórias para manejar os sintomas da ansiedade e são fornecidos links para gifs ou micro vídeos para acompanhar a respiração. Técnicas de meditação também são ensinadas e são fornecidos áudios com meditação guiada. Além disso, também são discutidos hábitos de vida saudável que contribuem para a diminuição da ansiedade.

A psicoeducação faz parte da rotina de trabalho da pesquisadora em diversos momentos, sejam eles individuais ou em grupo, por ser possível notar a influência positiva que esse tipo de intervenção tem sobre os estudantes. Ao terem um maior entendimento dos processos de adoecimento, dos sintomas esperados e de maneiras de tratamento, os alunos se tornam mais empoderados para lidar com o que estão passando e mais esperançosos de que não se sentirão dessa maneira para sempre e de que, caso os sentimentos voltem, saberão como lidar com eles.

### **3.3 Revisão integrativa da literatura**

Foi realizada a revisão integrativa de literatura para aprofundamento e pesquisa da temática em estudos produzidos no Brasil sobre o tema da pesquisa. De acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010, p. 102), a revisão integrativa é um método que “proporciona a síntese



de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.” Focando na pergunta “Estudantes do ensino médio apresentam sintomas de ansiedade?”, definido como o problema de pesquisa para a revisão, foi feita uma busca nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

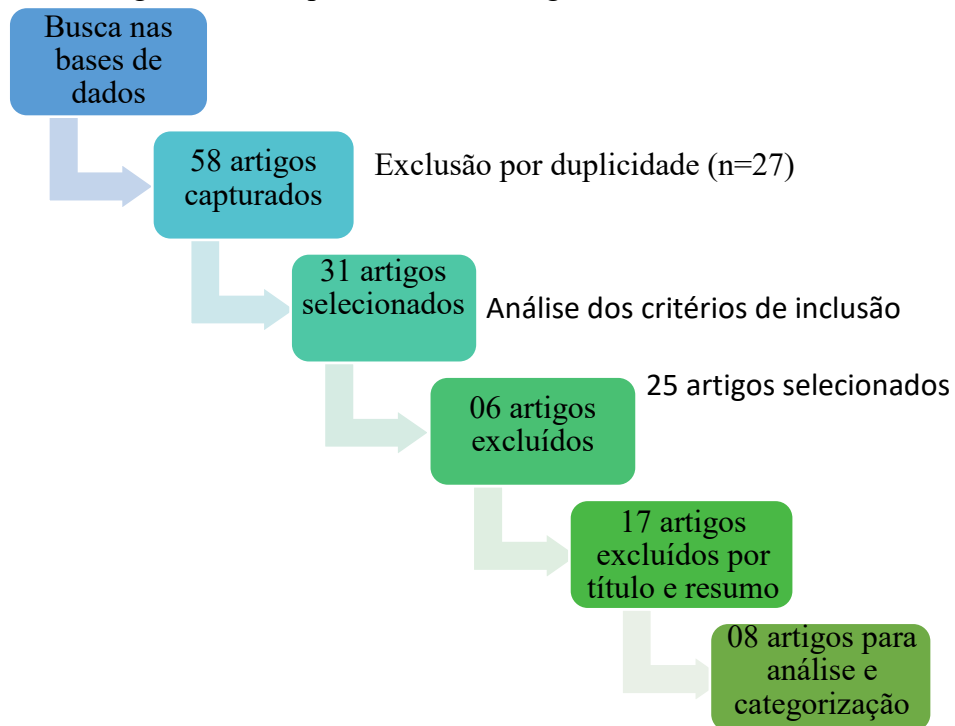
Foram utilizadas quatro combinações de palavras-chaves acompanhadas do operador booleano AND para unir os termos citados a seguir: “Ansiedade” AND “adolescência” AND “ensino médio”, “Ansiedade” AND “adolescência” AND “instituto federal”, “Ansiedade” AND “adolescente” AND “ensino médio”, “Ansiedade” AND “adolescente” AND “instituto federal”. Utilizando essas combinações, foram encontrados 32 artigos na CAPES e 26 na LILACS totalizando 58 artigos. Não foram encontrados artigos na base de dados SciELO.

**Tabela 1** - Artigos encontrados de acordo com a combinação de palavras-chave e separados por base de dados

	“Ansiedade” and “adolescência” and “ensino médio”	“Ansiedade” and “adolescência” and “instituto federal”	“Ansiedade” and “adolescente” and “ensino médio”	“Ansiedade” and “adolescente” and “instituto federal”	TOTAL
SciELO	0	0	0	0	0
CAPES	10	0	20	2	32
LILACS	13	0	13	0	26
TOTAL	23	0	33	2	58

Após a pesquisa inicial, artigos com duplicidade nas bases de dados foram excluídos restando apenas 31 trabalhos. Os critérios de inclusão considerados foram: artigos nacionais, publicados em português, entre 2010 e 2022, para que a busca se restringisse a pesquisas mais atuais, com o texto integral disponível online, excluindo-se seis pesquisas que não atenderam aos parâmetros citados. Então foi feita a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos restantes e foram consideradas apenas publicações cujo assunto principal do trabalho fosse a ansiedade em adolescentes estudantes do ensino médio. Trabalhos para validação de escalas, testes, questionários foram excluídos. Então, foram selecionadas oito publicações para análise e categorização.

**Tabela 2** - Fluxograma das etapas da revisão integrativa da literatura



Os artigos para análise e categorização estão especificados na tabela abaixo.

**Tabela 3 - Artigos para análise e categorização**

Autor	Artigo	Revista	Palavra-chave	Local de estudo	Objetivo	Recursos	Amostra
Adriana Benevides Soares; Janaina Siqueira Rodrigues. (2010)	Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular.	Paidéia	Ensino médio; Estudantes; Inventário de Ansiedade Traço-Estado.	Quatro escolas particulares de uma cidade do interior de Minas Gerais (cidade não especificada)	Comparar a ansiedade de adolescentes do 1º e do 3º ano do ensino médio de escolas privadas que estão em fase de realização do vestibular seriado PISM.	Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE.	124 estudantes, 66 do sexo feminino e 58 do sexo masculino. 69 do 1º ano e 55 do 3º ano.
Alessandra Campanini Mendes, João dos Santos Carmo. (2011)	Estudantes com grau extremo de ansiedade à matemática: identificação de casos e implicações educacionais.	Psicologia da Educação	Ansiedade à matemática; Escala de Ansiedade à Matemática ; Alunos do ensino fundamental e médio.	Cidade do interior de São Paulo (cidade não especificada)	Identificar casos de extrema ansiedade à matemática em estudantes do Ensino Fundamental e Médio, e discutir implicações educacionais.	Escala de Ansiedade à Matemática – EAM.	Levantamento inicial: 1106 alunos, 770 do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental, 336 do Ensino Médio. Análise posterior: 11 alunos com escores indicando extrema ansiedade à matemática na EAM.

Luiz Ricardo Vieira Gonzaga, Andressa Melina Becker da Silva, Sônia Regina Fiorim Enumo. (2016)	Ansiedade de provas em estudante do Ensino Médio.	Psicologia Argumento	Ansiedade; Avaliação Educacional ; Ensino Fundamenta l e Médio; Estudantes.	Escola pública de Ensino Médio localizada na Lapa na cidade de São Paulo (SP).	Analisar o nível de ansiedade de provas escolares em estudantes do Ensino Médio de uma escola pública da capital do Estado de São Paulo.	Test Anxiety Scale – TAS.	379 adolescentes com idade entre 14 e 20 anos, sendo 227 meninas e 152 meninos.
Verônica Grolli, Marcia Fortes Wagner, Simone Nenê Portela Dalbosco.	Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio.	Revista de Psicologia da IMED	Adolescência; Ansiedade; Sintomas depressivos.	2 escolas públicas do interior do estado do Rio Grande do Sul. (cidade não especificada)	Investigar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade em estudantes na fase de conclusão do ensino médio em suas instituições de ensino público.	Ficha de Dados Sociodemográficos ; Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).	70 adolescentes com idades entre 16 e 19 anos dos gêneros masculino e feminino.

(2017)							
Dalila Pereira Soares, Rosiney Rocha Almeida. (2020)	Intervenção e manejo de ansiedade em estudante do ensino médio integrado.	Research, Society and Development.	Ansiedade; Ensino médio integrado; Terapia cognitivo-comportamental; Formação humana integral; Ensino.	IFNMG - Campus Januária.	Identificar os resultados de um grupo de intervenção, baseado em Terapia Cognitivo-Comportamental, para o manejo da ansiedade em estudantes do ensino médio integrado de um Instituto Federal de Ensino.	Escala Hamilton de Avaliação da Ansiedade.	12 estudantes do 1º ano do ensino médio do sexo feminino na faixa etária dos 15 anos.
Carine Jardim de Castro, Sonia Maria da Silva Junqueira, Camila Aparecida	Ansiedade, Depressão e Estresse em tempos de pandemia: um estudo com alunos da terceira	Research, Society and Development.	COVID-19; Coronavírus; Saúde mental.	Escola da rede privada localizada na metade sul do Rio Grande do Sul (cidade não especificada).	Avaliar os níveis de Ansiedade, Depressão e Estresse de estudantes da terceira série do Ensino Médio em meio à pandemia da COVID-19.	EADS 21 (Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão).	21 estudantes da 3ª série do Ensino Médio.

Cicuto. (2020)	série do Ensino Médio.						
Guilherme Cordeiro da Graça de Oliveira, Evely Boruchovitch. (2021)	Ansiedade entre estudantes do ensino médio, gênero e escolaridade: contribuições para a educação.	Revista Educação em Questão	Ansiedade; Adolescência; Gênero; Anos escolares.	4 escolas públicas e 1 particular do município do Rio de Janeiro (RJ) e 2 escolas públicas do município de Juiz de Fora (MG)	Investigar a ansiedade entre estudantes do ensino médio em relação ao gênero e à escolaridade.	Escala de ansiedade do Inventário Learning and Study Strategies Inventory – LASSI.	906 estudantes do ensino médio sendo 490 meninas e 416 meninos divididos em 280 do 1º ano, 315 do 2º ano e 311 do 3º ano.
Joel Bruno Angelo Rocha, Zuylla Margaryda Ximenes Aragão,	Ansiedade em Estudantes do Ensino Médio: Uma Revisão	ID on line. Revista de Psicologia.	Ansiedade; Ensino Médio; Estudante.	Online	Apresentar uma revisão integrativa da literatura sobre os processos que ocasionam ansiedade em jovens estudantes do ensino médio.	Revisão Integrativa da Literatura	20 artigos



Antônio Jonh Lennon da Costa Marques, Socorro Taynara Araújo Carvalho, André Sousa Rocha, Ana Karine Sousa Cavalcante. (2022)	Integrativa da Literatura.						
--	----------------------------------	--	--	--	--	--	--

Os trabalhos foram categorizados em artigos que exploram situações gerais de ansiedade no ensino médio e naqueles que tratam de situações ansiogênicas específicas.

### I. Situações gerais de ansiedade no ensino médio

Foram encontrados quatro artigos que relatam sobre situações ansiogênicas no ensino médio. Uma revisão integrativa da literatura foi realizada por Rocha *et al.* (2022) com o objetivo de investigar o que tem sido produzido sobre os processos envolvidos no desenvolvimento de sintomas de ansiedade por estudantes do ensino médio. Analisaram 20 artigos e os dividiram nas quatro categorias a seguir: Saúde mental dos Estudantes do ensino médio; Pressões sociais; Escolha profissional, Mercado de Trabalho e a Competitividade Social; e Construção da Identidade do Adolescente.

Na primeira categoria, Saúde mental dos Estudantes do ensino médio, os autores discorrem sobre nove artigos que “[...] mencionam os conteúdos relacionados à ansiedade, depressão, inteligência emocional, *stress* e desmotivação.” (Rocha *et al.*, 2022, p.149). Apesar de a ansiedade ser uma emoção adaptativa, seus sintomas podem impactar negativamente o desempenho escolar dos estudantes. Fatores como cargas horárias extensas, perfeccionismo, currículo, ambiente escolar, impactam no bem-estar e consequentemente na saúde mental dos adolescentes. Na categoria “Pressões Sociais (Família, Escola e Pessoal)” os autores analisaram cinco artigos que tratavam sobre os diversos contextos sociais dos adolescentes e a influência desses contextos na saúde mental e no desempenho escolar desses adolescentes. Já na categoria “Escolha Profissional, Mercado de Trabalho e a Competitividade Social” os autores discorrem sobre quatro trabalhos que relacionam ansiedade com escolha profissional. Existe uma correlação entre ansiedade e indecisão vocacional e adolescentes mais ansiosos tendem a ser mais indecisos e a ficarem mais insatisfeitos com suas decisões de carreira. Os autores ponderam que uma maneira de mitigar essa situação seria a oferta de orientação vocacional nas escolas. Por último, na categoria “Construção de Identidade do Adolescente”, analisaram dois artigos que falam das diversas dimensões abarcadas pelo termo juventude e das trajetórias únicas traçadas pelos jovens na construção identitária de cada um. Nessa categoria não discorreram sobre ansiedade (Rocha *et al.*, 2022).

Rocha *et al.* concluíram o artigo apontando a importância do psicólogo na escola frente a todas essas demandas apresentadas pelos adolescentes e a importância desses jovens serem acolhidos e amparados nesses processos e períodos mais turbulentos.

Soares e Almeida (2020) apontam pesquisas recentes que expõem os fatores ansiogênicos existentes no Ensino Médio Integrado de vários Institutos Federais. Carga horária excessiva, grande quantidade de disciplinas, dificuldade de adaptação, currículo denso e demanda de trabalho extraclasse, têm contribuído para desencadear sintomas de ansiedade nesse público. Foi avaliado o impacto de uma intervenção, com dez sessões e baseada na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), nos sintomas de ansiedade em adolescentes do primeiro ano do Ensino Médio Integrado. As autoras encontraram uma redução significativa desses sintomas na maioria dos estudantes que participaram. A Partir desses achados, elas sugerem a criação de um protocolo, baseado na TCC, para os psicólogos escolares utilizarem no atendimento de estudantes ansiosos. E, assim como Rocha *et al.*, apontam a importância da presença do psicólogo na escola para contribuir com a formação de indivíduos emocionalmente saudáveis (Soares; Almeida, 2020).

Grolli, Wagner e Dalbosco (2017) ao investigarem a presença de sintomas de ansiedade em estudantes do ensino médio, encontraram que as adolescentes do gênero feminino apresentaram sintomas mais graves em relação aos adolescentes do Gênero masculino. 40% das meninas pontuaram algum nível de ansiedade, a maioria relatando nível moderado ou grave (20% e 13,3% respectivamente). Em contrapartida, 32,5% dos meninos

pontuaram em algum nível de ansiedade, sendo que a maioria relatou nível leve ou moderado (22,5% e 10% respectivamente). Os adolescentes do gênero masculino não relataram sintomas graves de ansiedade. Esses achados são corroborados por Oliveira e Boruchovitch (2021) que, ao investigarem a relação entre ansiedade, gênero e escolaridade em alunos do ensino médio, encontraram que as alunas relatam níveis de ansiedade significativamente maiores. Os autores questionam se esse resultado estaria ligado aos estereótipos de gênero e às práticas sociais de que não é aceitável meninos expressarem seus sentimentos enquanto para as meninas esse comportamento não é repreendido (Oliveira; Boruchovitch, 2021).

Observando o fator escolaridade, não foram percebidas diferenças significativas entre o primeiro e o segundo ano. Os estudantes do terceiro ano, no entanto, apresentaram níveis menores de ansiedade do que os dois grupos citados anteriormente. Os autores sugerem que esse resultado pode ser consequência da familiaridade com a escola, do perfil desses estudantes, que sinalizaram não pretender adentrar cursos de graduação sendo esse o último ano escolar, e a tentativa dos professores e da direção de evitar a evasão no ensino médio, acentuada no terceiro ano, diminuindo as exigências quanto ao rendimento e quanto à assiduidade (Oliveira; Boruchovitch, 2021).

## II. Situações ansiogênicas específicas

Os artigos agrupados nessa classificação relatam ansiedade para situações específicas da vivência escolar. Uma das situações ansiogênicas mais comuns na escola é o momento avaliativo. Ansiedade de prova, um quadro com prevalência alta entre os estudantes, é caracterizada por reações cognitivas, fisiológicas, afetivas e comportamentais, típicas da ansiedade, às situações avaliativas. Gonzaga, Silva e Enumo (2016) investigaram ansiedade de prova em escolares e observaram que metade dos sujeitos participantes atendia os critérios para esse quadro. E destacaram que as adolescentes apresentaram um resultado mais expressivo para ansiedade de prova.

Além da ansiedade de prova de modo geral, é possível avaliar o quadro ansioso frente a exames específicos como o vestibular. Soares e Martins (2021) compararam os níveis de ansiedade entre estudantes do primeiro e do terceiro ano que estavam em fase de realização de um vestibular seriado. Não foram encontradas diferenças significativas entre os níveis de ansiedade desses estudantes. Esse resultado contrasta com aquele encontrado por Oliveira e Boruchovitch (2021) considerando a variável escolaridade em sua pesquisa. Essa diferença pode ser explicada pelo perfil dos adolescentes pesquisados. Enquanto um grupo não tinha perspectivas em continuar os estudos após o ensino médio, o outro estava se preparando para prestar o vestibular seriado, o que pode sinalizar para a característica ansiogênica desse tipo de avaliação. Ao observarem os níveis de ansiedade por gênero, constataram que as meninas se mostraram mais ansiosas que os meninos, resultado corroborado por Gonzaga, Silva e Enumo (2016).

Além da ansiedade de prova, outro quadro comum é a ansiedade à matemática em que o indivíduo apresenta os sintomas de ansiedade frente a situações que envolvem matemática como prova, exercícios, ir ao quadro, folhear o livro de matemática, entre outros. Mendes e Carmo (2011) avaliaram as respostas de alguns estudantes que demonstraram, por meio da Escala de Ansiedade à Matemática, extrema ansiedade à essa matéria escolar. Os pesquisadores encontraram que esses alunos apresentaram ansiedade tanto em situações com possibilidade de algum tipo de punição, como provas, mostrar o exercício ao professor, quanto em situações sem possibilidade de punição, como quando veem ou ouvem a palavra matemática ou ao folhearem o livro ou caderno desse componente. No Brasil a ansiedade à matemática não é algo avaliado com frequência. Considerando que a matemática se tornar um estímulo aversivo a estudantes possa comprometer o rendimento escolar, julga-se necessário

mais pesquisas sobre esse tema, a fim de que as escolas possam modificar suas metodologias no ensino dessa matéria e os alunos possam ter um desempenho satisfatório sem sofrimento psíquico.

Outra situação que surgiu recentemente foi sintomas de ansiedade frente à pandemia da COVID-19 e os impactos nos estudantes. Com as medidas sanitárias necessárias para a segurança da população, as escolas passaram a funcionar de forma online, uma mudança que afetou a rotina de todos os estudantes brasileiros. Em virtude do isolamento social, incertezas, sentimentos de medo e do excesso de informações sobre a pandemia, quadros de adoecimento emocional foram agravados, principalmente os níveis de estresse entre os adolescentes (Castro; Junqueira; Cicuto, 2020).

