

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ANSIEDADE SOCIAL: AVALIANDO PROTOCOLO DE
INTERVENÇÃO EM GRUPO COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS**

GRAZIELA DE OLIVEIRA SOUZA

São Carlos, abril de 2018.

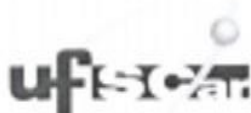
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**ANSIEDADE SOCIAL: AVALIANDO PROTOCOLO DE
INTERVENÇÃO EM GRUPO COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS**

GRAZIELA DE OLIVEIRA SOUZA

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do título de mestre do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos em Psicologia sob orientação da Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis.

São Carlos, abril de 2018.



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Graziela de Oliveira Souza

São Carlos, 01/03/2018


Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar


Prof.^a Dr.^a Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná/ UFPR


Prof.^a Dr.^a Mariéle de Cássia Diniz Cortez
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 14h00 no dia 01/03/2018.

Comissão Julgadora:

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Dutra dos Reis

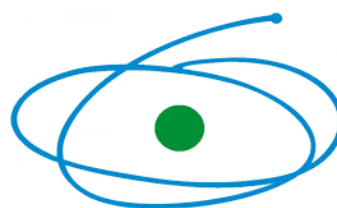
Prof.^a Dr.^a Jocelaine Martins da Silveira

Prof.^a Dr.^a Mariéle de Cássia Diniz Cortez

Homologada pela CPG-PPGPsi na

_____* Reunião no dia ____/____/____

Prof.^a Dr.^a Débora Holland de Souza
Coordenadora do PPGPsi



C A P E S

**Esta pesquisa teve financiamento da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior (CAPES).**

Este trabalho é dedicado às pessoas que buscam melhorar sua saúde mental por meio da intervenção psicológica. E confiam no trabalho dos psicólogos para atingir seus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha mãe por todo apoio durante minha vida acadêmica, mesmo muitas vezes não sabendo exatamente do que se tratava meu trabalho. À todos os meus familiares, principalmente, tia Neusa, Deia, Paty e Brendinha, que sempre me proporcionaram momentos de alegria e descontração. Aos meus amigos, em especial Mari, Marcela, Camila e Suéllen, que sempre estiveram sempre ao meu lado mesmo quando a distância não nos permitia. Agradeço imensamente aos meus colegas de profissão, que estiveram sempre disponíveis para discutir e sugerir melhorias em meu trabalho, especialmente Bárbara e Luziane; Camila e Giovan, em relação às análises estatísticas. E também à todos os professores que ajudaram a construir minha formação, principalmente à Camila Domeniconi, Priscila Benitez e minha orientadora Maria de Jesus Dutra dos Reis. Outros profissionais também foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho, como o psicólogo André Masiero, um dos responsáveis pelo Departamento de Saúde, onde ocorriam os atendimentos. Bem como, a diretora deste Departamento, Lilian Fantato da Costa, que abriu as portas da unidade para a realização da pesquisa. Agradeço a toda equipe de profissionais do Departamento, que sempre foram solícitos e atenciosos comigo e minhas participantes. Agradeço às estudantes que confiaram em meu trabalho e participaram deste estudo. Elas estiveram comigo por meses e a vontade que delas em superar suas próprias limitações me motivava a ser uma profissional cada vez melhor. Por fim, gostaria de citar minha pequena Elisa, que passou a me acompanhar silenciosamente durante este trabalho, e foi crescendo e evoluindo em sua etapa final, alegrando meus dias com sua chegada.

SUMÁRIO

Lista de Anexos	7
Lista de Figuras	8
Lista de Tabelas	10
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
Método	24
Participantes	24
Local / Equipamentos e Materiais	29
Procedimento	35
Resultados	45
Análises das Avaliações nas Medidas Padronizadas	47
Evidência de Significância Clínica: Método JT	81
Análises nas Sessões e das Condições da Intervenção	92
Discussão	102
Referências	110
Anexos.....	117

Lista de Anexos

Anexo 1 - Descrição dos Casos	117
Anexo 2 - Escala de Ansiedade Social Liebowitz	130
Anexo 3 - Escala Transversal de Sintomas - Nível 1.....	132
Anexo 4 - Escala de Severidade de Ansiedade Social	134
Anexo 5 - Inventário de Ansiedade de Beck	136
Anexo 6 - Inventário de Depressão de Beck	138
Anexo 7 - Questionário Inicial de Sessão	141
Anexo 8 - Questionário Final de Sessão	143
Anexo 9 - Questionário de Avaliação da Intervenção	145
Anexo 10 - Protocolo de Intervenção com Sessões detalhadas	149
Anexo 11 - Folheto informativo sobre Ansiedade	152
Anexo 12 - Exercício de Consciência Corporal.....	154
Anexo 13 - Vivência em Grupo	156
Anexo 14 - Manual para Respiração Profunda	158
Anexo 15 - Manual para Relaxamento Progressivo	160
Anexo 16 - Manual para Relaxamento Passivo	164
Anexo 17 - Vivência sobre Assertividade	167
Anexo 18 - Análise de Comparação dos Grupos A e B.....	169