É possível perceber que existem no ambiente escolar diversas situações ansiogênicas e que além das vivências próprias da escola, os adolescentes também são influenciados por questões externas como família, vida social, mercado de trabalho que afetam a saúde mental, impactando o bem-estar e o desempenho acadêmico. A adolescência em si é um período de transição para a fase adulta que pode trazer consigo algumas turbulências emocionais. É de extrema importância a escola estar atenta às demandas relativas à ansiedade dos estudantes adolescentes. Proporcionar um ambiente calmo, tranquilo, acolhedor em que é exigido um desempenho condizente com a idade é fundamental para a manutenção de uma saúde mental equilibrada e de um desempenho escolar satisfatório.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

A pesquisa terá métodos mistos quantitativos e qualitativos, sendo considerada uma pesquisa sequencial explanatória. Segundo Gil (2022), uma pesquisa sequencial exploratória é aquela em que inicialmente são aplicados métodos quantitativos de coleta de dados seguidos por métodos qualitativos.

### **4.2 Local da pesquisa**

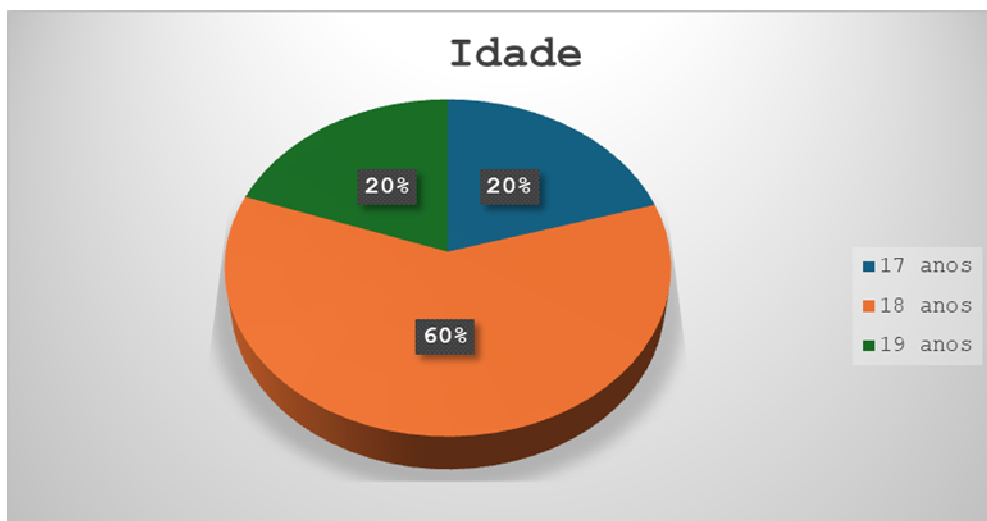
O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo – Campus Itapina fica localizado na BR-259, em área rural do município de Colatina, na região noroeste do Espírito Santo. Fundado em 1956 como Escola de Iniciação Agrícola com o intuito de ofertar o curso de Iniciação Agrícola, um curso profissionalizante de primeiro grau, passou por várias mudanças ao longo dos anos. Em 1964 passou a ser Ginásio Agrícola de Colatina e em meados da década de 70 se transformou em Colégio Agrícola de Colatina e passou a ofertar cursos profissionalizantes de segundo grau. Em 1993 é instituída a Escola Agrotécnica Federal de Colatina, autarquia vinculada ao Ministério da Educação. Até que em 2008 a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica é instituída e os Institutos Federais são criados. E a Escola Agrotécnica de Colatina, em, uniu-se ao Centro Federal de Educação Tecnológica do Espírito Santo – CEFETES e às Escolas Agrotécnicas de Santa Teresa e de Alegre para formar o atual Instituto Federal do Espírito Santo.

O campus iniciou sua trajetória oferecendo apenas cursos profissionalizantes de primeiro grau. Atualmente na educação básica oferta os cursos técnicos integrados ao ensino médio em Agropecuária, Zootecnia e Alimentos e o curso Técnico de Agropecuária. De nível superior são ofertados os bacharelados em Agronomia e Zootecnia e as Licenciaturas em Ciências Agrícolas e em Pedagogia. É um campus com 66 anos de história e que no momento conta com aproximadamente 1160 discentes matriculados, sendo 670 dos cursos técnicos integrados ao ensino médio, e mais especificamente 190 das terceiras séries.

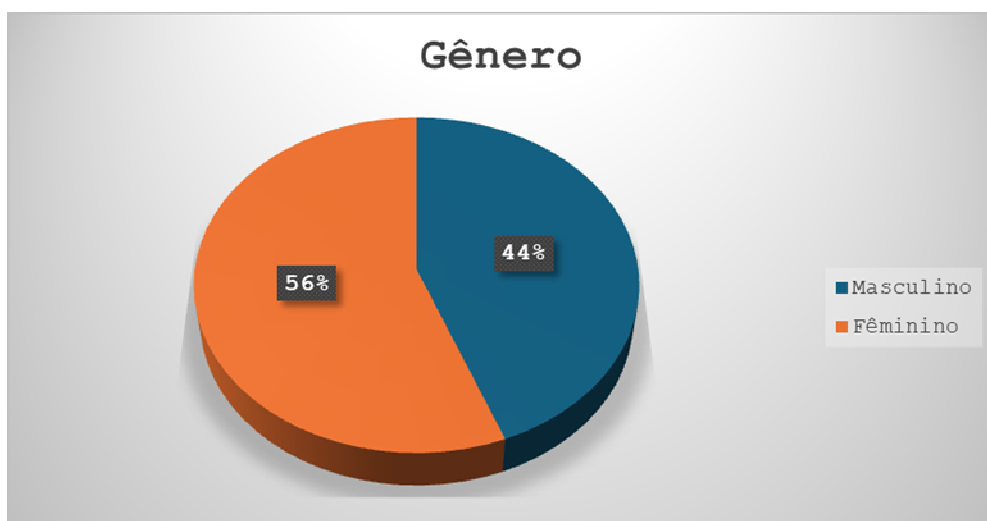
### **4.3 Participantes**

Dos 190 estudantes das terceiras séries, 122 aceitaram participar da pesquisa. Precisaram ser excluídos da amostra 4 estudantes que já tinham completado vinte anos, os 2 de dezoito anos que assinalaram a etnia amarela no formulário sociobiodemográfico por não ser uma amostra estatisticamente significativa, 2 do grupo de 17 anos, o do curso de alimentos e o outro da etnia preta, por não ser uma amostra estatisticamente significativa nessa pesquisa.

A amostra final, selecionada por conveniência, foi composta por dois grupos de estudantes (entre 17 e 19 anos de idade) de até três cursos (Alimentos, Agropecuária e Zootecnia) do terceiro ano do Ensino Técnico Integrado ao Ensino Médio, do Instituto Federal de Educação – campus Itapina (n=118).



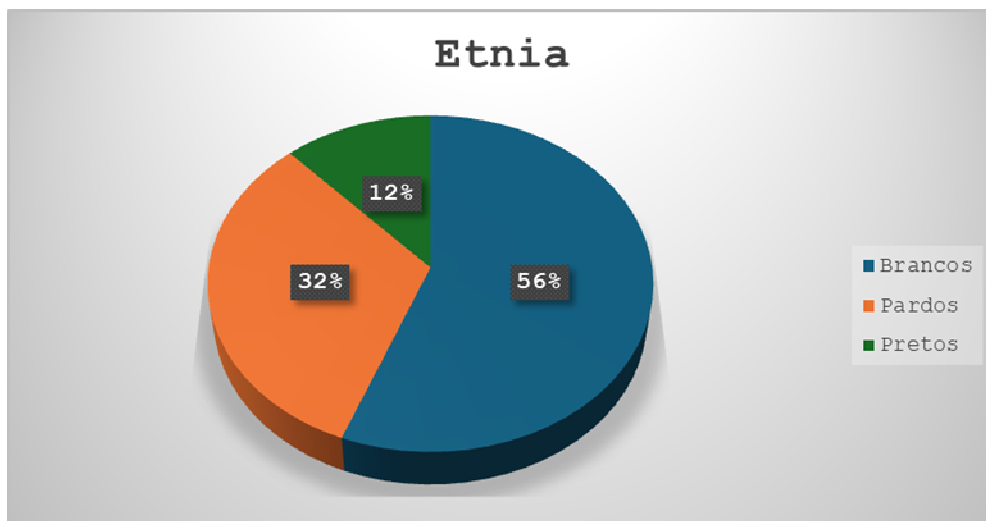
**Gráfico 1 - Idade**



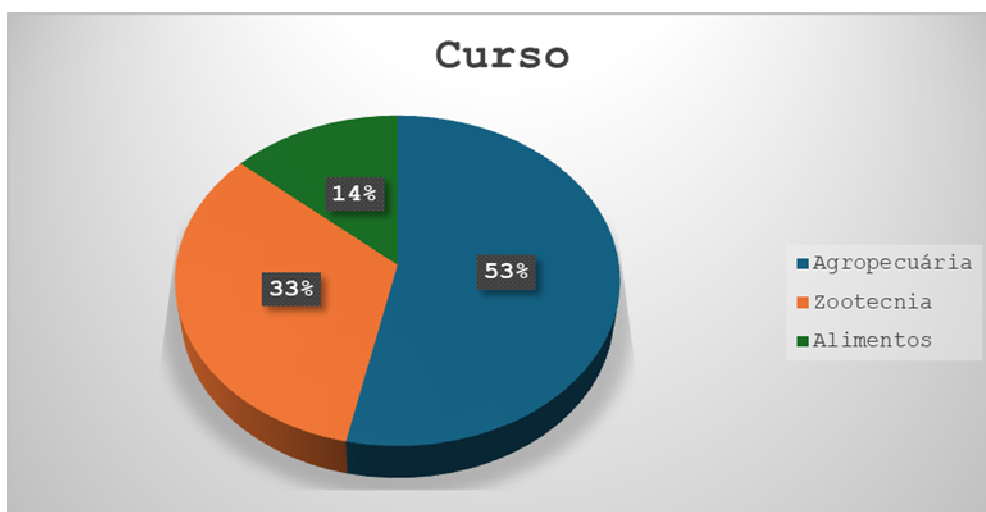
**Gráfico 2 - Gênero dos participantes**

20% (n=24) dos estudantes que responderam a pesquisa tinham 17 anos, 60% (n=71) tinham 18 anos e 20% (n=23) tinham 19 anos. Esses participantes estavam divididos em 56% (n=52) do gênero feminino e 44% (n=66) do gênero masculino.

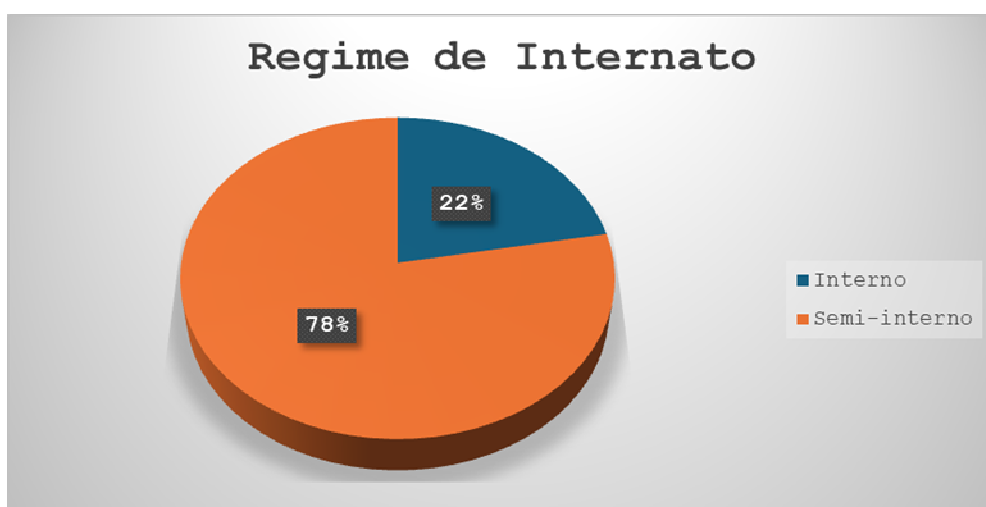




**Gráfico 3:** Etnia dos participantes



**Gráfico 4:** Curso dos participantes



**Gráfico 5:** Regime de Internato

56% (n=66) dos estudantes se identificam como brancos, 32% (n=38) como pardos e 12% (n=14) como pretos. Em relação ao curso, 53% (n=63) estavam matriculados no curso de Agropecuária, 33% (n=39) no curso de Zootecnia e 14% (n=16) no curso de Alimentos. Em relação ao regime de internato, 78% (n=92) eram semi-internos e 22% (n=26) internos.

Em relação ao acompanhamento psicológico, 58% (n=68) relataram não fazer acompanhamento e 42% (n=50) fazem acompanhamento. Já em relação ao acompanhamento psiquiátrico, 86% (n=102) não fazem acompanhamento e 14% (n=16) fazem. E finalmente em relação à medicação, 79% (n=93) declaram não fazerem uso e 21% (n=25) declaram fazerem uso de medicação. Esses dados estão expostos na tabela 4.

**Tabela 4** - Quantidade e porcentagem de estudantes em acompanhamento psicológico, acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação.

	Sim	Não
Acompanhamento psicológico	50 estudantes 42% da amostra	68 estudantes 58% da amostra
Acompanhamento psiquiátrico	16 estudantes 14% da amostra	102 estudantes 86% da amostra
Uso de medicação psiquiátrica	25 estudantes 21% da amostra	93 estudantes 79% da amostra

Em função da idade dos participantes e da necessidade de utilizar dois instrumentos diferentes foi preciso separar a amostra em dois grupos diferentes. O primeiro grupo, composto por alunos menores de 18 anos (n=24) e o segundo, por maiores (n=94). Dentre os alunos do primeiro grupo, a idade variou de 18 a 19 anos  $M = 18,2$  ( $DP = 0,4$ ). 52 estudantes declararam-se do gênero feminino (44,7%) e 42 do masculino (44,7%). Quanto a etnia, 50 brancos (53,2%), 30 pardos (31,9%), 14 negros (14,9%). Quanto aos cursos, 48 do curso de Agropecuária (51,1%), 16 do curso de Alimentos (17%) e 31 de Zootecnia (31,9%). Estudavam em regime de semi-internato 7 (76,6 %) de internato 22 (23,4%). Relataram fazer acompanhamento psicológico, 36 estudantes (38,3%) e nove, acompanhamento psiquiátrico (9,6%). Nove (9,6%) relataram fazer uso de algum tipo de medicação psiquiátrica.

odos os alunos menores de idade, segundo grupo, na ocasião da coleta, tinham dezessete anos de idade. Etnicamente, 16 declararam-se brancos (66,7%) e 8 pardos (33,3%). Quanto aos cursos, 15 do curso de Agropecuária (62,5%) e 9 de Zootecnia (37,5%). Destes, 20 estudavam em regime de semi-internato (83,3%) e quatro em regime de internato (16,6%). Quatorze relataram ter acompanhamento psicológico (58,3%) e sete (29,2%) acompanhamento psiquiátrico. Dez estudantes afirmaram fazer uso de medicamento psiquiátrico (41,7%).

#### 4.4 Instrumentos

Para a coleta de dados foram aplicados:

- **Questionário sociobiodemográfico (Ad hoc)** (apêndice A), em todos os participantes. O questionário foi composto por 16 itens: data de nascimento, idade, gênero (masculino ou feminino), raça/cor/etnia (preto, branco, pardo, amarelo ou indígena), curso (Agropecuária, Alimentos ou Zootecnia), regime de internato (semi-interno ou interno), se o estudante já repetiu algum ano escolar (sim ou não), se está de dependência em alguma

matéria (sim ou não), quais (matérias está de dependência caso a resposta seja positiva), motivos (da reprovação), acompanhamento psicológico (sim ou não), motivos e tempo (para o acompanhamento psicológico), acompanhamento psiquiátrico (sim ou não), motivos e tempo (para o acompanhamento psiquiátrico) (resposta discursiva), uso de medicação psiquiátrica (sim ou não) e sintomas de ansiedade nos últimos seis meses. O questionário foi aplicado para conhecer um pouco mais o perfil dos participantes.

- **Avaliação dos sintomas de ansiedade nos últimos seis meses (Ad hoc)** (apêndice

A) – parte do questionário sociobiodemográfico, também foi aplicado em todos os participantes.

Esta medida avalia de forma binária (sim ou não) sintomas psicológicos e somáticos dos participantes nos últimos seis meses. Os seguintes sintomas foram avaliados: Taquicardia (coração acelerado), Respiração ofegante/Falta de ar, Suor excessivo/calafrios/ondas de calor, Tontura, Tremores, Frio ou desconforto na barriga, Insônia/Dificuldade para dormir, Formigamento ou dormência nos braços, nas pernas, Boca seca, Tensão muscular, Inquietação/Agitação, Preocupação excessiva, Medo/Temor. Cada resposta “sim” contava como um ponto. Ao final, a pontuação de cada um dos sintomas era somada para compor uma pontuação total, que variava de 0 a 13 pontos.

- **Inventário de Ansiedade de Beck – BAI** (Anexo 1), nos adolescentes com 18 e 19 anos. O Inventário de Ansiedade de Beck – BAI foi criado por Beck e colaboradores (1998) e adaptado e validado no Brasil por Cunha (2001) e busca avaliar a presença e intensidade de sintomas ansiosos. Possui 21 itens em que o respondente precisa assinalar em relação ao sintoma: absolutamente não (0); levemente: não me incomodou muito (1); moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar (2); e gravemente: dificilmente pude suportar (3). A escala contém os seguintes itens: 1. Dormência ou formigamento; 2. Sensação de calor; 3. Tremores nas pernas; 4. Incapaz de relaxar; 5. Medo que aconteça o pior; 6. Atordoado ou tonto; 7. Palpitação ou aceleração do coração; 8. Sem equilíbrio; 9. Aterrorizado; 10. Nervoso; 11. Sensação de sufocação; 12. Tremores nas mãos; 13. Trêmulo; 14. Medo de perder o controle; 15. Dificuldade de respirar; 16. Medo de morrer; 17. Assustado; 18. Indigestão ou desconforto no abdômen; 19. Sensação de desmaio; 20. Rosto afogueado; 21. Suor (não devido ao calor). O resultado é obtido somando-se o escore de cada item e subdivide-se em: 0-10 nível mínimo de ansiedade, 11-19 nível leve de ansiedade, 20-30 nível moderado de ansiedade e 31-63 nível grave de ansiedade. Considerando a classificação estabelecida por Beck, um escore de 21 já sinaliza sintomas clinicamente significativos.

- **Questionário para Triagem da Ansiedade Infantil – QTAI-C** (Anexo 2), nos adolescentes de 17 anos. Elaborado por Birmaher et. al. em 1997 e validado no Brasil por Barbosa, Barbosa e Gouveia em 2002, o QTAI-C busca quantificar os sintomas de ansiedade. O questionário contém 26 itens relatando situações possivelmente ansiosas e sintomas de ansiedade. Para cada item o respondente deverá assinalar se a afirmativa é: não verdadeira (0), às vezes verdadeira (1) e verdadeira (2). A pontuação igual ou acima de 25 pontos pode indicar transtorno de ansiedade, em quadro moderado. Já a pontuação acima de 30 pontos pode indicar um transtorno de ansiedade grave.

## 4.5 Procedimentos

### 4.5.1 Coleta dos dados

Após a aprovação do comitê de ética da Universidade, registrada sob o número [6.222.432], a pesquisadora entrou em contato com a direção do Campus Itapina para informá-la sobre os objetivos da pesquisa. Os esclarecimentos pertinentes foram fornecidos

tanto pelos pesquisadores quanto pelo Termo de Assentimento Institucional (TAI) apresentado. Após essa etapa, a direção escolar concedeu autorização para a realização da pesquisa.