Lista de Figuras

Figura 1 - Diagrama das etapas do procedimento de intervenção	42
Figura 2 - Média e desvio padrão dos escores totais obtidos na Escala de Fobia Social de Liebowitz e na Escala de Severidade de Fobia Social	51
Figura 3 - Comparação das diferentes avaliações na análise não-paramétrica de Friedman de todas as participantes, de ambos os grupos.....	55
Figura 4 - Porcentagem dos escores atribuídos a ansiedade e a evitação para os itens de Desempenho e de Interação Social na Escala de Liebowitz, para todas as participantes de ambos os grupos, nas diferentes avaliações	57
Figura 5 - Distribuição de todas as participantes nos diferentes níveis das categorias do repertório social do Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Mediana do percentil para cada um dos fatores componentes do IHS, para todas as participantes, nas avaliações inicial e final	61
Figura 6 - Percentil observado para cada participante do Grupo A e Grupo B, nos cinco fatores do Inventário de Habilidade Sociais, nas avaliações inicial e final	63
Figura 7 - Média e desvio padrão da porcentagem dos escores considerando a natureza pública ou privada do contexto e a natureza da relação com o interlocutor, para todos os participantes, a avaliação inicial e final	65
Figura 8 - Porcentagem dos escores considerando a natureza pública ou privada do contexto para todas as participantes do Grupo A e do Grupo B, nas avaliações inicial e final.....	67
Figura 9 - Porcentagem dos escores considerando a relação com o interlocutor para todas as participantes do Grupo A e do Grupo B, nas avaliações inicial e final	68
Figura 10 - Porcentagem de participantes rastreados nos diferentes domínios do PROMIS 1, na avaliação inicial e na avaliação final, para ambos os grupos	69
Figura 11 - Média e desvio padrão dos escores totais obtidos no Inventário Beck de Ansiedade e no Inventário Beck de Depressão para os dois grupos, em todas as avaliações implementadas	75
Figura 12 - Média e desvio padrão dos escores obtidos nos domínios e no total da avaliação de Qualidade de Vida, para todas as participantes, as do Grupo A e do Grupo B.....	77

Figura 13 - Porcentagem nos quatro domínios e no total da avaliação de Qualidade de Vida para todas as participantes do Grupo A e do Grupo B, na avaliação inicial e final.....	80
Figura 14 - Representação dos escores de todas as participantes entre a avaliação inicial e final para o escore total na Escala de Liebowitz, nas subescalas de ansiedade e de evitação	83
Figura 15 - Representação de escores de todas as participantes entre a avaliação inicial e intermediária, nas subescalas de ansiedade e de evitação.....	85
Figura 16 - Representação de escores de todas as participantes entre a avaliação inicial e final, no Escore Total do IHS	87
Figura 17 - Representação da dispersão de todas as participantes entre a avaliação inicial e intermediária e entre a inicial e final, no Escore Total do BAI	88
Figura 18 - Representação da dispersão de todas as participantes entre a avaliação inicial e final, no Escore Total do BDI.....	89
Figura 19 - Representação da dispersão de todas as participantes entre a avaliação inicial e final, nos domínios do instrumento de qualidade de vida.....	91
Figura 20 - Escore atribuído por cada participante indicando o quão estaria ansiosa nos questionários apresentados no início e no final das sessões	94
Figura 21 - Mediana das avaliações atribuídas aos pares de adjetivos apresentados na escala de diferencial semântico nas três avaliações implementadas no início e ao final da sessão, para os dois grupos.....	96
Figura 22 - Porcentagem de atribuição de melhora total ou quase total de itens autoavaliados	98
Figura 23 - Porcentagem de participantes que avaliaram como "muito bom" ou "ótimo" os itens relacionados à intervenção	99
Figura 24 - Porcentagem de participantes que avaliaram como "muito bom" ou "ótimo" os itens de organização e os materiais da intervenção	100
Figura 25 - Porcentagem de participantes que avaliaram como "muito bom" ou "ótimo" os itens sobre relacionamento com a terapeuta.	101

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização das participantes	26
Tabela 2 - Demandas e queixas clínicas das participantes do Grupo A	27
Tabela 3 - Demandas e queixas clínicas das participantes do Grupo B.....	28
Tabela 4 - Frequência e porcentagem de presença nas sessões de intervenção, para todas as participantes. Autoavaliação da aplicação do conteúdo da semana anterior e avaliação do terapeuta com relação a realização das atividades atribuídas para casa	46
Tabela 5 - Escores total da Escala Liebowitz e da Escala de Severidade de Ansiedade Social, para todos os participantes de ambos os grupos, nas três avaliações previstas e no <i>follow-up</i>	48
Tabela 6 - Indicadores de significância obtidos na comparação em diferentes avaliações, nos dois grupos, utilizando análise não-paramétrica de Friedman	52
Tabela 7 - Escores total, percentil e interpretação no Inventário de Habilidades Sociais (IHS) nas avaliações inicial e final, de todas as participantes, para ambos os grupos.....	59
Tabela 8 - Indicadores de cuidado observados no PROMIS 1, para cada participante de ambos os grupos, na avaliação inicial e na final	71
Tabela 9 - Escores no Inventário Beck de Ansiedade e no Inventário Beck de Depressão para todas as participantes de ambos os grupos nas avaliações implementadas.....	73
Tabela 10 - Estimativa da percepção do efeito disruptor da ansiedade na semana e a importância do conteúdo da sessão, atribuída por cada participante dos dois grupos	93