Em seguida, a pesquisadora foi conduzida às salas de aula onde os estudantes estavam presentes, a fim de explicar-lhes sobre a pesquisa e seus objetivos. Os estudantes interessados em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice B), caso fossem maiores de idade, ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (apêndice C), no caso de menores de idade. Ademais, a participação dos estudantes menores de idade foi condicionada à autorização prévia de seus responsáveis legais, com o devido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice D). Os próprios estudantes forneceram os contatos desses responsáveis, os quais receberam o Termo via Whatsapp após contato telefônico.

Após a coleta das assinaturas dos Termos, a pesquisadora combinou com a escola e com os professores o melhor momento para a coleta de dados e retornou às turmas na semana seguinte para aplicação dos questionários. Dos 190 estudantes da terceira série, 122 participaram da pesquisa. A coleta ocorreu ao longo de seis dias, um dia para cada turma, durante o horário regular de aula, de forma presencial e coletiva. Primeiramente, os participantes responderam a um questionário sociobiodemográfico ad hoc, em seguida, ao Questionário para Triagem da Ansiedade Infantil – QTAI-C (para os menores de idade) ou o Inventário de Ansiedade de Beck – BAI (caso maiores de dezoito anos) BAI).

#### **4.5.2 Grupo focal (apêndice E– Roteiro)**

Foram realizados grupos focais sobre psicoeducação e automanejo da ansiedade em todas as seis turmas da 3ª série e o pedido da gestão escolar foi liberado para todos os estudantes das turmas, mesmo aqueles que não quiseram responder os questionários.

Foi perguntado aos docentes quem poderia liberar suas aulas para que esse momento acontecesse. Após alguns professores disponibilizarem suas aulas, foram agendados os momentos com os estudantes junto à gestão escolar. Os professores regentes das turmas poderiam participar caso quisessem e dois professores optaram por participar. Os grupos focais seguiram a estrutura temática exposta na tabela 2.

**Tabela 5** - Estrutura temática do grupo focal

Objetivos	Estratégias
Realizar a psicoeducação sobre ansiedade: Conceituar ansiedade; diferenciar ansiedade do medo; explicar o motivo da existência da ansiedade; o funcionamento da ansiedade no corpo; explicitar a sintomatologia; explicar as causas da ansiedade; explicar a função da ansiedade adaptativa e os prejuízos da ansiedade desadaptativa; explicar o ciclo da ansiedade e o ciclo da esquiva na manutenção da ansiedade; explicar sobre as distorções cognitivas; explicar sobre o tratamento.	<ul style="list-style-type: none"><li>● Comunicação expositiva e dialogada</li><li>● Exibição de curta sobre medo</li><li>● Identificação de distorções cognitivas</li></ul>
Explicar sobre como acontece o tratamento dos transtornos de ansiedade e discutir hábitos para redução do tratamento.	<ul style="list-style-type: none"><li>● Comunicação expositiva dialogada</li></ul>
Introduzir técnicas de auto manejo da ansiedade: técnicas cognitivas; técnica de respiração; técnica de atenção plena; técnicas de relaxamento.	<ul style="list-style-type: none"><li>● Explicar e mostrar a técnica A.C.A.L.M.E.-S.E.</li><li>● Técnica 5-4-3-2-1. Exercício de redirecionamento da atenção.</li><li>● Respiração diafragmática</li><li>● Respiração consciente</li><li>● Exercício consciente da nuvem</li><li>● Relaxamento muscular progressivo</li></ul>
Retomar o que foi conversado na psicoeducação a fim de reforçar o que foi aprendido.	<ul style="list-style-type: none"><li>● Jogo Psicoeducação. Um exercício de Verdadeiro ou Falso com toda a turma.</li></ul>

#### 4.6 Questões éticas

A pesquisa cumpre os requisitos da Resolução 466/12 do CNS e suas complementares, que trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal do Espírito Santo (CEP/IFES). Foi aprovada e registrada sob o número 6.222.432.

Os riscos são mínimos aos adolescentes que sentem algum desconforto ao responderem os questionários. Como benefícios contribuirão para ampliar as pesquisas nessa área e também poderão participar do grupo focal de psicoeducação sobre automanejo da ansiedade.

#### 4.7 Procedimentos pré-analíticos

Foram realizados procedimentos de *bootstrapping* (1000 re-amostragens: 95% IC Bca) para ampliar a confiabilidade dos resultados, corrigir desvios de normalidade da distribuição dos dados e discrepâncias no número de participantes entre os grupos, além de prover o fornecimento de intervalos de confiança de 95% para diferenças entre as médias (Haukoos; Lewis, 2005). O pressuposto da heterogeneidade de variância foi avaliado por meio do teste Levene (Levene, 1960). Para lidar com a heterogeneidade de variâncias entre os grupos examinados nas análises de variância de uma via (ANOVA- *One Way*; Keppel; Wickels, 2004) foram utilizadas as correções de Welch (Delacre; Lakens; Leys, 2017).

Nos casos em que a significância (p) não foi indicada pelo teste t de Student apesar do uso de *bootstrapping* a comparação entre os grupos se deu através do teste de *Mann-Whitney* (Mann; Whitney, 1947). Nestes casos, o tamanho de efeito foi estimado pelo g de Hedge.

#### 4.8 Análise de dados

Os grupos de estudantes maiores e menores de idade foram comparados entre si, quanto a seus escores totais das variáveis, Sintomas de Ansiedade nos últimos seis meses (SASM) e do BAI, através do teste t de Student ou teste de *Mann-Whitney*. Estes mesmos testes foram utilizados para comparar variáveis com subamostras de dois grupos. Adicionalmente, para comparar subamostras com 3 grupos, foram utilizados o teste ANOVA *One-Way*. Para controlar efeitos de covariáveis de cuidados (acompanhamento psicológico, acompanhamento psiquiátrico e uso de medicamentos psiquiátricos) foram utilizadas análises de covariâncias (ANCOVAs).

Todas as análises contaram com o auxílio de softwares. Para isto, foram utilizados o software SPSS ver. 26 para todas as análises, exceto para os cálculos de tamanho de efeito e testes de *Mann-Whitney*. Nestes casos o foi utilizado o software JASP ver. 0.18.3.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Da avaliação dos sintomas de ansiedade

A comparação entre os grupos através dos testes t de Student demonstrou que o grupo de estudantes menores de idade apresentou escores de ansiedade estatisticamente maiores ( $M = 7,83$ ;  $DP = 3,60$ ) que o grupo de estudantes maiores de idade ( $M = 6,19$ ;  $DP = 3,70$ ) na variável SUSS ( $t(116) = 0,812$ ,  $p < 0,05$ ). O tamanho de efeito, estimado pelo g de Hedge foi de 0,44, ou seja, pequeno (Haukoos; Lewis, 2005).

Comparando os gêneros, as mulheres apresentaram-se mais distribuídas nas faixas de ansiedade moderada e grave em relação aos homens. Este mesmo padrão foi verificado em alunos semi-internos em relação aos alunos internos. Ademais, aqueles que fazem acompanhamento psicológico, psiquiátrico e aqueles que fazem uso de medicação, encontram-se mais concentrados em faixas de maior severidade de sintomas de ansiedade. Entre as etnias, pessoas negras predominantemente, em relação às demais ocuparam a faixa moderada. Por fim, entre os cursos, houve certo equilíbrio na distribuição entre as faixas do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

**Tabela 6** - Distribuição percentual dos participantes nas faixas dos escores totais do BAI (Estudantes maiores de idade)  $n = 94$ .

Subgrupos	n	%Faixas BAI			
		Mínima	Leve	Moderada	Grave
Gênero					
Masculino	42	62%	24%	7%	7%
Feminino	52	19%	27%	33%	21%
Reg. Estudos					
Regular	72	29%	29%	24%	18%
Integral	22	38%	26%	21%	15%
Ac. Psicol.					
Sim	36	11%	22%	33%	33%
Não	58	52%	28%	14%	3%
Ac. Psiq.					
Sim	9	0	33%	22%	44%



Não	85	42%	25%	21%	12%
Med. Psiq.					
Sim	15	7%	13%	27%	53%
Não	79	38%	26%	21%	15%
Etnia					
Branco	50	34%	30%	16%	20%
Pardos	30	50%	20%	20%	10%
Negros	14	28,6%	21,4%	42,9%	7,1%
Cursos					
Agropecuária	48	50%	18,8%	22,9%	8,3%
Alimentos	16	43,8%	25%	18,8%	12,5%
Zootecnia	30	38,3%	25,5%	21,3%	14,9%

Ac. Psicol. = Acompanhamento Psicológico. Ac. Psiq. = Acompanhamento psiquiátrico. Med. Psiq. = Uso de medicamentos psiquiátricos.

Os testes t de Student evidenciou diferenças significativas, e consideradas fortes (Cohen, 1988) nos escores médios das variáveis para o grupo de estudantes maiores de idade. Observou-se que, em relação ao gênero, as pontuações médias das variáveis Sintomas de Ansiedade nos últimos seis meses (SASM) e total dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foram significativamente mais altas entre indivíduos do sexo feminino. Similarmente, estudantes em regime de semi-internato apresentaram escores médios mais elevados tanto no SASM quanto no BAI, em comparação com aqueles em regime de internato.

Não obstante, constatou-se que os estudantes que recebiam acompanhamento psicológico exibiram pontuações médias mais altas no SASM e BAI do que aqueles que não recebiam acompanhamento. Similarmente, tanto os estudantes que faziam uso de medicação psiquiátrica quanto os que passavam por acompanhamento psiquiátrico demonstraram pontuações médias mais elevadas no SASM e BAI em comparação com aqueles que não faziam uso de medicação ou acompanhamento psiquiátrico.

**Tabela 7** - Comparações (Teste t de Student) dos escores médios por subgrupos de estudantes maiores de idade nas variáveis SASM e BAI Bootstrapping (1000 re-amostragens: 95% IC BCa).

SASM										
	Lev.	P	M	DP	T Padr.	DM	IC DM		G	de
							Inferior	Superior	Hedge	
Gênero	0,001	0,97			0,682	-3,445	-	-6,040	-1,04***	
							15,022			
Masculino			4,29	3,42						
Feminino			7,73	3,16						
Reg. Est.	0,24	0,62			2,624	2,624	0,829	4,337	0,74**	
Regular			6,81	3,50						
Integral			4,18	3,67						
Ac. Psicl.	0,50	0,48			0,666	4,102	2,789	5,414	1,31***	
Sim			8,72	3,20						
Não			4,62	3,06						
Ac. Psiq.	2,93	0,09			0,894	3,352	0,863	5,840	0,93***	
Sim			9,22	2,49						
Não			5,87	3,66						
Med. Psiq.	0,17	0,68			0,930	3,976	2,071	5,882	1,16***	
Sim			9,53	3,18						
Não			5,56	3,45						
BAI										
	Lev.	P	M	DP	T	DM	IC DM		G	de
							Inferior	Superior	Hedge	
Gênero	0,97	0,33			2,251	-	-	-6,088	-0,95***	
							10,715	15,342		
Masculino			10,88	10,77						
Feminino			21,60	11,59						
Reg. Est.	2,33	0,13			2,459**	8,533	2,772	14,294	0,71**	
Regular			18,81	12,48						

Integral			10,27	9,71					
Ac. Psicl.	7,43	0,01 <sup>a</sup>			2,299	14,671	10,392	18,951	1,43***
Sim			25,86	12,50					
Não			11,19	8,40					
Ac. Psiq.	0,90	0,35			4,999	12,991	4,798	21,234	1,09*
Sim			28,56	14,20					
Não			15,56	11,59					
Med.	3,93	0,05			3,881	17,203	11,216	23,191	1,59***
Psic.									
Sim			31,27	14,25					
Não			14,06	9,93					

*Nota.* \* =  $p < 0,05$ . \*\* =  $p < 0,01$ . \*\*\* =  $p < 0,001$ . SASM = Sintomas de Ansiedade nos últimos seis meses. BAI = Inventário de Ansiedade de Beck. IC = Intervalo de Confiança. DM = Diferença de Média. IC DM = Intervalo de Confiança da diferença de Média. Reg. Est. = Regime de estudos. Ac. Psicl = fazem acompanhamento psicológico. Ac. Psiq. = fazem acompanhamento psiquiátrico. Med. Psic = Faz uso de medicamentos psiquiátricos.

Os resultados da Análise de Covariância (ANCOVA) demonstraram que somente a covariável acompanhamento psicológico apresentou efeito estatisticamente significativo. Após controlar por acompanhamento psicológico, o gênero também apresentou efeito estatisticamente significativo no SASM. Ao fazê-lo, verificou-se que o acompanhamento exerceu maior impacto que o gênero (tabela 8). Em relação aos escores totais da BAI, as covariáveis, acompanhamento psicológico e medicamentos apresentaram efeito estatisticamente significativo. Contudo, após estes controles, o gênero não. Isto é, as diferenças entre os gêneros tornaram-se espúrias frente aos efeitos do acompanhamento psicológico (maior influência) e do uso de medicamentos psiquiátricos (tabela 8).

**Tabela 8** - Análises de Covariâncias (ANCOVAs) entre variáveis de agrupamento e covariáveis de cuidados

Variáveis	DF1	DF2	F	p	$\eta^2$
Sas					
Ac. Psicol. <sup>a</sup>	1	88	11,800	<0,001	0,12
Ac. Psiq. <sup>a</sup>	1	88	0,056	0,81	0,001
Medicamentos <sup>a</sup>	1	88	2,259	0,136	0,03
Gênero	1	88	4,869	0,030	0,05

Regime	1	88	0,036	0,851	<0,001
BAI					
Ac. Psicol. <sup>a</sup>	1	88	14,560	<0,001	0,14
Ac. Psiq. <sup>a</sup>	1	88	0,010	0,920	<0,01
Medicamentos <sup>a</sup>	1	88	9,277	<0,01	0,10
Gênero	1	88	2,292	0,13	0,03
Regime	1	88	0,143	0,71	<0,01

<sup>a</sup> = Covariáveis. Ac. Psicol. = Acompanhamento Psicológico. Ac. Psiq. = Acompanhamento psiquiátrico.

Os testes de ANOVA *One-way* demonstraram não haver diferenças significativas entre as etnias (brancos, pardos e negros) quanto aos SASM [Welch's  $F(2, 35,884) = 0,788, p = 0,46$ ] e escores totais do BAI [Welch's  $F(2, 38,763) = 0,758, p = 0,48$ ]. Em relação aos cursos (Agropecuária, Alimentos e Zootecnia) não foram identificadas diferenças significativas nos SASM [Welch's  $F(2, 39,796) = 1,816, p = 1,76$ ] e nos escores totais do BAI [Welch's  $F(2, 39,655) = 1,806, p = 1,78$ ].

Entre os gêneros, somente as mulheres encontravam-se na faixa grave. Na variável acompanhamento psicológico, aqueles que o realizavam, apresentaram maior concentração na faixa moderada e grave. Quanto ao acompanhamento psiquiátrico, aqueles que o realizaram apresentaram maior concentração na faixa moderada e levemente inferior na faixa grave. Por fim, quanto às etnias, pessoas brancas apresentaram maior concentração na faixa baixa e bem menor na faixa moderada em comparação com as pessoas pardas.

**Tabela 9** - Distribuição percentual dos participantes nas faixas dos escores totais do QTAI-C (estudantes menores de idade)  $n = 24$

Subgrupos		N		
		Baixa	Moderada	Grave
Gênero				
Masculino	10	70%	30%	0%
Feminino	14	50%	28,6%	21,4%
Reg. Est.				
Semi	20	50%	35%	15%

Interno	4	58,3%	29,2%	12,5%
Ac. Psicl.				
Sim	14	42,9%	42,9%	14,3%
Não	10	80%	10%	10%
Ac. Psiq.				
Sim	10	50%	40%	10%
Não	14	64,3%	21,4%	14,3%
Med. Psiq.				
Sim	10	50%	40%	10%
Não	14	64,3%	21,4%	14,3%
Etnia				
Branco	16	68,8%	18,8%	12,5%
Pardos	8	37,5%	50%	12,5%
Cursos				
Agropecuária	15	60%	20%	20%
Zootecnia	9	55,6%	44,4%	0%

*Nota.* Ac. Psicl. = Acompanhamento Psicológico. Ac. Psiq. = Acompanhamento Psiquiátrico. Med. Psiq. = Uso de medicamentos psiquiátricos.

Os testes *t* de Student constatarem diferenças significativas em SASM nas variáveis Acompanhamento Psicológico e psiquiátrico. Em ambos os casos, aqueles que relataram fazer estes tipos de acompanhamento apresentaram maiores médias de ansiedade em relação aos que não faziam.

Este mesmo padrão foi encontrado quando examinados os escores totais do Questionário para Triagem da Ansiedade Infantil (QTAI-C), nas mesmas variáveis, incluindo tamanhos de efeito, considerados grandes.

**Tabela 10** - Comparações (Teste t de Student) dos escores médios por subgrupos de estudantes menores de idade nas variáveis SASM e BAI Bootstrapping (1000 re-amostragens: 95% IC Bca).

SASM									
	Lev.	P	M	DP	T Padr.	DM	IC DM		G de Hedge
							Inferior	Superior	
Gênero <sup>a</sup>	-	-			68,000	-	-	-	-0,029 (Ns)
Masculino			-	-					
Feminino									
Etnia <sup>a</sup>	-	-			51,000	-	-	-	-0,195 (Ns)
Branços			-	-					
Pardos			-	-					
Cursos	-	-			57,000	-	-	-	-0,156 (Ns)
Agropec.			-	-					
Zootecnia			-	-					
Regime	-	-			52,000	-	-	-	0,30 (Ns)
Semi			-	-					
Interno			-	-					
Ac. Psicl.	1,655	0,212			1,244	3,314	0,728	6,007	1,00*
Sim			9,21	3,47					
Não			5,90	2,92					
Ac. Psiq.	0,40	0,844			1,414	3,261	0,778	5,547	0,95*
Sim			10,14	3,29					
Não			6,88	3,35					
Med.	-	-			68,000	-	-	-	-0,029 (Ns)
Psiqu.									
Sim			-	-					
Não			-	-					
QTAI-C									



	Lev.	P	M	DP	T	DM	IC DM		G de Hedge
							Inferior	Superior	
Gênero	0,323	0,576							
Masculino			20,80	8,15	3,776	-5,129	-12,345	1,589	-0,54 (Ns)
Feminino									
Etnia	-	-							-0,195 (Ns)
Branços			-	-					
Pardos			-	-					
Cursos	-	-			57,000	-	-	-	-0,156 (Ns)
Agropec.			-	-					
Zootecnia			-	-					
Regime	-	-			59,500	-	-	-	0,488 (Ns)
Semi			-	-					
Interno			-	-					
Ac. Psicl.	2,223	0,150			3,779	8,729	0,790	17,152	0,94*
Sim			27,43	7,49					
Não			18,70	10,21					
Ac. Psiqu.	1,700	0,206			3,437	7,756	1,298	14,179	0,90*
Sim			29,29	6,32					
Não			21,53	9,92					
Med. Psiqu.	-	-							-0,029 (Ns)
Sim			-	-					
Não			-	-					

Nota. \* =  $p < 0,05$ . \*\* =  $p < 0,01$ . \*\*\* =  $p < 0,001$ . SSUS = Sintomas de Ansiedade nas últimas seis semanas. BAI = Inventário de Ansiedade de Beck. IC = Intervalo de Confiança. DM = Diferença de Média. IC DM = Intervalo de Confiança da diferença de Média. Reg. Est. = Regime de estudos. Ac. Psicl = fazem acompanhamento psicológico. Ns = Não-significativo ( $p > 0,05$ ).

Na comparação entre os dois grupos de estudantes, um composto por adolescentes com 17 anos e o outro composto por adolescentes com 18 e 19 anos foi encontrado escores de níveis de ansiedade estatisticamente maiores para o grupo com 17 anos com tamanho de efeito pequeno. Essa diferença, apesar de não ser considerada significativa, pode ser explicada pelo padrão decrescente dos níveis de ansiedade na adolescência. Hale *et al.* (2008)

realizaram um estudo ao longo de 5 anos para verificar os níveis de ansiedade em adolescentes e verificaram que os níveis tiveram uma leve queda ao longo dos anos.

Na presente pesquisa foi verificado maior nível de ansiedade entre estudantes do gênero feminino em comparação aos estudantes do gênero masculino. Esse achado é corroborado por diversos estudos que apontam a maior prevalência de sintomas de ansiedade e maior risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade em mulheres. Oliveira e Boruchovitch (2021) relatam que tanto estudos epidemiológicos, quanto estudos com base na predisposição genética identificam maiores índices de ansiedade em mulheres. Esse dado se repete em relação a diversas situações e estímulos ansiogênicos, como testes, entrada na graduação e a aprendizagem de componentes curriculares específicos.

Martins e Cunha (2021) encontraram diferenças entre os sexos em ambas as escalas que elas utilizaram para avaliar ansiedade em estudantes do ensino médio. As meninas apresentaram maior nível de ansiedade em todos os fatores das duas escalas. Prado, Hemanny e Oliveira (2020) verificaram uma maior correlação entre gênero feminino e a presença de sintomas de fobia social, ansiedade de separação e transtorno de pânico.

Alves *et al.*, (2021) também encontraram maior prevalência de sintomas de ansiedade entre meninas, apresentando maiores escores de ansiedade e maiores chances de desenvolvimento do transtorno. Os autores avaliaram os níveis de ansiedade antes e após uma intervenção com duração de cinco sessões e encontraram diminuição nos escores das meninas, mas não dos meninos. Isso talvez possa ser explicado pela maior disponibilidade das meninas em falarem sobre seus sentimentos e sobre o que estão pensando. Isso foi verificado pela pesquisadora durante a realização dos grupos focais. Durante os grupos as meninas participaram ativamente e voluntariamente, os meninos quase não participaram voluntariamente, apenas quando eram convocados à participação.

Gonzaga, Silva e Enumo (2016) avaliaram a prevalência de ansiedade de provas em estudantes do ensino médio com idades entre 14 e 20 anos em uma escola pública do município de São Paulo e encontraram diferença significativa entre os gêneros, com as alunas apresentando maior ansiedade de provas. Em relação a um tipo específico de avaliação, o vestibular, as meninas também apresentam maiores níveis de ansiedade. Soares e Martins (2010) encontraram maior nível de ansiedade Traço-Estado e maior propensão à ansiedade em vestibulandas. Rodrigues e Pelisoli (2008) também encontraram níveis significativamente maiores de ansiedade em meninas se preparando para o vestibular do que em meninos.

Tanto Germain e Marcotte (2016) quanto Grolli, Wagner e Dalbosco (2017) encontraram maior prevalência e gravidade de sintomas de ansiedade em meninas adolescentes. Oliveira e Boruchovitch (2021) investigaram os níveis de ansiedade em 906 estudantes do ensino médio de escolas públicas e particulares das cidades do Rio de Janeiro (RJ) e Juiz de Fora (MG) e encontraram dados semelhantes.

A diferença de gênero na manifestação da ansiedade também afeta a epidemiologia e a apresentação dos transtornos de ansiedade. A probabilidade para o desenvolvimento de transtorno do pânico (TP) e de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é duas vezes maior no gênero feminino, e uma vez e meia para fobia social (FS). As mulheres apresentam maior comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, principalmente a depressão, maior gravidade e frequência sintomatológica e maior cronicidade dos transtornos de ansiedade. Elas também apresentam piora na sintomatologia dos transtornos no período pré-menstrual tanto para TAG quanto para TP. As mulheres acometidas por TAG costumam apresentar um início mais precoce do transtorno, e quando têm comorbidade com transtornos depressivos apresentam maiores prejuízos e incapacitação e pior prognóstico (Kinrys; Wygant, 2005).

Em relação ao TP, a sintomatologia do transtorno é diferente no gênero feminino, com mulheres vivenciando sintomas respiratórios, evitação agorafóbica grave, sintomas individuais de pânico e evitação fóbica em maior proporção. Também apresentam maior

frequência de comportamento de dependência familiar para enfrentamento das situações ansiogênicas. Mulheres acometidas por fobia social apresentam medos sociais mais graves e as situações fóbicas específicas são diferentes. Falar com autoridade, realizar qualquer atividade em frente a um público, trabalhar sendo observado, ser o centro das atenções, falar em público e discordar de pessoas que não conhece bem são situações consideradas fóbicas com maior frequência pelas mulheres (Kinrys; Wygant, 2005).

Os motivos para maior prevalência de ansiedade em mulheres ainda são desconhecidos, no entanto, existem algumas suposições. Fatores sociais que impactam pessoas do gênero feminino, como estereótipos de gênero e discriminações, podem contribuir para o aparecimento mais frequente de sentimentos ansiosos (Oliveira; Boruchovitch, 2021). A propensão das mulheres em julgar situações avaliativas como ameaça ao self compromete sua crença de autoeficácia, esse seria um componente a mais para ajudar a explicar os maiores níveis de ansiedade de prova (Gonzaga; Silva; Enumo, 2016). Autoestima baixa também contribui para maiores níveis de ansiedade. E considerando que a aparência é o fator de maior influência na autoestima global e que meninas costumam ser mais críticas com a própria aparência e a terem níveis mais altos de insatisfação corporal, questões de autoestima talvez possam explicar a presença de níveis mais altos de ansiedade em meninas (Arnett, 2013). Em relação aos fatores biológicos, acredita-se que fatores genéticos assim como, os hormônios sexuais femininos teriam influência na diferença de prevalência da ansiedade entre homens e mulheres.

No quesito ansiedade e regime de estudos, verificou-se predominância de ansiedade entre estudantes semi-internos. Os estudantes internos são aqueles que residem no campus e retornam para suas moradias nos finais de semana, feriado e/ou nos períodos de férias escolares. Já os estudantes semi-internos são aqueles que vão para escola e retornam para suas casas ao final do turno escolar. Os alunos internos são todos meninos, e o componente gênero ajudaria a explicar índices menores de ansiedade entre essa categoria.

Os estudantes internos e semi-internos estudam em turno integral e têm em torno de 16 componentes curriculares a serem cumpridos. Além das horas em que passam na escola, os estudantes precisam estudar o conteúdo ministrado em aula, fazer tarefas de casa, estudar para provas e realizar trabalhos acadêmicos no contraturno. Isso faz com que os estudantes fiquem sobrecarregados. Outra questão é a localização do campus, que é em área rural, distante dos centros das cidades, fazendo com que os estudantes gastem tempo com deslocamento e tenham menos tempo para estudar. Isso pode contribuir para o surgimento de sintomas ansiosos à medida que é difícil para esses estudantes administrarem toda essa carga horária de estudos. Além disso, prevenção e tratamento de sintomas de ansiedade requer uma vida equilibrada, com a prática de exercícios físicos, momentos de lazer e passar momentos com a família e com os amigos. Isso é mais difícil para os estudantes semi-internos em função da alta demanda escolar.

Os estudantes que residem no campus não gastam tempo com deslocamento, tem mais acesso aos professores para tirarem dúvidas e aos outros colegas internos para ajudar a estudar. Também conseguem utilizar as instalações do campus para a prática de esportes com os amigos e para fazer exercícios físicos. Todos esses fatores talvez contribuam para menores índices de ansiedade entre os internos.

Também foi encontrada uma relação entre acompanhamento psicológico, acompanhamento psiquiátrico, uso de medicação psiquiátrica e níveis mais graves de ansiedade. Isso pode ser explicado pelo fato de que quanto maior a gravidade da ansiedade maiores são os incômodos e prejuízos causados, fazendo com que a pessoa busque ajuda especializada. A literatura mostra que as pessoas acometidas por transtornos de ansiedade costumam demorar para buscar ajuda, e normalmente o fazem quando a ansiedade já está

trazendo muitos prejuízos para a vida, o que pode significar que essas pessoas buscaram ajuda em função da gravidade dos sintomas (Coutinho; Abreu, 2019).

Um outro dado interessante foi a diferença entre uso de medicamento psiquiátrico e acompanhamento psiquiátrico, o que significa que alguns estudantes fazem uso de medicação psiquiátrica sem o acompanhamento do profissional especializado.

Observando a variável etnia, houve predominância de pessoas negras na faixa moderada. Estudos sugerem que a prevalência de transtornos mentais seja maior na população negra do que em outras etnias. Bastos *et al.* (2014) investigaram a associação entre saúde mental e discriminação de idade, classe e raça entre estudantes universitários e encontraram que discriminação racial está associada a uma probabilidade quatro vezes maior de desenvolver alguma questão de saúde mental. Smolen e Araújo (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre raça/cor da pele e transtornos mentais e encontraram diversos artigos reafirmando a maior prevalência entre questões de saúde mental e pessoas negras. Ao realizarem uma revisão sistemática sobre estudos epidemiológicos e discriminação interpessoal, Goto, Couto e Bastos (2013) também encontraram ligação entre experiências discriminatórias e transtornos mentais.

Considerando que não existe uma ligação biológica entre raça e saúde mental, essa prevalência maior é explicada por questões sociais estressoras, como a discriminação racial, vivenciadas pela população negra (Smolen; Araújo, 2017). Williams *et al.* (1997) propõem que raça pode afetar a exposição ao estresse de duas maneiras. A primeira seria em relação à posição socioeconômica. Os autores afirmam que o estresse não é distribuído aleatoriamente na população, mas é ligado a questões sociais que impactam os tipos e os níveis de estresse aos quais as pessoas são expostas. A segunda seria a exposição ao viés racial. Episódios de discriminação e racismo afetam emocionalmente aqueles que os vivenciam. E o racismo estrutural impacta as oportunidades socioeconômicas disponíveis, a mobilidade, as oportunidades educacionais e até o acesso à saúde de pessoas negras. Tudo isso contribui para maiores níveis de estresse e ansiedade. Considerando o impacto da discriminação na saúde mental e o fato de pessoas negras terem uma chance 50% maior de sofrerem racismo é esperado que os níveis de ansiedade entre adolescentes negros sejam maiores (Macinko *et al.*, 2012).

Investigar a ligação entre etnia e saúde mental é extremamente importante principalmente para entender quais são os fatores de risco para realizar uma prevenção eficaz. No entanto, existem poucos estudos com populações brasileiras que fazem a correlação entre saúde mental e raça/cor da pele (Smolen; Araújo, 2017).

Um dos dados encontrados na literatura é o aumento do índice de evasão escolar entre adolescentes com questões ligadas à ansiedade. A pesquisa foi realizada apenas com os estudantes matriculados na escola, não sendo possível avaliar esse dado. Uma sugestão para estudos futuros seria realizar uma pesquisa com estudantes evadidos para entender os motivos da saída da escola e verificar se a ansiedade foi um fator relevante. Outra variável importante a ser pesquisada é o impacto de problemas escolares na ansiedade. Não foi possível investigar essa variável em função da pandemia de COVID-19 e o fato dos estudantes da terceira série estarem tendo aula à distância quando estavam cursando a primeira série e as tentativas de recuperação de conteúdo que levaram a um baixíssimo índice de reprovação escolar, algo considerado atípico para o campus.

## **5.2 Dos resultados e avaliação do grupo focal**

Os grupos focais tiveram a média de duração de 80 minutos e foram compostos por três momentos, psicoeducação sobre ansiedade, exercícios de respiração e relaxamento, e

retomada do conteúdo. Inicialmente foi realizada a psicoeducação sobre ansiedade. Nesse momento foram abordados os sintomas da ansiedade, explicada sua função evolutiva na sobrevivência da nossa espécie, ou seja, porque a ansiedade existe, e o ciclo da ansiedade. Foi falado sobre o ciclo da esquivar e o papel que este tem na manutenção dos sintomas ansiosos. Além disso, foi explicado sobre as distorções cognitivas que cometemos e que impactam no aumento da ansiedade. Foi questionado aos estudantes sobre outras maneiras de pensar que fossem mais saudáveis e tivessem um impacto mais positivo no nosso comportamento e no que sentimos. E por último foi falado sobre o tratamento da ansiedade patológica, como o uso de medicações e realização de psicoterapia, bem como a adesão a hábitos mais saudáveis como fazer exercícios, dormir e se alimentar bem, que também podem contribuir na diminuição dos níveis de ansiedade.

Após o momento de psicoeducação foram realizados os exercícios de respiração e relaxamento e mudança de foco. A primeira técnica ensinada foi a estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. Essa técnica foi criada pelo psicólogo brasileiro Bernard Rangé em 1991 para auxiliar uma paciente com diagnóstico de transtorno de pânico grave, que tinha várias crises de pânico por dia, a controlar suas crises de pânico enquanto o profissional estaria participando de um congresso em outra cidade e não poderia atendê-la pessoalmente. A.C.A.L.M.E.-S.E. é um recurso mnemônico em que cada letra da palavra indica uma ação a ser realizada a fim de ajudar a controlar a ansiedade. A refere-se a aceitar a ansiedade, C a contemplar o que está no entorno da pessoa, o segundo A a agir com a ansiedade como se não estivesse ansioso, L refere-se a liberar o ar dos pulmões e respirar devagar, M a manter os passos anteriores, E a examinar os pensamentos, S a sorrir e se parabenizar por ter conseguido, e o último E a esperar o futuro aceitando que a ansiedade faz parte da vida mas que a pessoa está aprendendo a lidar com ela (Rangé, 2008).

Após a técnica A.C.A.L.M.E.-S.E., foram ensinadas técnicas de mindfulness, que tem demonstrado contribuir de maneira significativa para o controle dos sintomas de ansiedade. Mindfulness seria a atenção plena no momento presente, do que se está sentindo ou pensando sem julgamento dos pensamentos ou sentimentos, apenas aceitação (ROEMER e ORSILLO, 2010). Inicialmente foi feita uma respiração diafragmática simples para ensinar os estudantes a maneira correta de respirar e prepará-los para o primeiro exercício de atenção plena. Em seguida foi feito um exercício de respiração consciente ensinando os participantes a respirar calmamente inspirando pelo nariz e soltando pela boca e focando na respiração. Os participantes foram instruídos a focarem na respiração e para caso comessem a focar em outras coisas para que retornassem calmamente o foco para a respiração sem julgar seus pensamentos.

Em seguida foi realizada a prática de mindfulness chamada exercício consciente da nuvem, que usa técnicas de visualização para ajudar o estudante a observar seus pensamentos de maneira menos reativa. A maneira como a pessoa interpreta os eventos, os pensamentos que ela tem e a maneira como ela reage a eles contribui para os sentimentos ansiosos. Essa técnica contribui para a pessoa conseguir apenas observar seus pensamentos e aceitá-los, sem que isso desencadeie reações ansiosas (Hofmann, 2022).

Sintomas físicos como tensão e rigidez muscular também são comuns na ansiedade. Uma maneira de lidar com essa sintomatologia é por meio do relaxamento muscular progressivo, que foca justamente nesses sintomas. Essa é uma técnica de primeira linha que funciona em duas etapas. Primeiro tensiona-se brevemente os grupos musculares e em seguida deve-se relaxá-los por um período maior. O relaxamento muscular progressivo utiliza tensionamento ativo, no qual a pessoa propositalmente tensiona o máximo possível, mas sem machucar, grupos musculares específicos, para relaxá-los em seguida (Hofmann, 2022).

Em seguida foi ensinado e praticado com os estudantes uma técnica de grounding chamada técnica 5-4-3-2-1. Durante crises de pânico e de ansiedade, as pessoas entram em

espirais de pensamentos ansiosos focando nos estímulos ansiogênicos e na sintomatologia que estão sentindo. Isso contribui para a manutenção da crise de pânico. Essa técnica tem o objetivo de trazer a pessoa para o momento presente e tirar seu foco de seus pensamentos e de seus sintomas ansiosos utilizando os cinco sentidos.

Após a realização das técnicas de automanejo da ansiedade foi realizado um jogo de verdadeiro ou falso consistindo em várias afirmações sobre ansiedade que os estudantes precisavam dizer se era falsa ou verdadeira. Essa atividade foi utilizada como uma maneira de reforçar o que foi falado durante o grupo focal.

Para finalizar foi feita a leitura em voz alta pelos estudantes de um texto sobre navegar um barquinho no oceano como metáfora sobre a importância de se fortalecer emocionalmente e para lidar com as adversidades da vida.

Os estudantes participaram ativamente do grupo focal nas atividades práticas, tendo adesão de quase toda a turma. No entanto na psicoeducação, momento teórico, pareciam um pouco entediados e apáticos, reclamação constante dos professores regentes sobre o comportamento dos estudantes em sala de aula. Mesmo assim, quando foi retomado o conteúdo no jogo de verdadeiro ou falso sobre ansiedade participaram ativamente e acertaram a maioria dos questionamentos. Vários alunos tiraram fotos dos slides contendo as técnicas o que inspirou a pesquisadora a preparar uma cartilha contendo as técnicas de controle da ansiedade para ser utilizada em sua prática de trabalho na instituição.

Foi relatado por um dos docentes que participaram do grupo focal que este conseguiu auxiliar uma das estudantes do campus no dia da realização da prova do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Ele foi um dos aplicadores da prova em uma outra escola e a estudante o procurou relatando que estava tendo uma crise de ansiedade e achava que não conseguiria fazer a prova. O professor utilizou uma das técnicas ensinadas durante o grupo focal para acalmar a estudante, que ficou bem e conseguiu realizar o exame. Isso demonstra a importância de todos os atores da comunidade escolar serem instruídos sobre questões de saúde mental, pois eles podem replicar o conhecimento e contribuir para o manejo de sintomas em algumas situações.

De modo geral, as meninas tiveram uma participação mais ativa compartilhando histórias pessoais e situações nas quais normalmente se sentem ansiosas. Nenhum menino participou voluntariamente compartilhando sobre o que sente ou sobre situações de ansiedade vivenciadas. Participavam apenas quando a pesquisadora solicitava a participação, como na técnica 5-4-3-2-1.

Apesar da apatia em alguns momentos, a maioria dos estudantes parece ter gostado de participar do grupo. Essa impressão se dá pelas falas dos alunos após o término, pelo pedido de compartilhamento dos slides e pela procura para agendar atendimento com a pesquisadora para conversar sobre o que foi falado.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme esperado, constatou-se um número significativo de estudantes apresentando níveis altos de ansiedade. Além disso, alguns sintomas específicos de ansiedade, como: preocupação excessiva, inquietação/agitação, frio ou desconforto na barriga e insônia/dificuldade para dormir, foram os mais comuns no público estudado. Os níveis altos de ansiedade demonstram a importância e necessidade da realização de trabalhos de prevenção e intervenção com esse público relacionados ao tema da pesquisa.

Foi possível verificar que há diferença nos níveis de ansiedade entre gêneros, com as adolescentes apresentando níveis mais altos de ansiedade, conforme corroborado pela literatura especializada. No que tange a possível diferença nos níveis de ansiedade entre os estudantes dos diferentes cursos técnicos integrados ao ensino médio, essa variável não foi significativa considerando que não foi possível verificar diferenças entre os estudantes ao observarmos essa variável específica. Portanto, existe sim diferença nos níveis de ansiedade entre os gêneros, no entanto, não existe diferença entre cursos.