Oliveira, G. (2018). *Ansiedade Social: Avaliando protocolo de intervenção em grupo com estudantes universitárias*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, SP. 170 páginas.

Resumo

As condições presentes na vida contemporânea estão associadas a aspectos estressores e aversivos que podem aumentar a probabilidade de respostas condicionadas e incondicionadas de ansiedade, assim como manter um repertório relativamente sofisticado sob controle aversivo, que pode levar à produção e fortalecimento de repertório usualmente identificado como *ansiedade social*. A ansiedade social, também conhecida como fobia social, pode produzir perdas econômicas, afetivas e emocionais, impactando as interações sociais, provocando *déficits* na qualidade de vida e nos indicadores de saúde mental. O presente estudo teve como objetivo avaliar um protocolo de intervenção analítico-comportamental em grupo, com componente de treino em habilidades sociais, para universitárias com indicadores de ansiedade social. Foram ofertados dois grupos com características idênticas de implementação, porém em momentos distintos (Grupo A e Grupo B). Cada grupo iniciou suas atividades com seis pacientes. Dessa forma, o estudo contou com a participação de 12 estudantes universitárias, com idades entre 18 e 30 anos, que apresentavam sintomas de ansiedade social *grave ou muito grave*, de acordo com os escores normatizados na *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz*. O protocolo de intervenção era composto por 8 sessões, organizadas em três módulos: (1) Psicoeducação sobre Ansiedade; (2) Treino em Relaxamento e (3) Treino em Habilidades Sociais. Foram implementadas avaliações em encontros individuais, em três momentos: inicial, intermediário e final. Nessas avaliações foram aplicados instrumentos padronizados, a saber: 1) *Escala de Fobia Social de Liebowitz*; 2) *Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 para Adultos*; 3) *Escala de Severidade na Ansiedade Social*; 4) *Inventário de Ansiedade de Beck*; 5) *Inventário de Depressão de Beck*; 6) *Inventário de Habilidades Sociais*; e (6) *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)*. Também foram realizadas avaliações no início e ao final de três diferentes sessões; e duas avaliações de *follow-up* ocorreram nos 15 e 30 dias seguindo o término da intervenção. Cinco participantes de cada grupo concluíram as atividades de intervenção programadas. Nenhuma participante manteve indicadores de ansiedade *grave ou muito grave* ao final da intervenção, com decréscimo significativo observado entre a avaliação inicial e final [Friedman, $\chi^2(3) = 28,080$, $p < 0,000$]. Foram observadas redução significativa nos escores de *ansiedade* [$\chi^2(3) t = 22,013$, $p < 0,000$] e *depressão* [$\chi^2(2) t = 15,235$, $p < 0,000$]; e, um aumento representativo nos indicadores de *habilidades sociais* [Wilcoxon: $z = -2,666$, $p < 0,008$] e *qualidade de vida* [Friedman, $\chi^2(3) t = 9,742$, $p < 0,021$]. Análise utilizando o *método JT* mostrou evidência de *mudanças confiáveis e significância clínica* para a maioria das participantes, em todas as dimensões avaliadas. As discussões endereçaram as implicações do protocolo de intervenção em grupo implementado para a construção de subsídios que possibilite identificar o papel dos procedimentos de *exposição* e *treino de habilidades sociais* nas intervenções para indivíduos com indicadores de fobia social.

Palavras-chave: Ansiedade Social; Protocolo de Intervenção; Habilidades Sociais; Universitárias.

Oliveira, G. (2018). *Social Anxiety: Evaluating protocol of Intervention in group with university students*. Master's Dissertation. Graduate Program in Psychology. Federal University of São Carlos, São Carlos, SP. 170 pp.