Considera-se o espaço escolar como um local propício para a prevenção e para intervenção em larga escala por alcançar um público maior, por ser um local que os adolescentes obrigatoriamente frequentam e pelas diversas situações ansiogênicas encontradas no meio acadêmico. Através dos grupos focais foi possível auxiliar os estudantes a lidarem com os sintomas de ansiedade, proporcionaram momentos de interação entre os estudantes e pesquisadora.

Em virtude da pandemia de COVID-19 que levou à utilização da modalidade EAD de ensino e a práticas para contribuir com a recuperação e aprovação do estudante, os estudantes da terceira série do campus tiveram índices muito baixos de reprovação e dependência nas séries anteriores do ensino médio. Isso impossibilitou verificar a relação entre problemas acadêmicos e ansiedade. Portanto, uma das recomendações para trabalhos futuros seria fazer uma avaliação atualizada considerando que os índices de reprovação no campus aumentaram recentemente ao retornar ao modelo de ensino pré-pandemia.

Em virtude do tempo disponível não foi possível avaliar os níveis de ansiedade dos estudantes em todas as séries. Seria interessante que trabalhos futuros pudessem realizar essa avaliação a fim de comparar se há diferença no nível de ansiedade entre as séries e verificar qual grupo precisa ser prioridade para realização de trabalhos de prevenção e intervenção relacionados à ansiedade. Além disso, avaliar novamente os níveis de ansiedade após os grupos focais seria importante para verificar a eficácia de grupos focais de psicoeducação que aconteçam em um encontro e facilitar a realização desses trabalhos, considerando que muitas vezes não há adesão por parte dos adolescentes a atividades longas, com muitos encontros.

Investigar a ansiedade em adolescentes se faz importante pelo aumento nos índices de transtornos de ansiedade verificados neste trabalho. O adoecimento por um transtorno de ansiedade na juventude faz com que o indivíduo acometido por esse transtorno torne-se, na maioria dos casos, mais vulnerável a outros adoecimentos ligados a questões de saúde mental na vida adulta. Além disso, um transtorno de ansiedade não tratado na adolescência tem maior probabilidade de se tornar uma situação crônica e com pior prognóstico. Portanto, investigar sintomas de ansiedade nesse público e criar maneiras de mitigar e lidar com esses sintomas é de extrema importância.



## 7 REFERÊNCIAS

- ALVES, M. I. *et al.* Efeito da Terapia Comunitária Integrativa sobre os sintomas de ansiedade em adolescentes no contexto escolar. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e5010312986–e5010312986, 4 mar. 2021.
- APA - American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2014.
- ARNETT, J. J. Adolescent storm and stress, reconsidered. **American Psychologist**, v. 54, n. 5, p. 317–326, 1999.
- ARNETT, J. J. **Emerging Adulthood**: Understanding the new way of coming of age. *In*: ARNETT, J. J.; TANNER, J. L. (org.), **Emerging adults in America: coming of age in the 21st century**. [S. l.] American Psychological Association, p. 3-19, 2006.
- ARNETT, J. J. **Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach**. 5th ed. Upper Saddle River: Pearson Education, 2013.
- ARNSTEN, A. F. T.; SHANSKY, R. M. Adolescence: vulnerable period for stress-induced prefrontal cortical function? Introduction to part IV. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1021, p. 143–147, June 2004.
- ASMAL, L.; STEIN, D. J. Anxiety and culture. *In*: ANTONY, M. M.; STEIN, M. B. (Eds.). **Oxford handbook of anxiety and related disorders**. [S. l.] Oxford University Press, 2008. p. 657-664.
- ASSIS, S. G. DE; AVANCI, J. Q. **Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e adolescência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.
- AUTHIER, J. *et al.* The psychological practitioner as a teacher: a theoretical-historical and practical review. **The Counseling Psychologist**, v. 5, n. 2, p. 31–50, 1 June. 1975.
- AUTHIER, J. The psychoeducation model: definition, contemporary roots and content. **Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy**, v. 12, n. 1, 1977.
- BARBOSA, G. A., GAIÃO E BARBOSA, A. A., GOUVEIA, V. V. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: m estudo de prevalência e validação de um instrumento (SCARED) de triagem. **Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 10, n. 1, 34-47, 2002.
- BAOURDA, V. C. *et al.* Group psychoeducation for anxiety symptoms in youth: Systematic review and meta-analysis. **Journal for Specialists in Group Work**, v. 47, n. 1, p. 22–42, 2022.
- BARLOW, D. H. **Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic**. 2nd ed. New York: The guilford press, 2002.
- BASTOS, J. L. *et al.* Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 175–186, jan. 2014.

BEAR, M. F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental**: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECKER, A. E. *et al.* Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 180, p. 509–514, jun. 2002.

BELSKY, J. **Desenvolvimento humano**: experienciando o ciclo da vida. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BENDER, P. K. *et al.* Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. **Personality and Individual Differences**, v. 53, n. 3, p. 284–288, 1 ago. 2012.

BORUCHOVITCH, E.; COSTA, E. R. O impacto da ansiedade no rendimento escolar e na motivação do aluno. *In*: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. (Eds.). **A motivação do aluno**: contribuições da Psicologia contemporânea. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990.

BRESSAN, R. A. *et al.* Promoção da saúde mental e prevenção de transtornos mentais no contexto escolar. *In*: ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (Eds.). **Saúde mental na escola**: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 37–48.

CALLIGARIS, C. **A adolescência**. 2. ed. São Paulo: Publifolha, 2011.

CARVALHO, M. R.; DIAS, T. R. DE S. Transtorno de pânico. *In*: CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÈ, B. (Eds.). **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

CASTRO, C. J.; JUNQUEIRA, S. M. S.; CICUTO, C. A. T. Ansiedade, depressão e estresse em tempos de pandemia: um estudo com alunos da terceira série do Ensino Médio. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 10, p. 1-12, 2020.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; NETO, O. C.; KOLLER, S. H. Adolescentes e adolescências. *In*: HABIZANG, L. F.; DINIZ, E.; KOLLER, S. H., (Orgs.), **Trabalhando com adolescentes**: teoria e intervenção psicológica. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CHRISTENSEN, M. K. *et al.* The cost of mental disorders: a systematic review. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 29, p. e161, 18 ago. 2020.

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

COLES, M. E. *et al.* Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. **The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine**, v. 58, n. 1, p. 57–62, Jan. 2016.

COUTINHO, F. C. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada. *In*: RANGÈ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

COUTINHO, F. C.; ABREU, M. A. DE. Transtorno de ansiedade generalizada. *In*: CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÈ, B. (Eds.). **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

COUTINHO, L. G. **Adolescência e errância**: destinos do laço social contemporâneo. 1. ed. Rio de Janeiro: Nau; Faperj, 2009.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAMÁSIO, A. **O mistério da consciência**: do corpo e das emoções ao conhecimento em si. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

DAOLIO, C. C.; NEUFELD, C. B. Intervenção para stress e ansiedade em pré-vestibulandos: estudo piloto. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 18, n. 2, p. 129–140, dez. 2017.

D'AVILA, G. T. Vestibular: fatores geradores de ansiedade na cena da prova. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 4, n. 1–2, p. 105–116, dez. 2003.

DELACRE, M., LAKENS, D., & LEYS, C. Why psychologists should by default use Welch's t-test instead of Student's t-test. **International Review of Social Psychology**, v. 30, n. 1, p. 92–101, abril 2017.

DESOUSA, D. A.; RODRÍGUEZ, S. N.; ANTONI, C. Relacionamento de amizade, grupos de pares e tribos urbanas na adolescência. *In*: HABIGZANG, L. F.; DINIZ, E.; KOLLER, S. H. (Eds.). **Trabalhando com adolescentes**: teoria e intervenção psicológica. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 118–131.

ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1987.

FLOOK, L. Gender differences in adolescents' daily interpersonal events and well-being. **Child Development**, v. 82, n. 2, p. 454–461, 2011.

FONTES, F. B. C. *et al.* Ansiedade na escola - relato de experiência em escolas públicas do litoral Sul Potiguar. **Extensão em Revista**, n. 12, p. 7–13, 19 out. 2023.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes**: ferramentas para aprimorar a prática. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FURR, J. M. *et al.* Anxiety disorders in children and adolescents. *In*: ANTONY, M. M.; STEIN, M. B. (Eds.). **Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders**. [S.l.] Oxford University Press, 2008. p. 636–656.

GERMAIN, F.; MARCOTTE, D. Sintomas de depressão e ansiedade na transição do ensino secundário ao ensino médio: evolução e fatores influentes. **Rev. Adolesc. Saúde (Online)**, p. 19–28, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7 ed. Barueri: Atlas, 2022.

GOLDANI, A.; MEZAVILA, M. **Manejando a ansiedade**: uma proposta de protocolo de tratamento para adolescentes. 1. ed. Nova Friburgo: Educatoris, 2020.

GONZAGA, L. R. V.; SILVA, A. M. B. DA; ENUMO, S. R. F. Ansiedade de provas em estudantes do ensino médio. **Psicol. argum**, p. 76–88, 2016.

GOTO, J. B.; COUTO, P. F. M.; BASTOS, J. L. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. **Cad. saúde pública**, p. 445–459, 2013.

GROLI, V.; WAGNER, M. F.; DALBOSCO, S. N. P. Sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes do ensino médio. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 1, p. 87–103, jun. 2017.

GUERNEY JR., B. G.; STOLLAK, G. E.; GUERNEY, L. A format for a new mode of psychological practice: Or how to escape a zombie. **The Counseling Psychologist**, v. 2, n. 2, p. 97–104, 1970.

GUHUR, M. DE L. P.; ALBERTO, R. N.; CARNIATTO, N. Influências biológicas, psicológicas e sociais do vestibular na adolescência. **Roteiro**, v. 35, n. 01, p. 115–138, jun. 2010.

HALE, W. W. *et al.* Developmental trajectories of adolescent anxiety disorder symptoms: a 5-year prospective community study. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 47, n. 5, p. 556–564, maio 2008.

HARTER, S. Where do we go from here? *In*: KERNIS, M. H. **Self-esteem issues and answers**: a sourcebook of current perspectives. New York: Psychology press, 2006.

HARTER, S. **The construction of the self**: developmental and sociocultural foundations. 2. ed. New York: The guilford press, 2012.

HAUKOOS, J. S., & LEWIS, R. J. Advanced statistics: bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. **Academic Emergency Medicine**, v. 12, n. 4, p. 360–365, Apr. 2005.

HIGGINS, E. T. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. **Psychological Review**, v. 94, n. 3, p. 319–340, 1987.

HOFMANN, S. G. **Lidando com a ansiedade**: estratégias de TCC e mindfulness para superar o medo e a preocupação. Porto Alegre: Artmed, 2022.

HUDSON, J. L.; RAPEE, R. M. Familial and Social Environments in the Etiology and Maintenance of Anxiety Disorders. *In*: ANTONY, M. M.; STEIN, M. B. (Eds.). **Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders**. [S.l.] Oxford University Press, 2008. p. 173–189.

IBM Corp. Released 2019 (2019). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. IBM Corp.

JASP (Version 0.18.3)[Computer software].

JORM, A. F. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. **American Psychologist**, v. 67, n. 3, p. 231–243, 2012.

KEPPEL, G., & WICKENS, T. D. **Design and analysis**: a researcher's handbook. 4th ed. Old Bridge: Pearson Prentice Hall, 2004.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtornos de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, p. s43–s50, out. 2005.

- LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Neurobiologia dos transtornos de ansiedade. In: RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 68–81.
- LARSON, R. W. *et al.* Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. **Child Development**, v. 73, n. 4, p. 1151–1165, 2002.
- LAWRENZ, P.; CERQUEIRA-SANTOS, E.; HABIGZANG, L. F. Desenvolvimento sexual e a abordagem cognitivo-comportamental nas demandas escolares. In: FAVA, D. C. (Ed.). **A prática da psicologia na escola: introduzindo a abordagem cognitivo-comportamental**. Belo Horizonte: Artesã, 2016. p. 95–110.
- LAWRENZ, P.; HABIGZANG, L. F. Relacionamentos, sexualidade e autoestima. In: NEUFELD, C. B. (Ed.). **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 324–338.
- LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- LEMES, C. B.; ONDERE NETO, J. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 17–28, mar. 2017.
- LENT, R. **Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- LEVENE, H. Robust tests for equality of variances. In: OLKIN, I. (Ed.), **Contributions to probability and statistics: essays in honor of harold hotelling**. Redwood City: Stanford University Press, 1960. p. 278–292.
- LIN, J.; CHADI, N.; SHRIER, L. Mindfulness-based interventions for adolescent health. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 31, n. 4, p. 469, Aug. 2019.
- LUKENS, E. P.; MCFARLANE, W. R. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. **Brief Treatment and Crisis Intervention**, v. 4, n. 3, p. 205–225, 2004.
- MACEDO, D. M., PETERSEN, C. S., & KOLLER, S. H. Desenvolvimento cognitivo socioemocional e físico na adolescência e as terapias cognitivas contemporâneas. In: NEUFELD, C. B. (org.) **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- MACINKO, J. *et al.* Who experiences discrimination in Brazil? Evidence from a large metropolitan region. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 1, p. 80, 18 dez. 2012.
- MARKUS, H.; NURIUS, P. Possible selves. **American Psychologist**, v. 41, n. 9, p. 954–969, 1986.
- MARTINS, C. M. DOS S.; CUNHA, N. DE B. Ansiedade na adolescência: o ensino médio integrado em foco. **Educação Profissional e Tecnológica em Revista**, v. 5, n. 1, p. 41–61, 24 set. 2021.
- MCKAY, D.; STORCH, E. A. Classification of child and adolescent anxiety disorders. In: MCKAY, D.; STORCH, E. A. (Eds.). **Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders**. 2. ed. Cham: Springer, 2023. p. 3–6.

MCLAUGHLIN, K. A. *et al.* Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. **Behaviour Research and Therapy**, v. 49, n. 9, p. 544–554, Sept. 2011.

MCLAUGHLIN, K. A.; GARRAD, M. C.; SOMERVILLE, L. H. What develops during emotional development? A component process approach to identifying sources of psychopathology risk in adolescence. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 17, n. 4, p. 403–410, Dec. 2015.

MENDES, A. C.; CARMO, J. S. Estudantes com grau extremo de ansiedade à matemática: identificação de casos e implicações educacionais. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n.33, p. 119-133, 2011.

MENDES, A. I. F. *et al.* Manejo de emoções e estresse. In: NEUFELD, C. B. (Ed.). **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 215–240.

MORAIS, L. V. DE; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, 5 jan. 2009.

MORAIS, N. A.; LIMA, R.; FERNANDES, J. Adolescência e contexto familiar. In: HABIGZANG, L. F.; DINIZ, E.; KOLLER, S. H. (Eds.). **Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 101–117.

MORGADO, T.; LOUREIRO, L.; REBELO-BOTELHO, M. Intervenção psicoeducacional ProLiSMental para adolescentes em contexto escolar: Validade de conteúdo através de e-Delphi modificado. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, p. 43–50, 1 dez. 2020.

NEIVA, K. M. C. *et al.* Um estudo sobre a maturidade para a escolha profissional de alunos do ensino médio. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 6, n. 1, p. 1–14, jun. 2005.

NETO, F. L. Fobias específicas. In: RANGÈ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 299–310.

NEUMANN, A. *et al.* Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. **Assessment**, v. 17, n. 1, p. 138–149, mar. 2010.

NOGUEIRA, C. *et al.* A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano-Higia**, v. 2, n. 1, p. 108–120, 23 ago. 2017.

OLIVA, A. Desenvolvimento social durante a adolescência. In: COLL, C.; MARCHESI, Á.; PALÁCIOS, J. (Eds.). **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. v. 1p. 350–367.

OLIVARES, J.; MÉNDEZ, F. X.; BERMEJO, R. M. Mutismo seletivo: natureza, avaliação e tratamento. In: CABALLO, V. E.; SIMÓN, M. Á. (Eds.). **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. 1. ed. Santos: Livraria Santos, 2013. p. 299–320.



OLIVEIRA, G. C. DA G. DE; BORUCHOVITCH, E. Ansiedade entre estudantes do ensino médio, gênero e escolaridade: contribuições para a educação. **Revista Educação em Questão**, v. 59, n. 62, 27 dez. 2021.

OLIVEIRA, M. I. S. DE. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 30–34, jun. 2011.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID - 10**: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OYSERMAN, D.; BYBEE, D.; TERRY, K. Possible selves and academic outcomes: How and when possible selves impel action. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 91, n. 1, p. 188–204, jul. 2006.

OYSERMAN, D.; MARKUS, H. R. Possible selves and delinquency. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 59, n. 1, p. 112–125, 1990.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. D. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97–125, abr. 2008.

PAPADAKIS, A. A. *et al.* Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls. **Development and Psychopathology**, v. 18, n. 3, p. 815–829, set. 2006.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEIXOTO, A. C. DE A.; CAROLI, A. L. G.; MARIAMA, S. R. Mutismo seletivo: estudo de caso com tratamento interdisciplinar. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 13, n. 1, p. 5–11, jun. 2017.

PENIDO, M. A.; CAMERA, D. S. DO L. Transtorno de ansiedade social. In: CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. (Eds.). **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

PETERSEN, C. S. Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. **Rev. bras. psicoter**, p. 39–50, 2011.

PICON, P.; PENIDO, M. A. Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social. In: RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 269–298.

PLUTARCO, L. W. *et al.* A psicoeducação aliada ao registro de pensamentos na melhora da ansiedade: um relato de caso. **Encontros de Iniciação Científica UNI7**, v. 8, n. 1, 2018.

PRADO, T.; HEMANNY, C.; OLIVEIRA, I. R. DE. Presença de sintomas de fobia social, transtorno do pânico e ansiedade de separação em estudantes de 11 a 17 anos, em uma escola da rede pública de ensino de Salvador. **Rev. Ciênc. Méd. Biol. (Impr.)**, p. 560–564, 2020.

PRIMI, R. Desenvolvimento de um inventário de levantamento das dificuldades da decisão profissional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, p. 451–463, 2000.

RANGÉ, B. Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. **Estudos de Psicologia**, v. 25, p. 477–486, dez. 2008.



RANGÉ, B. P. *et al.* Transtorno de pânico e agorafobia. In: RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 238–268.

ROCHA, J. B. *et al.* Ansiedade em estudantes do ensino médio: uma revisão integrativa da literatura. **Id on Line Revista de Psicologia**, v.16, n.60, p. 141-158, 2022.

RODRIGUES, D. G.; PELISOLI, C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 35, p. 171–177, 2008.

ROEMER, L.; ORSILLO, S. M. **A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.

SANTOS, T. S. *et al.* Analisando os distúrbios funcionais do transtorno de ansiedade em adolescentes de 14 a 19 anos pela terapia ocupacional. **RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, v. 1, n. 2, p.e 1218, 5 set. 2021.

SANTROCK, J. W. **Adolescence**. 16th ed. New York: McGrawHill Education, 2016.

SHAPIRO, A. S. S., & WILK, M. B. An analysis of variance test for normality (complete samples). **Biometrika**, v. 52, n. 3/4, p. 591–611, dez. 1965.

SHAPKA, J. D.; KEATING, D. P. Structure and change in self-concept during adolescence. **Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement**, v. 37, n. 2, p. 83–96, abr. 2005.

SILVA FILHO, O. C. DA; SILVA, M. P. DA. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. **Adolesc. Saúde**, v. 10, s. 3, p. 31-41, 2013.

SMITH, S. **5-4-3-2-1 Coping Technique for Anxiety**. Disponível em: <<https://www.urmc.rochester.edu/behavioral-health-partners/bhp-blog/april-2018/5-4-3-2-1-coping-technique-for-anxiety.aspx>>. Acesso em: 25 set. 2023.

SMOLEN, J. R.; ARAÚJO, E. M. DE. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 4021–4030, dez. 2017.

SOARES, A. B.; MARTINS, J. S. R. Ansiedade dos estudantes diante da expectativa do exame vestibular. **Paidéia**, v. 20, p. 57–62, abr. 2010.

SOARES, D. P; ALMEIDA, R. R. **Intervenção e manejo de ansiedade em estudantes do ensino médio integrado**. Research, Society and Development, v. 9, n.10, 2020.

SOMERVILLE, L. H. *et al.* Medial prefrontal cortex and the emergence of self-conscious emotion in adolescence. **Psychological science**, v. 24, n. 8, p. 1554–1562, 1 ago. 2013.

SOUZA, M. T. DE; SILVA, M. D. DA; CARVALHO, R. DE. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102–106, mar. 2010.

SOUZA, J. P. DE A. E *et al.* Sintomas de ansiedade generalizada entre estudantes de graduação: prevalência, fatores associados e possíveis consequências. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, p. 193–203, 24 out. 2022.

STALLARD, P. **Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STEINBERG, L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1021, n. 1, p. 51–58, jun. 2004.

STEINBERG, L. **Adolescence**. 12th ed. New York: McGraw-Hill Education, 2020.

STEINBERG, L.; MORRIS, A. S. Adolescent development. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 83–110, 2001.

SUÁREZ, L. M. *et al.* Understanding Anxiety Disorders from a “Triple Vulnerability” Framework. In: ANTONY, M. M.; STEIN, M. B. (Eds.). **Oxford handbook of anxiety and related disorders**. [S.l.] Oxford University Press, 2008. p. 153–172.

THOMASSIN, K. *et al.* Problems in emotion regulation in child and adolescent anxiety disorders section: diagnostic components of child and adolescent anxiety disorders. In: MCKAY, D.; STORCH, E. A. (Eds.). **Handbook of child and adolescent anxiety disorders**. 2. ed. Cham: Springer, 2023. p. 191–202.

UNICEF. **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: Unicef, 2011.

VAN AMERINGEN, M.; MANCINI, C.; FARVOLDEN, P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 17, n. 5, p. 561–571, 2003.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia**: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos. 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

WILLIAMS, D. R. *et al.* Racial Differences in Physical and Mental Health: Socio-economic Status, Stress and Discrimination. **Journal of Health Psychology**, v. 2, n. 3, p. 335–351, July 1997.

WOOD, J. Effect of anxiety reduction on children’s school performance and social adjustment. **Developmental Psychology**. v.42, n.2, p.345-349, 2006.

WHO - World Health Organization. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998. 36 p. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1). Acesso em: 22 jul. 2024.

WHO - World Health Organization. **Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries**. Geneva: WHO, 2011. 208 p. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 22 jul. 2024.

WHO - World Health Organization. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017. 296 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 jul. 2024.

WHO - World Health Organization. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: WHO, 2022. 24p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 jul. 2024.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

## **8 APÊNDICE**

## Apêndice A - Questionário Sociobiodemográfico

1. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

2. Qual gênero você se identifica:

( ) Homem

( ) Mulher

( ) Travesti

( ) Não binário

Se identifica como pessoa transgênero/ transexual?

( ) Sim ( ) Não

3. Em relação a sua raça/cor/etnia, você se autodeclara:

( ) Preto

( ) Branco

( ) Pardo

( ) Amarelo

( ) Indígena

4. Curso: ( ) Agropecuária ( ) Zootecnia ( ) Alimentos

5. Regime de internato: ( ) Semi-interno ( ) Interno

6. Você já repetiu algum ano escolar?

( ) SIM ( ) NÃO

7. Você está de dependência em alguma matéria?

( ) SIM ( ) NÃO

8. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Quais os motivos que o levaram a reprovação? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Você faz ou já fez acompanhamento com psicólogo?

( ) SIM ( ) NÃO

11. Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

12. Você faz ou já fez acompanhamento com psiquiatra?

( ) SIM ( ) NÃO

13. Se sim, por qual motivo? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

14. Você faz uso de medicação?

☐ SIM.            ☐ NÃO

15. Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

16. Sentiu algum dos sintomas abaixo nos últimos seis meses?

☐ Taquicardia (coração acelerado)

☐ Respiração ofegante/falta de ar

☐ Suor excessivo/Calafrios/ Ondas de calor

☐ Tontura

☐ Tremores

☐ Frio ou desconforto na barriga

☐ Insônia/Dificuldade para dormir

☐ Formigamento ou dormência nos braços, nas pernas

☐ Boca seca

☐ Tensão muscular

☐ Inquietação/Agitação

☐ Preocupação excessiva

☐ Medo/Temor

## **Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O(a) Sr(a). \_\_\_\_\_ foi convidado(a) a participar da pesquisa intitulada ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E PSICOEDUCAÇÃO SOBRE AUTOMANEJO EM ESTUDANTES DO IFES CAMPUS-ITAPINA, sob a responsabilidade da pesquisadora Marianna Fontes Leal.

### **JUSTIFICATIVA**

Pressupondo que os níveis elevados de exigências, as cobranças e o contexto que os estudantes estão envolvidos na trajetória estudantil do ensino técnico integrado ao ensino médio podem influenciar nos níveis de ansiedade e que existe uma relação entre sintomas de ansiedade e problemas acadêmicos como a retenção faz-se necessário investigar essa relação e propor maneiras dos estudantes lidarem com esses sintomas.

### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

Avaliar os níveis e sintomas de ansiedade de estudantes do Ensino Médio Integrado do Ifes – Campus Itapina. Comparar os níveis de ansiedade entre os estudantes das diferentes séries. Comparar os sintomas de ansiedade entre os estudantes dos diferentes cursos técnicos. Criar e aplicar um instrumento de automanejo para psicoeducar alunos em como lidar com a ansiedade nesse contexto.

### **PROCEDIMENTOS**

Será realizada a aplicação de dois questionários estruturados. Um sobre informações biosociodemográficas e outro sobre sintomas de ansiedade. Aqueles estudantes que desejarem poderão participar de grupos focais com a temática ansiedade e psicoeducação sobre automanejo dos sintomas de ansiedade. Os estudantes, bem como os responsáveis, serão informados sobre os objetivos, procedimentos, métodos, direitos, riscos e potenciais benefícios da pesquisa durante todo o tempo da sua participação. Além disso, os participantes poderão acessar os resultados da pesquisa.

### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

O preenchimento dos questionários e os grupos focais serão realizados em local, dia e horário acordados entre a pesquisadora e os participantes. O preenchimento dos questionários terá a duração de 15 minutos e os grupos focais terão 1h30 de duração.

### **RISCOS E DESCONFORTOS**

Essa pesquisa considera como riscos possíveis e eventuais desconfortos emocionais que os adolescentes possam sentir ao relembrar episódios e situações ansiogênicas.

### **BENEFÍCIOS**

Os estudantes terão uma melhoria nos atendimentos realizados pelo Serviço de Psicologia do campus. Poderão participar de um grupo focal sobre automanejo da ansiedade, que surgirá com essa pesquisa. Ferramentas para trabalhar a ansiedade poderão ser melhoradas a partir do desenvolvimento dessa pesquisa.

### **ACOMPANHAMENTO, GARANTIAS E ASSISTÊNCIA**

Para minimizar possíveis desconfortos, os estudantes serão informados que podem interromper o preenchimento dos questionários e a participação na pesquisa, bem como solicitar apoio emocional da pesquisadora a qualquer tempo, considerando sua atuação como psicóloga da instituição e sua disponibilidade para tal. Sem qualquer prejuízo, os estudantes poderão desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

O Sr.(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo retirar sua permissão em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o Sr. (a) não mais será contatado(a) pela pesquisadora.

### GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade, inclusive após a publicação dos resultados. A pesquisadora entende que garantir o respeito à privacidade dos participantes é indispensável, por isso, tomará todas as medidas necessárias para tal, além de garantir a total confidencialidade das informações pessoais. O participante não terá, de nenhuma forma, sua identidade divulgada e poderá decidir, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública.

### RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

A legislação brasileira não permite compensação financeira por participação em pesquisas científicas. Os (as) participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, nos termos da legislação vigente. Portanto, a pesquisadora garante indenização por danos decorrentes da pesquisa, bem como o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

### ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou havendo necessidade de relatar algum problema, o Sr.(a) pode contatar a pesquisadora Marianna Fontes Leal no telefone (27) 37231277 e no endereço Rua Santa Maria, 11, apto 503, Centro, Colatina, ES, 29700200. O(a) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Instituto Federal do Espírito Santo através do e-mail [etica.pesquisa@ifes.edu.br](mailto:etica.pesquisa@ifes.edu.br), do telefone (27) 3357-7518 e do endereço Av. Rio Branco, CEP: 29056-, Santa Lúcia, Vitória/ES. Horário de funcionamento: segundas às sextas-feiras: das 08:00 às 12:00. “Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (item VII.2 – Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde).

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar neste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora, rubricada em todas as páginas.

Nome do (a) participante: \_\_\_\_\_

Contato telefônico (opcional): \_\_\_\_\_

E-mail: (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E PSICOEDUCAÇÃO SOBRE AUTOMANEJO EM ESTUDANTES DO IFES CAMPUS-ITAPINA”, eu, MARIANNA FONTES LEAL, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS nº 466/2012 e da Resolução CNS nº 510/2016, regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora



## Apêndice C - Termo de Assentimento

### Informações aos participantes

Título do estudo: Análise dos sintomas de ansiedade e psicoeducação sobre automanejo em estudantes do Ifes Campus-Itapina.

#### 1) Convite

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa Análise dos sintomas de ansiedade e psicoeducação sobre automanejo em estudantes do Ifes Campus-Itapina. Antes de decidir se participará, é importante que você entenda por que o estudo está sendo realizado e o que ele envolverá. O projeto prevê a aplicação de dois questionários. Um com os seus dados como idade, série, etnia, etc., e outro referentes a sintomas de ansiedade. Em outro momento aqueles estudantes que quiserem terão a oportunidade de participar de um grupo focal sobre ansiedade e maneiras de lidar com ela. Mesmo que você aceite responder os questionários, não será obrigado(a) a participar do grupo focal. Leia cuidadosamente as informações a seguir e faça perguntas se algo não estiver claro ou se quiser mais informações. Não tenha pressa de decidir se deseja ou não participar desta pesquisa.

#### 2) O que é o projeto e qual o seu objetivo?

O projeto consiste na aplicação de questionários para análise dos sintomas de ansiedade dos estudantes do campus-Itapina. E posteriormente a criação de um grupo focal para falar um pouco sobre ansiedade e estratégias de lidar com essa emoção. O objetivo desse estudo é contribuir para que os estudantes do ensino médio saibam como lidar com essa emoção que pode ser desconfortável.

#### 3) Por que eu fui escolhido(a)?

Estamos convidando voluntariamente os estudantes do campus matriculados em um dos três cursos do ensino médio integrado.

#### 4) Eu tenho que participar?

Você é quem decide se gostaria de participar ou não deste estudo/pesquisa. Se decidir participar do projeto, você deverá apenas marcar na opção SIM, ao final deste formulário. Se não quiser participar, não haverá nenhum problema em desistir. Mesmo se você decidir participar, você tem a liberdade de se retirar das atividades a qualquer momento, sem qualquer justificativa. Isso não afetará em nada sua participação em demais atividades e não causará nenhum prejuízo.

#### 5) O que é exigido de mim nesse estudo?

O que você precisa fazer para participar é simplesmente preencher os dois instrumentos solicitados e, caso queira, comparecer a um dos grupos focais.

#### 6) Eu terei alguma despesa ao participar da pesquisa?

Não.

#### 7) Quais são os eventuais riscos ao participar do estudo?

De acordo com as Resoluções 466 e 510 do Conselho Nacional de Saúde, todas as pesquisas envolvem riscos, ainda que mínimos. O risco pode ser sentir algum desconforto ao responder os questionários.

#### 08) Quais são os possíveis benefícios de participar?

Contribuir para ampliar as pesquisas nessa área e também poderão participar do grupo focal de psicoeducação sobre automanejo da ansiedade.

#### 09) O que acontece quando o estudo termina?

Você será informado do resultado da pesquisa ao final dela. Seu nome não será identificado em nenhum lugar. A pesquisadora garante o sigilo total da sua identidade.

#### 10) E se algo der errado?

Caso você não se sinta confortável, poderá sair da pesquisa ou retirar o consentimento para a utilização dos seus dados, a qualquer momento que precisar, não havendo nenhum tipo de impedimento, prejuízo ou a necessidade de qualquer justificativa. E também poderá solicitar apoio psicológico a qualquer tempo. A pesquisadora garante todo o suporte psicológico que for necessário para minimizar possíveis desconfortos decorrentes da participação na pesquisa.

11) Minha participação neste estudo será mantida em sigilo?

Sim. O sigilo será obrigatório. Não haverá a divulgação do seu nome em nenhum momento. Os dados da pesquisa serão utilizados sem o nome de nenhum dos participantes. É necessário que você guarde uma cópia deste documento imprimindo ou salvando uma cópia deste arquivo para que possa consultá-lo sempre que tiver qualquer dúvida ou julgar necessário. Este documento está assinado pelo pesquisador responsável, a psicóloga Marianna Fontes Leal (CRP 163249)

12) Contato para informações adicionais

Dados do a) pesquisador(a) responsável:

Telefone (27) 37231277

Endereço: Rua Santa Maria, 11, apto 503, Centro, Colatina, ES, 29700200.

E-mail: pesquisansiedade@gmail.com

13) Remunerações financeiras

Nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela sua participação nesta pesquisa. Obrigado por ler estas informações. Se deseja participar deste estudo, assine este Termo de assentimento e devolva-o ao(a) pesquisador(a). Você deve guardar uma via deste documento para sua própria garantia.

I – Confirmo que li e entendi as informações sobre o estudo acima e que tive a oportunidade de fazer perguntas.

II – Entendo que minha participação é voluntária e que sou livre para retirar meu consentimento a qualquer momento, saindo da pesquisa quando quiser, sem precisar dar explicações, e sem sofrer prejuízo ou ter meus direitos afetados. Tenho o total direito de deixar de responder quaisquer das perguntas que me forem feitas, seja nos questionários a serem preenchidos ou mesmo perguntas feitas diretamente pelo pesquisador, sem necessidade de dar nenhuma explicação sobre o assunto.

III – Concordo em participar da pesquisa acima.

( ) SIM

( ) NÃO

Colatina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Contato dos responsáveis:

Nomes: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

## **Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O (a) menor \_\_\_\_\_ foi convidado(a) a participar da pesquisa intitulada ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E PSICOEDUCAÇÃO SOBRE AUTOMANEJO EM ESTUDANTES DO IFES CAMPUS-ITAPINA, sob a responsabilidade da pesquisadora Marianna Fontes Leal.

### **JUSTIFICATIVA**

Pressupondo que os níveis elevados de exigências, as cobranças e o contexto que os estudantes estão envolvidos na trajetória estudantil do ensino técnico integrado ao ensino médio podem influenciar nos níveis de ansiedade e que existe uma relação entre sintomas de ansiedade e problemas acadêmicos como a retenção faz-se necessário investigar essa relação e propor maneiras dos estudantes lidarem com esses sintomas.

### **OBJETIVOS DA PESQUISA**

Avaliar os níveis e sintomas de ansiedade de estudantes do Ensino Médio Integrado do Ifes – Campus Itapina. Comparar os níveis de ansiedade entre os estudantes das diferentes séries. Comparar os sintomas de ansiedade entre os estudantes dos diferentes cursos técnicos. Criar e aplicar um instrumento de automanejo para psicoeducar alunos em como lidar com a ansiedade nesse contexto.

### **PROCEDIMENTOS**

Será realizada a aplicação de dois questionários estruturados. Um sobre informações biosociodemográficas e outro sobre sintomas de ansiedade. Aqueles estudantes que desejarem poderão participar de grupos focais com a temática ansiedade e psicoeducação sobre automanejo dos sintomas de ansiedade. Os estudantes, bem como os responsáveis, serão informados sobre os objetivos, procedimentos, métodos, direitos, riscos e potenciais benefícios da pesquisa durante todo o tempo da sua participação. Além disso, os participantes poderão acessar os resultados da pesquisa.

### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

O preenchimento dos questionários e os grupos focais serão realizados em local, dia e horário acordados entre a pesquisadora e os participantes. O preenchimento dos questionários terá a duração de \_\_\_\_\_, a duração dos grupos focais terá a duração de \_\_\_\_\_. Os grupos focais terão 1h30 de duração.

### **RISCOS E DESCONFORTOS**

Essa pesquisa considera como riscos possíveis e eventuais desconfortos emocionais que os adolescentes possam sentir ao relembrar episódios e situações ansiogênicas.

### **BENEFÍCIOS**

Os estudantes terão uma melhoria nos atendimentos realizados pelo Serviço de Psicologia do campus. Poderão participar de um grupo focal sobre automanejo da ansiedade, que surgirá com essa pesquisa. Ferramentas para trabalhar a ansiedade poderão ser melhoradas a partir do desenvolvimento dessa pesquisa.

### **ACOMPANHAMENTO, GARANTIAS E ASSISTÊNCIA**

Para minimizar possíveis desconfortos, os estudantes serão informados que podem interromper o preenchimento dos questionários e a participação na pesquisa, bem como solicitar apoio emocional da pesquisadora a qualquer tempo, considerando sua atuação como psicóloga da instituição e sua disponibilidade para tal. Sem qualquer prejuízo, os estudantes poderão desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

### **GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO**

O Sr.(a) não é obrigado(a) a permitir a participação na pesquisa do(a) adolescente pelo(a) qual é responsável, podendo retirar sua permissão em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o Sr. (a) não mais será contatado(a) pela pesquisadora.

### GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

A pesquisadora se compromete a resguardar sua identidade e do (a) adolescente pelo qual é responsável durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos resultados. A pesquisadora entende que garantir o respeito à privacidade dos participantes é indispensável, por isso, tomará todas as medidas necessárias para tal, além de garantir a total confidencialidade das informações pessoais. O participante não terá, de nenhuma forma, sua identidade divulgada. O Sr.(a) poderá decidir, dentre as informações que o participante forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública.

### RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

A legislação brasileira não permite compensação financeira por participação em pesquisas científicas. Os (as) participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, nos termos da legislação vigente. Portanto, a pesquisadora garante indenização por danos decorrentes da pesquisa, bem como o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

### ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou havendo necessidade de relatar algum problema, o Sr.(a) pode contatar a pesquisadora Marianna Fontes Leal no telefone (27) 37231277 e no endereço Rua Santa Maria, 11, apto 503, Centro, Colatina, ES, 29700200. O(a) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Instituto Federal do Espírito Santo através do e-mail [etica.pesquisa@ifes.edu.br](mailto:etica.pesquisa@ifes.edu.br), do telefone (27) 3357-7518 e do endereço Av. Rio Branco, CEP: 29056-, Santa Lúcia, Vitória/ES. Horário de funcionamento: segundas às sextas-feiras: das 08:00 às 12:00. “Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” (item VII.2 – Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde).