Abstract

The conditions currently observed in contemporary life are associated with stressful and aversive aspects that can increase the probability of both conditioned and unconditioned responses of anxiety, as well as maintain a relatively sophisticated repertoire under aversive control, that can lead to both the production and strengthening of repertoire usually identified as *social anxiety*. Social anxiety, also known as social phobia can produce economic, affective and emotional damages, affecting social interactions, leading to deficits in both quality of life and mental health indicators. The present study aimed to evaluate a group analytical-behavioral intervention protocol, with training component in social skills, for university students (undergraduated and graduated ones) with indicators of social phobia. Two groups were realized with identical characteristics of implementation, but at different moments (Group A and Group B). Each group started its activities with six patients. The participants were 12 students in higher education formation, aged 18 to 30 years, who had symptoms of *severe* or *very severe* social anxiety, according to the standardized scores on the Liebowitz Social Anxiety Scale. The intervention protocol was composed of 8 sessions, organized in three modules: (1) Psychoeducation on Anxiety; (2) Relaxation Training and (3) Social Skills Training. Evaluations were implemented in individual meetings in three moments: initial, intermediate and final. In these evaluations, standardized instruments were applied, namely: 1) Liebowitz Social Phobia Scale; 2) Transversal Scale of Level 1 Symptoms for Adults; 3) Social Anxiety Severity Scale (APA); 4) Beck Anxiety Inventory; 5) Beck Depression Inventory; 6) Social Skills Inventory; and, (6) *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref). Evaluations were also performed at the beginning and end of three different sessions; and two follow-up evaluations occurred within 15 and 30 days following completion of the intervention. Five participants from each group completed scheduled intervention activities. No participants maintained a *severe* or *very severe* anxiety score at the end of the intervention, with a significant decrease observed between the initial and final evaluation [Friedman, $\chi^2(3) = 28,080$, $p < 0,000$]. There was a significant reduction in anxiety scores [$\chi^2(3) t = 22.013$, $p < 0.000$] and depression [$\chi^2(2) t = 15.235$, $p < 0.000$]; and a representative increase in social skills indicators [Wilcoxon: $z = -2.666$, $p < 0.008$] and quality of life [Friedman, $\chi^2(3) t = 9,742$, $p < 0.021$]. Analysis using the JT method showed evidence of reliable changes and clinical significance for most participants, in all dimensions assessed. The discussions addressed the implications of the group intervention protocol implemented for the construction of subsidies that makes it possible to identify the role of exposure procedures and social skills training in interventions for individuals with indicators of social phobia.

Key-words: Social Anxiety; Intervention Protocol; Social Skills; University Students.

Seres humanos sobreviveram organizando suas condições do dia a dia de tal forma que sua própria sobrevivência, assim como a de outros, depende de interações mútuas de cuidado, com complexas contingências em operação. O modo como as pessoas se organizam e estruturam sua rotina não somente permite que elas sobrevivam; estão também no cerne dos processos que denominamos de *saúde e qualidade de vida* (Portes, 2011; Oliveira, Rabelo & Queroz, 2012; Añez, Reis & Petroski, 2008). As complexas relações dos organismos com os ambientes físico e social, ao longo do processo evolutivo, construiu um conjunto de contingências que permite a sua resposta de forma mais pronta e imediata a ambientes adversos, com contingências de seleções filogenéticas, ontogenéticas e culturais. Na presença de condições aversivas o organismo aprende não somente a fugir das condições danosas, mas a responder à condições do ambiente de forma a se esquivar de novas condições danosas ou aversivas. Um poderoso mecanismo selecionado para a sobrevivência do organismo é a *resposta de estresse* e seu papel é importante no desenvolvimento das respostas de *luta-fuga*, nas respostas a processos emocionais colaterais decorrentes das contingências em vigor (ex. medo, raiva, ansiedade, entre outros) e em operantes de controle negativo fortalecido pelas contingências em operação (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003).

O mecanismo de ansiedade e de resposta de estresse parece ter sido fundamental para os organismos por possibilitar o desenvolvimento de respostas apropriadas a características danosas do ambiente, o que usualmente garantia a sobrevivência (Margis, et. al., 2003). Ainda que atualmente as antigas ameaças de animais ferozes ou ambientes inóspitos não estejam constantemente presentes no cotidiano da sociedade exigindo nossas respostas de caçadores ou presas, ainda vivemos em um ambiente continuamente ameaçador por outras características; dessa forma esse aparato de defesa ainda continua ativo, respondendo a diferentes aspectos

estressores do dia a dia. O estilo de vida contemporâneo está relacionado com aspectos como alta conectividade, competitividade, perfeccionismo, aumento da violência, entre outros, que podem ativar respostas de ansiedade e de defesa bastante primitivos (Banaco, 2001).

Embora seja um mecanismo necessário e útil, a frequência e intensidade das respostas de ansiedade podem competir com o pleno funcionamento em situações cotidianas, desencadeando comportamentos de *alerta ou fuga* intensos e imobilizadores, assim como taquicardia, sudorese, tremores, tensão muscular, preocupação excessiva e constante, medo, insônia, dificuldade de concentração, entre outros. Essas características disfuncionais têm recebido a alcunha de *Transtorno de Ansiedade* (Margis et al., 2003; American Psychiatric Association, 2014). O *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (2014) em sua versão mais recente, o DSM-5, aponta 12 quadros integrantes do diagnóstico de Ansiedade: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobias Específicas, Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), Transtorno de Pânico, Ataque de Pânico (Especificador), Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade Induzido por substância ou medicamento e Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica, Transtorno de Ansiedade Especificado e Não Especificado (American Psychiatric Association, 2014; Araújo & Neto, 2014).