Declaro que fui verbalmente informado(a) e esclarecido(a) sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente permito a participação de \_\_\_\_\_ neste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora, rubricada em todas as páginas.

Nome do (a) participante menor: \_\_\_\_\_

Contato telefônico (opcional): \_\_\_\_\_

E-mail: (opcional): \_\_\_\_\_

Nome do Responsável Legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “ANÁLISE DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE E PSICOEDUCAÇÃO SOBRE AUTOMANEJO EM ESTUDANTES DO IFES CAMPUS-ITAPINA”, eu, MARIANNA FONTES LEAL, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS nº 466/2012 e da Resolução CNS nº 510/2016, regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

## Apêndice E - Roteiro para o Grupo Focal

Slide 1: Apresentação da pesquisadora e do grupo focal

Pesquisadora: Bom dia, pessoal! Sou a Marianna, psicóloga do campus e como já conversei com vocês anteriormente estou realizando uma pesquisa de mestrado sobre os sintomas de ansiedade dos estudantes da terceira série aqui do campus. A atividade de hoje é o grupo focal onde vamos falar sobre ansiedade e vamos fazer algumas técnicas de automanejo da ansiedade. O nome da atividade de hoje é: “Ansiedade. O que é? Por que existe? Como lidar?”

Slide 2: Definição de ansiedade

Pesquisadora: Alguém sabe me dizer o que é ansiedade?

Aguardar os estudantes responderem o que eles pensam

Pesquisadora: É um estado emocional que é desencadeado em situações de perigo, sejam elas reais ou imaginadas. É inerente ao ser humano, ou seja, faz parte da vivência de ser humano. E é composta por reações fisiológicas, cognitivas e comportamentais.

Slide 3: Diferenciação entre ansiedade e medo.

Pesquisadora: Vocês acham que ansiedade e medo são a mesma coisa?

Aguardar os estudantes responderem

Pesquisadora: Medo é uma das 5 emoções básicas. Não sei se vocês assistiram aquele filme da Disney Divertidamente. Nele fala sobre as cinco emoções básicas. O medo é uma reação automática. Já a ansiedade é um estado emocional em que a pessoa julga, imagina ou prevê uma ameaça. Medo e ansiedade não são a mesma coisa, mas o medo está presente na ansiedade.

Slide 4: Função da ansiedade.

Pesquisadora: Alguém saberia me dizer por que ansiedade existe? Será que ela tem alguma função para nossa vida?

Aguardar os estudantes responderem

Ansiedade é um mecanismo muito útil para nossa sobrevivência. A ansiedade teve um papel muito importante na manutenção da nossa espécie. Há muitos e muitos anos quando tínhamos que lidar com predadores, com a busca por abrigo e alimento, a ansiedade que nos ajudava a permanecer alerta para realizarmos essas tarefas.

Slide 5: Curta.

Pesquisadora: Agora nós vamos assistir um filme bem curto e depois vamos conversar a respeito. Tudo bem?

Passar o curta: Fears de Nata Metlukh

Perguntas norteadoras:

- O que vocês acharam do filme?
- Sobre o que é o filme?
- Qual a diferença entre o personagem principal e as outras pessoas?
- O que aconteceu com o personagem principal?
- Em várias situações os monstros atrapalhavam, mas vocês perceberam que eles eram essenciais para as pessoas?

Slide 6: Mecanismo de luta ou fuga.

Pesquisadora: Vocês já estudaram sobre o mecanismo de luta ou fuga em Biologia? Alguém sabe o que é? O mecanismo de luta ou fuga é uma reação do nosso corpo diante de uma situação de perigo. O nosso corpo se prepara para lutar ou para fugir daquilo que está nos amedrontando.

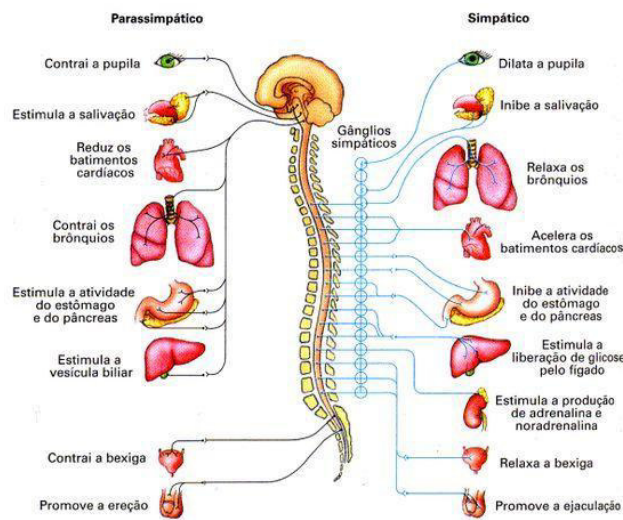


Figura 1: Reação de luta ou fuga - Retirado de planetabiologia.com

Slide 7: Mecanismo de luta ou fuga.

Pesquisadora: A ansiedade está atrelada a um mecanismo que temos no nosso organismo chamado mecanismo de luta ou fuga. Esse mecanismo é uma resposta fisiológica que ocorre diante de um perigo para preparar o nosso corpo para lutar com ou fugir da ameaça, do perigo.

Então todas as sensações que sentimos no nosso corpo têm a ver com o sistema nervoso simpático e parassimpático agindo para nos preparar. Algumas das coisas que acontecem com o nosso organismo durante essa reação de luta ou fuga são:

- Redução do fluxo sanguíneo para a superfície corporal – para evitar a perda de sangue em caso de ferimento – faz a gente sentir palidez, calafrios.
- Aceleração da respiração e dos batimentos cardíacos – para garantir o suprimento de oxigênio e de nutrientes durante o aumento de atividade muscular – faz a gente sentir palpitações, dor no peito, falta de ar, vertigens.
- Aumento do tônus muscular e da contração muscular – para aumentar a força muscular – faz a gente sentir tremores e dores musculares.
- Liberação “extra” de sucos gástricos – para evitar a perda de energia e de fluxo sanguíneo com a digestão – faz a gente sentir sensação de frio na barriga, dor abdominal, diarreia.

Palpitações, dor no peito, falta de ar, tontura, calafrio, palidez, sensação de frio na barriga, dor de barriga, tremores. Isso lembra a vocês de alguma coisa?

#### Slide 8: Sintomas de ansiedade

Pesquisadora: A ansiedade tem sintomas fisiológicos, ou seja, no corpo. Sintomas cognitivos, que têm a ver com a maneira como a gente pensa. Sintomas comportamentais, que têm a ver com a maneira como a gente age. E os sintomas afetivos, que têm a ver com a maneira como a gente se sente emocionalmente.

Pesquisadora: Já os sintomas fisiológicos são: Taquicardia; Falta de ar, respiração rápida; Dor ou pressão no peito; Sensação de sufocação; Tontura, sensação de “cabeça vazia”; Sudorese, ondas de calor, calafrios; Náusea, dor de estômago, diarreia; Tremor, agitação; Formigamento ou dormência nos braços, nas pernas; Fraqueza, sem equilíbrio, desmaio; Tensão muscular, rigidez; Boca seca.

#### Slide 9: Sintomas de ansiedade

Pesquisadora: Os sintomas cognitivos são: Medo de perder o controle, de ser incapaz de enfrentar; Medo de ferimento físico ou morte; Medo de “ficar louco”; Medo da avaliação negativa pelos outros; Pensamentos, imagens ou recordações aterrorizantes; Percepções de irrealidade ou afastamento; Concentração deficiente, confusão, distração; Estreitamento da



atenção, hipervigilância para ameaça; Memória deficiente; Dificuldade de raciocínio, perda de objetividade.

#### Slide 10: Sintomas de ansiedade

Pesquisadora: Os sintomas comportamentais são: Evitação de sinais ou situações de ameaça; Esquiva, fuga; Busca de segurança, reasseguramento; Inquietação, agitação, movimentos rítmicos; Hiperventilação; Congelamento, imobilidade; Dificuldade para falar.

Pesquisadora: Os sintomas afetivos são: Ficar nervoso, tenso, excitado; Ficar assustado, temeroso, aterrorizado; Ficar irritável, nervoso, irrequieto; Ficar impaciente, frustrado.

#### Slide 11: Etiologia da ansiedade

Pesquisadora: Um evento específico na vida pode desencadear a ansiedade, mas não tem uma causa única. A ansiedade é causada pela interação de um conjunto de fatores. Fatores biológicos, como por exemplo, a herança genética, fatores ambientais, como exposição a eventos adversos na vida, traumas, e fatores do desenvolvimento, como o temperamento.



Figura 2: etiologia da ansiedade

#### Slide 12: Ansiedade ajuda

Pesquisadora: Como eu disse anteriormente a ansiedade existe para nos proteger. Como a ansiedade ajuda?

Aguardar os estudantes falarem o que eles acham.

Pesquisadora: Quando a ansiedade está em um estado ideal, ou seja, adaptativo ela contribui positivamente para nossa vida. A ansiedade pode ajudar a proteger contra danos nos deixando mais cautelosos. Na melhoria da aprendizagem e na memória contribuindo para que estejamos mais atentos. E na motivação contribuindo para que façamos o que é importante pra gente.

#### Slide 13: Ansiedade atrapalha

Pesquisadora: E alguém sabe me dizer como a ansiedade atrapalha?

Aguardar os estudantes falarem o que eles acham.

Pesquisadora: A ansiedade atrapalha quando ela está em excesso, o que chamamos de ansiedade desadaptativa. Quando ela impacta negativamente a nossa vida e interfere no nosso funcionamento causando mais estresse do que seria necessário para a situação que estamos vivenciando. Então ela atrapalha quando deixamos de fazer coisas que gostamos por medo (de dar errado, de julgamento). Quando ficamos paralisados. Quando temos dificuldade em nos concentrar, em lembrar das coisas, em aprender por estarmos ansiosos demais. Quando nos preocupamos em excesso. Quando gastamos um tempo desnecessário para realizar tarefas para que elas fiquem perfeitas.

#### Slide 14: Ciclo disfuncional da ansiedade

Pesquisadora: Esse é um ciclo disfuncional da ansiedade. A pessoa tem pensamentos que aumentam a ansiedade. Então ela tem sentimentos ansiosos, como coração acelerado, tremores e respiração curta. E a partir daí a pessoa se comporta de maneira ansiosa como evitar aquilo que está causando a ansiedade.

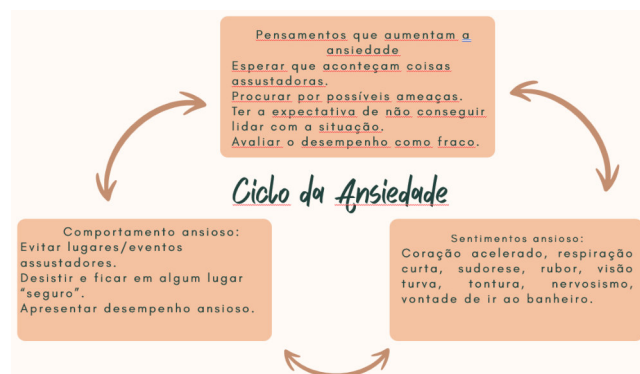


Figura 3: Ciclo da ansiedade - Retirado de Stallard (2010).

#### Slide 15: Ciclo da esquiva

Pesquisadora: Quando a pessoa evita a ansiedade chamamos de esquiva. O ciclo da esquiva ajuda a manter a ansiedade porque ao não enfrentar aquilo que te amedronta, que te causa ansiedade, você nunca vai descobrir que aquela situação não é tão ameaçadora como você pensa e que você tem capacidade de enfrentá-la. Enfrentar as situações que causam ansiedade ajudam a diminuí-la. Fugir daquilo que te causa ansiedade diminui a ansiedade apenas naquele momento, com o passar do tempo aquela situação tende a te deixar ainda mais ansioso.



Figura 4: Ciclo da esquiva - Retirado de Stallard (2010)

#### Slide 16: Armadilhas do pensamento

Pesquisadora: Como disse anteriormente, uma das coisas que diferencia a ansiedade do medo é seu componente cognitivo, ou seja, a avaliação que fazemos das situações que estamos vivenciando ou iremos vivenciar. A maneira como a gente pensa sobre as situações afeta como a gente reage a elas. Existem modos de pensar que chamamos de armadilhas do pensamento. São maneiras de pensar que não são baseadas na realidade, mas sim no medo que temos das coisas. Por exemplo, se você tiver uma festa para ir e pensar “Nossa! Essa festa vai ser tão legal, vou conhecer um monte de gente nova, vou encontrar meus amigos, vou dançar, me divertir”. Você vai ficar animado para ir à festa. Agora se ao pensar na festa, você pensar “Será que alguém vai conversar comigo na festa? Acho que não vão gostar de mim, vão me achar esquisita. Meus amigos vão ficar com outras pessoas e me deixar sozinha”. Você vai ter sentimentos ansiosos em relação à festa e pode acabar optando por não ir, para se sentir mais seguro. A primeira armadilha do pensamento que nós vamos falar hoje são as lentes negativas, que é não ser capaz de ver as coisas positivas que acontecem em uma situação. Por exemplo, você teve um dia muito legal, mas tropeçou na frente de algumas pessoas. Então pensa “Fui idiota, todo mundo riu de mim”, desconsiderando todas as coisas legais que aconteceram. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento é o positivo não conta, que é ignorar ou desprezar algo positivo. Por exemplo, alguém te elogia e você pensa “Só falou isso porque é

meu amigo”, ou então “Só falou pra me agradar”. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento é o pensamento trágico, que é quando acontece alguma coisa você imagina o pior desfecho possível. Por exemplo, você sente o seu coração acelerado e ao invés de pensar, “Ah! Acho que estou um pouco ansiosa”, você pensa “vou ter um ataque cardíaco”, indo para a pior situação que você consegue imaginar. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

#### Slide 17: Armadilhas do pensamento

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento é o pensamento clarividente, em que você prevê que o pior vai acontecer, como se você pudesse adivinhar o futuro. Por exemplo, você é convidado para uma festa e pensa “Vão todos me ignorar e me deixar sozinho.”, Vai fazer a prova do Enem, não vai tão bem como queria e pensa “Nunca vou conseguir entrar em nenhuma faculdade”. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento é amplificar aspectos negativos, ou seja, fazer pequenas coisas serem maiores do que realmente são. Por exemplo, você passa aqui no corredor da escola perto de alguém que está rindo e pensa “Deve estar rindo de mim”. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento é o pensamento tudo ou nada que só pensar nas coisas em termos de extremos. Por exemplo, você tem um desentendimento com um amigo e pensa “Nunca mais seremos amigos”. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Slide 18: Armadilhas do pensamento

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento é ser leitor de pensamentos, você acha que sabe o que todo mundo está pensando. Por exemplo, você conhece alguém novo e pensa “Essa pessoa com certeza não gostou de mim”. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento são os rótulos pejorativos, você cola em si mesmo um rótulo cruel. Por exemplo, você diz pra si mesmo “Eu sou horrível”, “Eu sou uma porcaria”. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Outra armadilha do pensamento são as cobranças impossíveis, que são estabelecer metas muito difíceis de cumprir ou inatingíveis. Por exemplo “Tenho que ser sempre o primeiro”, “Não posso errar nunca”. Alguém saberia me falar algum outro exemplo?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Qual seria uma maneira mais interessante de encarar essa situação?

Esperar os estudantes responderem e se ninguém souber, ajudá-los a pensar em algo.

Pesquisadora: Quando temos esses tipos de pensamentos, precisamos confrontá-los com a realidade. Precisamos sempre lembrar que pensamento não é fato, é apenas pensamento.

Slide 19: Tratamento da ansiedade

Pesquisadora: Quando a pessoa tem uma ansiedade que prejudica demais a sua vida, é necessário buscar tratamento. O tratamento para ansiedade envolve principalmente a psicoterapia e acompanhamento com psiquiatra para uso de medicação, quando necessário. Mas também faz parte do tratamento, manter hábitos saudáveis. Manter hábitos saudáveis também contribui para manter a ansiedade mais controlada naquelas pessoas que ainda não desenvolveram um transtorno de ansiedade propriamente dito. Me falem exemplos de hábitos saudáveis que vocês acham que são importantes para manejar a ansiedade?

Pesquisadora: É importante ter uma alimentação saudável, não abusar da cafeína; Dormir de 8h a 10h por dia. Déficit de sono pode gerar cansaço, ansiedade, problemas de saúde e de aprendizagem; Lazer, momentos de relaxamento, reduzir contato com telas; e Atividade física.

Slide 20: Técnicas de automanejo da ansiedade.

Pesquisadora: Existem algumas técnicas que nos ajudam a lidar com a ansiedade e nós vamos fazê-las hoje. As técnicas que nós vamos aprender e fazer hoje são a técnica A.C.A.L.M.E.-S.E. 2 técnicas de mindfulness ou atenção plena, chamadas respiração consciente e exercício consciente da nuvem. Em seguida vamos fazer um relaxamento muscular progressivo. E depois a técnica 5-4-3-2-1.

Slide 21: A.C.A.L.M.E.-S.E.

Pesquisadora: A técnica A.C.A.L.M.E.-S.E. é para ser realizada quando você estiver muito ansioso. Cada letra da palavra acalme-se significa uma ação para ser feita naquele momento. Algum aluno pode ler para mim sobre a letra A:

- A - ACEITE a sua ansiedade: mesmo que pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo, assim como aceitaria em sua casa um hóspede inesperado. Substitua seu medo, sua raiva e sua rejeição por aceitação.

Pesquisadora: Algum aluno pode ler para mim sobre a letra C:

- C - CONTEMPLE as coisas em sua volta: não fique olhando para dentro de você, deixe acontecer com seu corpo qualquer coisa, sem julgamento bom ou ruim. Olhe em volta e observe em detalhes a situação em que se encontra em

detalhes, descreva-os para si. Seja apenas observador de sua ansiedade, você está ansioso, mas não é a própria.

Pesquisadora: Algum aluno pode ler para mim sobre a letra A

- A - AJA com sua ansiedade: normalize a situação, aja como se não estivesse ansioso, isto é, funcione com ela. Diminua o ritmo, a velocidade com que faz as coisas, mas mantenha-se ativo, não se desespere interrompendo tudo para fugir. Se você fugir, sua ansiedade diminui, mas o medo aumenta, e, na próxima vez, a ansiedade será pior.

Pesquisadora: Algum aluno pode ler para mim sobre a letra L:

- L - LIBERE o ar de seus pulmões: respire vagarosamente, inspirando menos e expirando mais; descubra o ritmo ideal de sua respiração.

Pesquisadora: Algum aluno pode ler para mim sobre a letra M:

- M - MANTENHA os passos anteriores: repita todos os passos anteriores, um a um, lentamente (aceitar, contemplar, agir e respirar: este é o lema).

Pesquisadora: Algum aluno pode ler para mim sobre a letra E:

- E - EXAMINE seus pensamentos: você deve estar antecipando coisas ruins, porém, sabe que elas não acontecem, afinal, já passou por isso outras vezes. Lembre-se: você só está ansioso, isto pode ser desagradável, mas não é perigoso.

Pesquisadora: Algum aluno pode ler para mim sobre a letra S:

- S - SORRIA, você conseguiu: você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento, você conseguiu só e com seus próprios recursos superar este momento difícil.

Pesquisadora: Algum aluno pode ler para mim sobre a letra E:

- E - ESPERE o melhor: livre-se da ideia de que você se livrou definitivamente de sua ansiedade, ela é necessária para viver e manter-se vivo, o que não está



certo deve ser o que você está pensando em relação a ela. Não se preocupe em livrar-se dela, mas mantenha o seu comportamento de manejá-la.