Em 2005, Kessler e colaboradores apontaram a ansiedade como o transtorno mental que mais frequentemente acomete as pessoas, pelo menos uma vez durante a vida, com uma taxa de ocorrência de 25% a 30% na população americana. O número de pessoas que apresentam indícios de ansiedade e/ou demais problemas de saúde mental no Brasil é crescente. De acordo com Paula, Duarte e Bordin (2007), as taxas de prevalência de ansiedade na população brasileira variam de 12% a 24,6% em estudos com o uso de instrumentos de rastreio, e de 7,0% a 12,7%,

quando foram analisadas entrevistas diagnósticas. Também foram apresentados alguns fatores considerados de risco para saúde mental, entre eles estão a baixa condição socioeconômica, desemprego, má condição de moradia, violência familiar, problemas de saúde mental ou de consumo de álcool dos pais/cuidadores, trabalho infantil e atraso escolar (Paula, et. al, 2007).

Uma primeira proposta de modelo de ansiedade para a análise do comportamento foi formulada por Estes e Skinner (1941), denominada *supressão condicionada*. Nos estudos que investigavam o processo envolvido na supressão condicionada, contingências eram organizadas de tal forma que um choque era programado (com diferentes intensidades, dependendo do estudo), em seguida a um estímulo inicialmente neutro, de forma não contingente a qualquer dimensão do comportamento do organismo. Observou-se que, à medida que sucessivos choques seguiam a apresentação do estímulo inicialmente neutro, esse passava a adquirir propriedades de estímulos pré-aversivos, produzindo uma supressão de respostas inicialmente em operação. Deste modo, a descrição das contingências que seriam típicas da *ansiedade* deveria incluir, minimamente, um *estímulo pré-aversivo*; um *estímulo aversivo* (usualmente, embora nem sempre, incontrolável); e, uma resposta *emocional eliciada*, usualmente, pelo estímulo pré-aversivo (Lundin, 1977; Sidman, 1995). Considerando a literatura sobre o responder sob controle de estímulos, autores têm discutido a função estabelecadora desses estímulos (motivacionais), somado a todos os processos complexos envolvidos na formação de classes (Michael, 1982, 2000; O'Donohue & Krasner, 1995). Além disso, diferentes dimensões operantes do responder, em particular operantes verbais, também têm sido examinados como estímulos que podem adquirir a função eliciadora da resposta fisiológica (emocional) e operante da condição de ansiedade. Dessa forma, as diferentes categorizações de transtornos de

ansiedade poderiam ser melhor descritas considerando a natureza do estímulo antecedente e das consequências em operação (Friman, Hayes & Wilson, 1998; Coêlho & Tourinho, 2008).

Banaco e Zamignani (2004) apontam que os diversos transtornos de ansiedade apresentariam em comum: 1) excitações biológicas tais como taquicardia, alteração das respostas galvânicas, tremores, hiperventilação, entre outras; 2) redução na eficiência do repertório comportamental (ex. déficits de habilidades sociais, distúrbios do sono, etc); 3) aumento de repertório mantido por controle negativo (ex. evitar locais, emitir respostas repetitivas como contar tijolos, etc); e, 4) relatos verbais de eventos privados descritos como desagradáveis e desconfortáveis (ex. estado de terror, medo, insegurança, apreensão, etc.). No entanto, a definição “patológica” da ansiedade exigiria que essas condições acontecessem com tal frequência e intensidade que: a) levaria a comprometimento funcional, perdas nas atividades sociais, acadêmicas e laborais; b) as respostas sob controle negativo consumiriam um tempo representativo no dia a dia; e, c) o indivíduo perceberia todas essas vivências como dolorosas, produzindo um significativo grau de sofrimento pessoal.

O *Transtorno de Ansiedade Social*, também conhecido como Fobia Social, tem sido descrito como medo ou temor acentuados em situações sociais, como interagir com pessoas e ser observado ao desempenhar alguma atividade (American Psychiatric Association, 2014). Neste caso, as situações sociais passam a ser evitadas ou suportadas com dificuldades, pois a pessoa teme que seu desempenho seja avaliado negativamente. Assim, para a análise do comportamento, no caso específico da ansiedade social, os estímulos aversivos antecedentes que controlam as respostas envolveriam outras agências sociais; isto é, estímulos relacionados a presença de outras pessoas (ex. voz, presença visual, expressões de emoções sociais, entre outros) seriam antecedentes pré-aversivos que parecem sinalizar para esses indivíduos

consequências aversivas em um futuro próximo (ex. críticas, agressões verbais ou físicas, desqualificações pessoais, entre outras). Dessa forma, não é incomum que na ansiedade social uma porção razoável do repertório do indivíduo tenha uma função de fuga ou esquiva das situações temidas (Banaco & Zamignani, 2004)

Os indivíduos que apresentam repertório característico da *Fobia Social* podem apresentar comportamentos inadequados em situações sociais por *déficits* sociais assertivos ou muito submissos, topografias do contato visual social e intensidade de voz pouco adequadas, entre outras (American Psychiatric Association, 2014). Esse transtorno tem sido associado com evasão escolar, prejuízos na produtividade no ambiente de trabalho e/ou escolar e na qualidade de vida em geral (American Psychiatric Association, 2014). Apesar da intensidade dos danos, apenas cerca da metade das pessoas com Transtorno de Ansiedade Social buscam tratamento, e quando o fazem, é somente depois de 15 a 20 anos convivendo com os sintomas (Pine, 1997; Vianna, Campos & Landeira-Fernandez, 2009).

Pesquisas que procuram investigar condições eficientes no tratamento da fobia social têm apontado frequentemente dois procedimentos de intervenção com razoáveis evidências de eficácia: 1) *Treino de Habilidades Sociais*; e, 2) *Reestruturação Cognitiva*. Particularmente investigadores cognitivos-comportamentais tem pesquisado o efeito de cada uma dessas técnicas em separado ou em conjunto (Gil, Carrillo & Meca, 2000; McEvoy, 2007; Murta, 2005).

Habilidades sociais diz respeito aos elementos comportamentais que entram em interação durante uma relação interpessoal. Um repertório habilidoso socialmente considera os parâmetros típicos do contexto onde acontece a relação e a cultura na qual os indivíduos estão inseridos; inclui comportamentos tais como: iniciar, manter e finalizar conversações; pedir

ajudar; expressar sentimentos; lidar com críticas e elogios; entre outras (Caballo, 2003; Murta, 2005). O *Treino de Habilidades Sociais* (THS) é um conjunto de procedimentos que o profissional de psicologia dispõe para instalar, ampliar ou melhorar as habilidades sociais do indivíduo sob seu cuidado (Caballo, 2003; Murta, 2005).

A *Reestruturação cognitiva*, por sua vez, seria o procedimento, no qual o foco principal é levar o paciente a identificar seus pensamentos e crenças disfuncionais, questionar a funcionalidade dos mesmo e avaliar suas adequações; em última instância o objetivo é estabelecer crenças mais realistas e adaptadas. Portanto, no cerne dessa intervenção está o trabalho com as crenças e cognições do paciente (Caballo, 1996; Rimm, 1983).

Além das técnicas citadas anteriormente, as técnicas mais tradicionais para o manejo das condições de ansiedade como o *relaxamento*, *dessensibilização sistemática* e *exposição* têm sido sistematicamente utilizadas nas intervenções de fobias em geral, como um componente eficaz nos tratamentos das mesmas. Estudos mostram que a exposição seria um elemento importante também para o tratamento da fobia social (Echeburúa & Salaberría, 1991).

Numa revisão de meta-análise comparando os indicadores da literatura da eficácia dos procedimentos de THS, *reestruturação cognitiva* e *exposição* em intervenções voltadas para indivíduos com fobia social, autores discutem que numa avaliação global dos resultados a efetividade das três técnicas em conjunto é inquestionável, particularmente quando a avaliação implica em indicadores derivados de medidas de pré e pós-testes (Gil et al., 2000). No entanto, quando os estudos desdobram as análises da eficácia buscando avaliar os múltiplos componentes da intervenção, uma comparação dos resultados de intervenções com técnicas de *exposição em separado* mostraram que essa técnica foi tão eficiente ou mais do que aqueles observados no uso da *reestruturação cognitiva* ou da THS. Os autores discutem que poucos

estudos investigam os componentes separados, mas, além disso, apontam a dificuldade metodológica nesse caso específico; a *exposição* ao estímulo aversivo que controlaria a esquiva fóbica acontece quase que mandatoriamente no treino de habilidades sociais que implica numa interação intensa e cooperativa entre duas agências sociais, representando algum nível de exposição à situações potencialmente aversivas. Há a necessidade de investimentos sistemáticos no entendimento de cada um desses procedimentos nos seus componentes fundamentais e os processos envolvidos em cada um deles (Gil et al., 2000).

Uma investigação procurou examinar o impacto do montante da *exposição* implementada e os resultados obtidos numa intervenção em grupo utilizando procedimentos cognitivos e comportamentais (Borgeat, Stankovic, Khazaat, Rouget & Baumann, 2009). Para tanto, 30 pacientes com diagnóstico de fobia social foram randomicamente alocados em um de dois diferentes grupos, com encontros semanais totalizando oito sessões. Em um dos grupos a intervenção foi essencialmente focada na exposição, sendo organizada para produzir uma prolongada exposição ao exigir a execução de atividade usualmente aversivas (ex. falar em público), combinada com reforço positivo. O segundo grupo tinha um formato tradicional de intervenção da Terapia Cognitivo Comportamental em grupo com o uso de componentes psicoeducativos e trabalho de reestruturação cognitiva. Os resultados mostraram que os dois métodos levaram a ganhos equivalentes e significativos que foram mantidos por até um ano após o final da intervenção.