Slide 22: Técnicas de mindfulness - Respiração consciente e exercício consciente da nuvem.

Pesquisadora: Agora nós vamos fazer algumas técnicas de mindfulness, que significa atenção plena. As técnicas de mindfulness ajudam a gente a focar no momento presente. Quando estamos ansiosos normalmente estamos antecipando uma situação, uma preocupação futura. Fazer regularmente essas técnicas ajudam a lidar com a ansiedade.

Mas, antes de fazermos as técnicas de mindfulness, nós vamos aprender a fazer a respiração diafragmática. Vamos começar?

1. Apoie os dois pés no chão e coloquem as mãos sobre a barriga para vocês sentirem o efeito da respiração no abdômen.
2. Vocês vão puxar o ar pelo nariz e vão fazer com que o abdômen suba.
3. Agora vocês vão soltar o ar pela boca e vão fazer o abdômen descer.

Essa respiração é feita contraindo o diafragma.

Respiração consciente (adaptado de Hofmann, 2022).

Pesquisadora: Agora nós vamos fazer a respiração consciente.

1. Feche os olhos e relaxe.
2. Inicie inspirando profundamente pelo nariz por 5 segundos. (Observe a sensação do ar entrando pelo seu nariz, passando pela sua garganta, entrando nos seus pulmões enquanto você inspira. Deixe que esse seja o foco da sua atenção.)
3. Depois de inspirar, prenda a respiração por 3 segundos.
4. Em seguida, expire suavemente pela boca por 5 segundos e conte mentalmente o número “um” enquanto está expirando. (Observe a sensação do ar passando por sua garganta e boca enquanto estiver liberando sua respiração.)
5. Repita esses passos mais uma vez (inspire, prenda e expire) e lembre-se de contar mentalmente o próximo número (“dois”, “três”, “quatro”) enquanto expira. Continue fazendo isso até que os 5 minutos acabem.

Exercício consciente da nuvem (retirado de Hofmann, 2022).

Pesquisadora: Agora nós vamos fazer o exercício consciente da nuvem.

1. Feche os olhos e relaxe.

2. Imagine que você está sentado em um gramado em uma colina, olhando do alto um imenso céu aberto. Uma nuvem fofa emerge a distância, flutuando. Depois, ela se afasta no horizonte até não ser mais visível.
3. Agora, lembre-se de um pensamento ou julgamento que tem lhe incomodado ultimamente. Tente visualizar o pensamento como uma dessas nuvens no céu. Deixe seu pensamento fluir com a brisa, assim como a nuvem faz. Observe-a flutuar a distância e se fundir com as outras nuvens ao fundo.
4. Lembre-se de simplesmente deixar a nuvem flutuar e desaparecer. Tente não segui-la ou trazê-la de volta. Apenas fique no seu lugar na colina e observe seu pensamento se afastar de você fisicamente.
5. Continue esse exercício de visualização para qualquer outro pensamento ou sentimento que você tenha. Tente realmente visualizar e sentir a distância física entre você e o pensamento negativo à medida que ele incorpora a forma de uma nuvem.
6. Se você perceber que está tendo problemas para não julgar e não reagir a um pensamento ou “nuvem” específico, seja paciente consigo mesmo.
7. Depois que terminar essa visualização para seu último pensamento, respire fundo lentamente e, então, expire. Traga sua consciência do momento presente de volta ao seu ambiente atual.

Slide 23: Relaxamento muscular progressivo (retirado de Hofmann, 2022).

Pesquisadora: Nós fizemos dois exercícios de atenção plena. Mas a ansiedade também tem efeitos no nosso corpo. Um desses efeitos é a tensão muscular. E uma maneira da gente lidar com essa tensão é fazendo exercícios de relaxamento, que é o que nós vamos fazer agora. Esse exercício se chama relaxamento muscular progressivo. Vocês vão tensionar partes do corpo enquanto eu falar e depois no meu comando vão relaxar. Dessa maneira (Demonstrar para os estudantes como tensionar os grupos musculares).

1. Feche os olhos e relaxe. Faça algumas respirações profundas enquanto permanece sentado tranquilamente.
2. Produza tensão nos antebraços, fechando os punhos e puxando os pulsos para cima, de modo que quase toquem seus ombros. Concentre-se na tensão (10 segundos). Agora libere a tensão nos antebraços e nas mãos. Deixe seus braços relaxarem com as palmas das mãos para baixo. Concentre sua atenção na sensação de relaxamento e relaxe seus músculos (50 segundos). Continue a respirar profundamente e pense na palavra “relaxe” a cada expiração.

3. Produza tensão nos braços, inclinando-se para a frente e puxando os braços para trás até as laterais do corpo, tentando tocar os cotovelos atrás das costas. Concentre-se na tensão (10 segundos). Agora solte os braços e relaxe (50 segundos), liberando toda a tensão. Sinta a diferença entre ela e o relaxamento. Enquanto permanece sentado tranquilamente, diga a palavra “relaxe”.
4. Produza tensão na parte inferior das pernas, flexionando os pés e trazendo os dedos dos pés em direção à parte superior do corpo, tentando tocar os dedos nos joelhos. Sinta a tensão nos pés, tornozelos, nas canelas e panturrilhas. Concentre-se na tensão (10 segundos). Agora libere a tensão e sinta a diferença entre ela e o relaxamento (50 segundos). Enquanto permanece sentado tranquilamente, pense na palavra “relaxe” a cada expiração.
5. Produza tensão na parte superior das pernas, aproximando os joelhos e elevando as pernas, afastando-as da cadeira. Concentre-se na parte superior das pernas (10 segundos). Agora libere a tensão nas pernas e sinta a diferença entre ela e o relaxamento. Concentre-se na sensação de relaxamento (50 segundos). Pense na palavra “relaxe” enquanto permanece sentado tranquilamente, respirando profundamente.
6. Produza tensão no abdome, puxando-o vigorosamente em direção à coluna. Sinta a tensão e rigidez; concentre-se nessa parte do seu corpo (10 segundos). Agora solte o abdome e relaxe. Sinta a sensação confortável de relaxamento (50 segundos) e, enquanto permanece sentado tranquilamente, pense na palavra “relaxe” a cada expiração.
7. Produza tensão em volta do peito, inspirando profundamente e prendendo a respiração. Sinta a tensão no peito e nas costas. Prenda a respiração (10 segundos). Agora relaxe, deixe o ar sair lentamente (50 segundos) e sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento. Enquanto permanece sentado tranquilamente, continue a respirar profundamente e pense na palavra “relaxe”.
8. Produza tensão nos ombros, trazendo-os e elevando-os em direção às orelhas. Concentre-se na tensão de seus ombros e do pescoço (10 segundos). Agora solte os ombros; deixe que se inclinem e relaxe. Concentre-se na sensação de relaxamento (50 segundos). Enquanto permanece sentado tranquilamente, pense na palavra “relaxe”.
9. Produza tensão em torno do pescoço, inclinando o queixo para baixo e tentando pressionar a parte posterior do pescoço contra a cadeira ou na direção da parede atrás de você. Concentre-se na tensão em volta do pescoço (10 segundos). Agora libere-a, se concentre no relaxamento (50 segundos) e sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento. Enquanto permanece sentado tranquilamente, pense na palavra “relaxe” a cada expiração profunda.

10. Produza tensão em torno de sua boca e mandíbula, cerrando os dentes e empurrando os cantos da boca para trás. Sinta a tensão na sua boca e mandíbula (10 segundos). Agora libere a tensão, permitindo que sua boca relaxe e abra, e se concentre na diferença entre a tensão e o relaxamento (50 segundos). Enquanto permanece sentado tranquilamente, pense na palavra “relaxe”.
11. Produza tensão em torno dos olhos, fechando-os com força por alguns segundos e, então, libere a tensão nos olhos. Sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento (50 segundos). Enquanto permanece sentado tranquilamente, continue a respirar profundamente com o abdome e pense na palavra “relaxe”.
12. Produza tensão na parte inferior da testa, puxando as sobrancelhas para baixo em direção ao centro do seu rosto e franzindo a testa. Concentre-se na tensão em sua testa (10 segundos). Agora relaxe a testa e sinta a diferença entre a tensão e o relaxamento (50 segundos). Pense na palavra “relaxe” a cada expiração.
13. Produza tensão na parte superior da testa, elevando as sobrancelhas até o alto da cabeça. Concentre-se na sensação de puxão e na tensão na sua testa (10 segundos). Agora relaxe as sobrancelhas e concentre-se na diferença entre a tensão e o relaxamento. Enquanto permanece sentado tranquilamente, pense na palavra “relaxe”.
14. Você está completamente relaxado. Permaneça sentado tranquilamente, com os olhos fechados, e respire profundamente. Conte silenciosamente de 1 a 5, sentindo-se cada vez mais relaxado. Um, permita que toda a tensão saia do seu corpo. Dois, sinta-se cada vez mais solto no relaxamento. Três, você está se sentindo cada vez mais relaxado. Quatro, você está se sentindo muito relaxado. Cinco, você está se sentindo completamente relaxado. Enquanto está nesse estado relaxado, concentre-se em todos os seus músculos ficando completamente confortáveis e livres de estresse. Enquanto permanece sentado nesse estado, respirando profundamente, pense na palavra “relaxe” a cada expiração profunda (2 minutos).
15. Agora, concentre-se na contagem de trás para frente e sinta que está ficando cada vez mais alerta. Cinco, você está se sentindo mais alerta. Quatro, você sente que está saindo do estado de relaxamento. Três, você está se sentindo mais acordado. Dois, você está abrindo os olhos. Um, você está sentado e se sentindo completamente acordado e alerta.

Slide 24: Técnica 5-4-3-2-1 – Adaptado de Smith (2018)



Figura 5: Slide da técnica 5-4-3-2-1

Pesquisadora: Essa técnica tem a ver com os 5 sentidos audição, visão, olfato, tato e paladar. Essa técnica é interessante ser utilizada durante uma crise de ansiedade para te tirar do foco dos pensamentos ansiosos. E consiste em:

5. Olhar em volta e mencionar 5 coisas que você pode ver, agora, de onde você está
4. Prestar atenção nos sons e mencionar 4 coisas que você pode ouvir
3. Observar 3 coisas que você pode tocar, como as páginas de um livro ou a sensação de sentir os seus pés no tapete e falar.
2. Em seguida, 2 cheiros: inspire as páginas de um livro ou o aroma cítrico da vela que você acendeu
1. Finalmente, mencione 1 coisa que você pode provar, como um chocolate.

Agora nós vamos fazer essa técnica juntos.

A partir desse momento selecionar os estudantes e pedir para cada um falar uma coisa que consegue ver, até 5 estudantes falarem. Em seguida repetir o mesmo procedimento para 4 coisas que consegue ouvir e assim sucessivamente até terminar a técnica.

Slide 25: Jogo do verdadeiro ou falso - Retirado de Goldani e Mezavila (2020).

Pesquisadora: Pessoal, vamos ver se vocês lembram das informações que conversamos hoje? Vou ler as frases nos slides e vocês vão me falar se a frase é verdadeira ou falsa.

1. Ansiedade não é desencadeada por um medo inicial.
2. A ansiedade é um estado de apreensão no qual se acredita ser possível controlar ou prever eventos futuros.
3. Um sintoma emocional da ansiedade é se sentir impaciente e frustrado.
4. Quando você está ansioso, acredita que o que vai acontecer é tão terrível que você não será capaz de suportar.

5. A ansiedade é um estado emocional momentâneo.
6. A ansiedade te faz acreditar que as coisas vão piorar ou há algum perigo pela frente.
7. As alterações corporais nos atrapalham a lidar com situações de perigo.
8. Um sintoma cognitivo da ansiedade é o medo da avaliação negativa pelos outros.
9. Dificuldade para falar em algumas situações não tem relação com a ansiedade.
10. Quando ficamos ansiosos, o corpo trabalha arduamente e pode ficar quente.
11. A ansiedade não causa problemas na memória, concentração e atenção.
12. Quando surge uma situação potencialmente perigosa, o corpo produz substâncias químicas. Estas produzem alterações físicas que ajudam a prepará-lo para uma luta ou fuga.
13. As substâncias químicas fazem o coração bater mais acelerado, de modo que o sangue possa ser bombeado pelo corpo até os músculos.
14. Os músculos precisam de oxigênio e, portanto, a respiração fica mais rápida para fornecer a eles o combustível de que precisam.
14. Os músculos precisam de oxigênio e, portanto, a respiração fica mais rápida para fornecer a eles o combustível de que precisam.
15. As pessoas geralmente sentem náusea ou uma sensação de enjoo, quando o sangue vai sendo desviado de partes físicas que não estão sendo usadas.
16. A ansiedade não está sempre orientada para o futuro.
17. Dificuldade para engolir pode ser um sintoma de ansiedade.
18. Eventos imaginados não causam ansiedade.

Slide 26: Encerramento – Texto para reflexão - Retirado de Goldani e Mezavila (2020).

Pesquisadora: E agora para terminar nós vamos ler um texto para nós refletirmos sobre tudo que vimos hoje.

Pedir para diferentes alunos lerem um trecho do texto.

Texto para reflexão

Por que nós buscamos a felicidade do jeito errado: a metáfora do barquinho

Conduzir uma boa vida é como dirigir um barquinho num grande oceano. O barquinho é cada um de nós e o oceano é tudo (de bom e de ruim) que acontece conosco. Algumas pessoas parecem estar navegando em um mar furioso, cheio de tempestades e monstros marinhos. Outros parecem ter tido a maior sorte do mundo: águas calmas e tão claras que é possível ver os corais coloridos lá no fundo. A maioria de nós quer se afastar do primeiro oceano e sonha em viver no segundo. Mais do que isso: nós passamos a vida inteira remando dia e noite pra

fugir do oceano furioso e, quem sabe, chegar às águas tranquilas do oceano ideal. A metáfora do barquinho é uma historinha que resume a nossa busca pela felicidade. Existe também outro lado dessa história, mais importante do que o oceano em que você vive: o barquinho que você construiu para si mesmo.

### COMO VOCÊ IMAGINA SUA VIDA PERFEITA?

A maioria de nós imagina nossa vida ideal com elementos diferentes, mas princípios parecidos. Talvez você sonhe com uma casa à beira-mar, em um país tropical, ou um chalé charmoso num país frio; com uma família de 3 filhos e um cachorro ou nenhum filho, vários gatos e um periquito; com o sucesso empresarial ou com o renome artístico.

De qualquer forma, nossos sonhos sobre o futuro geralmente são compostos de coisas externas a nós: onde moramos, quem está conosco, quanto dinheiro temos, onde a gente trabalha. É assim que a maioria da humanidade vive – imaginando um oceano diferente pra onde remar o seu barquinho.

Apesar da busca pelo “oceano perfeito” ser o normal, existe uma segunda opção, infelizmente menos popular, mas muito mais fascinante: aprender que você não controla o oceano e aprender a fortalecer o seu barquinho. Você não está no controle do oceano.

É essencial entender quais partes da sua vida você controla e quais você não controla. Frequentemente, nossa ansiedade vem da preocupação com coisas que não podemos fazer nada para mudar: o clima que está muito quente, a encomenda que ainda não chegou no correio, o time que perdeu a final ou o que as pessoas pensam da gente. Em resumo, nós não decidimos o que vai surgir no nosso oceano: uma tempestade, uma onda mais forte ou uma semana inteira de céu aberto. Portanto, reclamar do oceano em que você navega só faz com que o sofrimento permaneça por mais tempo. Seu barquinho precisa ser fortalecido.

Se você conseguir construir um barco forte o suficiente, tempestades não podem fazer você se desequilibrar. Muitas pessoas reclamam de uma vida cheia de tragédias e azares, quando, na verdade, o problema é um barquinho muito frágil, que se abala com qualquer ventania. Um “barco forte”, na metáfora, é uma mente forte na vida real. E o que é uma mente forte? É uma mente que permanece calma mesmo no meio do caos.

No entanto, não se confunda: uma mente forte não é aquela que simplesmente fica parada enquanto o mundo desaba ao seu redor; mas aquela que consegue lidar com as emoções negativas e se concentrar nas soluções para aquele problema.

A grande lição é que a felicidade não é um conjunto de coisas (a casa perfeita, a família perfeita, o esposo perfeito), mas uma habilidade que se aprende: a habilidade de permanecer



tranquilo no meio de qualquer adversidade. Enquanto um barco frágil só consegue flutuar em paz num oceano ideal, o barco forte consegue experimentar a tranquilidade e a felicidade em quaisquer águas: tranquilas, agitadas, calmas ou furiosas. E se o seu barco pudesse usar os ventos ferozes da tempestade para se impulsionar ainda mais pra frente?

Pesquisadora: Pessoal, nós não conseguimos controlar o que acontece, mas podemos controlar como agimos e como reagimos ao que acontece. Podemos ser mais gentis com nós mesmos. E podemos investir em ações que irão nos fortalecer, como estilos de vida mais saudáveis e técnicas de relaxamento. E como não sabemos o oceano que iremos navegar, o mais importante é fortalecermos o nosso “barquinho”.

## 9 ANEXO

## Anexo 1 – Inventário de Ansiedade de Beck - BAI

### INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK - BAI

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<b>Absolutamente não</b>	<b>Levemente</b> Não me incomodou muito	<b>Moderadamente</b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b>Gravemente</b> Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

## Anexo 2 - Questionário Infanto-Juvenil

Idade: \_\_\_\_\_ anos

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

Esta é uma lista de condutas que descrevem como você se sente. Marque apenas **uma opção para cada questão**, seguindo a legenda abaixo. Por favor, responda as questões o melhor que puder e não deixe nenhuma em branco.

[ 0 ] = NUNCA

[ 1 ] = ALGUMAS VEZES

[ 2 ] = SEMPRE

<i>Q U E S T Õ E S</i>		<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
01.	Quando tenho medo não posso respirar bem.			
02.	Quando estou na escola sinto dor de cabeça.			
03.	Quando durmo em uma casa que não é a minha fico com medo.			
04.	Quando tenho medo sinto que vou desmaiar.			
05.	Sou uma pessoa nervosa.			
06.	Quando estou na escola sinto dores de estômago (barriga).			
07.	Quando tenho medo sinto como se fosse enlouquecer.			
08.	Preocupo-me quando tenho que dormir sozinho.			
09.	Quando tenho medo sinto como se as coisas fossem irreais.			
10.	De noite sonho que coisas ruins vão acontecer aos meus pais.			
11.	Quando tenho medo meu coração bate rápido.			
12.	Eu tremo.			
13.	De noite tenho pesadelos de que me vão acontecer coisas ruins.			
14.	Preocupa-me pensar como vou sair nas coisas (resolver problemas).			
15.	Transpiro quando tenho medo.			
16.	Preocupo-me em demasia.			
17.	Preocupo-me sem motivo.			
18.	Dar-me medo estar sozinho em casa.			
19.	Quando tenho medo sinto como se não pudesse engolir, respirar.			
20.	As pessoas dizem que eu me preocupo demais.			
21.	Tenho medo de ter ataques (pânico).			
22.	Preocupa-me pensar que algo de ruim vai acontecer aos meus pais.			
23.	Preocupa-me com o que vai acontecer quando eu crescer (futuro).			
24.	Quando tenho medo sinto vontade de vomitar.			
25.	Preocupam-me as coisas (fatos) que já passaram.			
26.	Quando tenho medo sinto-me enjoado (mareado, náusea).			

Adaptado: BARBOSA; GAIÃO E BARBOSA; GOUVEIA - Paraíba - 2001