De Toledo Chagas, Guilherme, e Moriyama (2013) estruturaram uma intervenção em grupo para seis pacientes, quatro homens e duas mulheres com idades entre 20 e 57 anos, que já haviam passado por triagem em uma Clínica-Escola de uma universidade pública. As pesquisadoras realizaram 13 sessões terapêuticas baseadas na *Terapia de Aceitação e*

Compromisso que incluíam a definição de ansiedade como resposta adaptativa, a impossibilidade de controlar sentimentos e pensamentos, consequências do comportamento de esquiva experiencial, aceitação, metas e valores de vida e enfrentamento de situações. Os resultados sugerem que os participantes que passaram pela intervenção apresentaram mudanças em seus comportamentos de esquiva diante de situações ansiogênicas.

Estudos que buscaram investigar os efeitos das intervenções individuais ou em grupo têm, na grande maioria dos casos, demonstrado que os dois tipos de intervenção são igualmente eficientes para a intervenção em casos de ansiedade social. O estudo de meta-análise comparando os resultados com esses dois tipos de procedimento encontrou que os indicadores estimaram a efetividade da intervenção em grupo ($d=0,68$) foram similares aqueles observados nas intervenções individuais ($d=0,69$) (Powers, Sigmarsson & Emmelkamp, 2008). Os estudos têm descrito tipicamente grupos fechados, com a presença de cinco a 10 pacientes, com sessões individuais que variam de 90 a 240 minutos. Na maioria dos casos, os pacientes têm idade que varia de 30 a 40 anos, com igual representação de gênero (Burlingame, Strauss & Joyce, 2013).

No entanto, quando é examinada a alta demanda para o tratamento dos transtornos de ansiedade, o *Sistema Único de Saúde*, principal unidade gratuita de atendimento à população do país, não consegue manter uma equipe de profissionais adequada e capacitada para atender a demanda de atendimentos psicológicos individuais (Böing & Crepaldi, 2010). Deste modo, a investigação de outros métodos eficientes de tratamento para ansiedade pode ser preferível ao atendimento individual. A implementação do modelo grupal, por exemplo, permite atender a um maior número de pacientes, com um melhor aproveitamento do tempo. (Dimenstein, 1998; Cummings & Cummings, 2005).

No caso de pessoas com Transtorno de Ansiedade Social, o trabalho em grupo se faz especialmente necessário e implica uma série de vantagens em comparação com o formato individual. Analisando superficialmente, se pode concluir que as características sintomáticas da ansiedade social entram em conflito com a condição de grupo. No entanto, fatores terapêuticos adicionais emergem neste tipo de intervenção, como apoio de outras pessoas que vivenciam as mesmas dificuldades (reforço social), oportunidades de aprender indiretamente com outros modelos comportamentais e exposição à interações sociais informais geradas pela própria dinâmica do grupo (Heimberg & Magee, 2016; Barkowski, Schwartz, Strauss, Burlingame, Barth & Rosendahl, 2016; Blanco; Heimberg; Schneier; Fresco; Chen; Turk & Campeas, 2010). O sentimento de pertencimento e autoavaliação que podem ser proporcionados por um grupo também são muito importantes no processo de tratamento (Yalom & Leszcz, 2005; Tefikow, Bormann & Strauß, 2012).

A realização de tratamentos em grupo pode ser estruturada por meio de protocolos de intervenção. Os protocolos são modelos de intervenções previamente elaborados em uma determinada sequência e com um número fixo de sessões com o objetivo de auxiliar na condução de um tratamento (Peçanha, 2005). A criação destes protocolos tem ganhado espaço como elemento de auxílio para os atendimentos grupais. Cummings e Cummings (2005) programaram, aplicaram e avaliaram componentes de um protocolo que pode ser adaptado para diferentes contextos interventivos. Este protocolo é sistematizado em (1) componente educacional, cujo objetivo é informar os participantes acerca do tema a ser trabalhado; (2) técnicas de relaxamento, ou seja, exercícios com a finalidade de relaxar a musculatura corporal; (3) manejo do estresse, estratégias para lidar com situações potencialmente estressoras; (4) tratamento da patologia, atividades terapêuticas voltadas para resolução dos sintomas; e (5)

atividades de autoavaliação. Os módulos deste protocolo têm sido aplicados em intervenções para doenças crônicas, transtornos de ansiedade ou adicção comportamental.

Monteiro, Reis e Silva (2017) fizeram uso do modelo de protocolo de Cummings e Cummings (2005) para uma intervenção breve de tratamento para dores crônicas de servidores públicos. As funcionárias, cinco mulheres entre 36 e 61 anos, participaram do procedimento formado de um primeiro módulo de (a) Psicoeducação, seguidos pelos módulos de (b) Relaxamento e (c) Enfrentamento do Estresse, no formato de sessões individuais. Os resultados finais apontaram relação entre intensidade da dor e pouca efetividade nas condições de trabalho, aumento no indicador total de qualidade de vida para três participantes (Inventário WHOQOL-Bref) e diminuição nas medidas de depressão, ansiedade e estresse (Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, Inventário Beck de Depressão e de Ansiedade). Apesar de este estudo formular um protocolo de intervenção, este foi estruturado somente para sessões individuais e os resultados não são analisados considerando a significância clínica da intervenção.

Pureza e colaboradores (2012) realizaram uma intervenção em grupo para estudantes universitários com sintomas de ansiedade social. O tratamento foi composto de 10 sessões, nas quais eram abordados conceitos relativos à ansiedade, técnicas de controle da ansiedade, habilidades sociais, resolução de problemas e prevenção à recaída. Participaram do estudo, inicialmente, 22 estudantes de uma universidade privada, 73% do sexo feminino, com idade variando de 17 a 50 anos. Devido à baixa assiduidade de alguns membros nas sessões de tratamentos apenas oito foram considerados participantes da intervenção no momento da análise. Para verificar os efeitos da intervenção, foram aplicados o Questionário de Ansiedade Social para Adultos (CASO-A30), da Escala de Fobia Social Liebowitz, dos Inventários de

Depressão e Ansiedade de Beck (BDI e BAI) e do ASR (Adult Self-Report), que indicaram uma melhora significativa em relação aos sintomas de ansiedade social, ansiedade e de depressão. Os resultados desta intervenção em grupo foram positivos, no entanto não há a formulação de um protocolo de intervenção que possa ser replicado por outros pesquisadores.

A promoção de habilidades sociais também tem sido um elemento essencial nas intervenções para Ansiedade Social. Gershman (2009) defende que para um efetivo *treino de habilidades sociais*, seria fundamental uma análise do comportamento por meio de uma cuidadosa avaliação funcional. Análise funcional pode ser definida como métodos e técnicas de informações envolvendo observações, entrevistas, escalas de avaliação, revisões de registros e preenchimentos de *check lists* que permitem identificar funcionalmente as relações entre respostas, antecedentes e consequências (Gershman, 2009). Quando identificados funcionalmente os *déficits* em habilidades sociais, prepara-se métodos de intervenção apropriados para a promoção de interações sociais e a aquisição de desempenho comportamental mais adequado e socialmente produtivo (Gershman, 2009).

Sendo assim, em geral, os estudos têm implementado intervenções utilizando os procedimentos cognitivos e comportamentais em conjunto, avaliando predominantemente as condições iniciais, finais e de *follow-up*. O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito de um protocolo em grupo para ansiedade social com três componentes (Psicoeducação, Técnicas de Relaxamento e Treino em Habilidades Sociais baseadas em análise funcional) sobre mudanças clinicamente significativas em relação à: 1) respostas de ansiedade social e geral; 2) indicadores de esquivas; 3) indicadores de depressão; e, 4) e indicadores de medidas da qualidade de vida. Além disso, buscou-se examinar o resultado separado dos diferentes componentes da intervenção sobre tais medidas.

MÉTODO

Participantes

Foram convidadas a participar da intervenção estudantes universitárias de uma instituição do interior do estado de São Paulo. O convite para participação da pesquisa foi inicialmente para discentes com queixas que indicassem prioritariamente sintomas relacionados à ansiedade social e que já haviam manifestado interesse em fazer psicoterapia no *Departamento de Atenção à Saúde* da instituição. Posteriormente, também foi estendido para a comunidade acadêmica via internet.

O critério para inclusão foi apresentar nível de ansiedade social entre médio a muito grave na *Escala de Fobia Social de Liebowitz (LSAS)*. Os seguintes critérios foram utilizados para exclusão da amostra: 1) estar recebendo naquele momento acompanhamento psicoterápico; 2) fazer uso de medicação para controle da ansiedade no período do estudo; 3) consumo excessivo de substâncias psicoativas (*álcool*: um ou dois drinks por dia, por no máximo 5 dias não consecutivos da semana; outras *drogas*: não fazer uso); e, 4) ter diagnóstico fechado ou fazer tratamento relativo a transtornos psicóticos.

As interessadas que apresentaram sinais excessivo de desconforto e forte sinais de ansiedade durante a entrevista, mas não foram selecionadas para participação na pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão, receberam cuidados para manejo da crise pela própria pesquisadora até a interrupção da crise; em seguida, foram orientadas sobre locais alternativos e condições de atendimento em unidades de saúde públicas disponíveis na região. As participantes tiveram assegurado o sigilo das informações obtidas no estudo e, quando necessário, encaminhadas para intervenção de questões não abrangidas no tratamento.

No total foram entrevistadas 35 estudantes, sendo que as 12 primeiras que preencheram

os critérios foram convidadas a participar da intervenção, e aceitaram iniciar o procedimento após a assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE). Dentre as participantes, duas eram casadas e 10 solteiras. Cinco estudantes eram de cursos da área de Exatas (graduação e doutorado em química, graduação em estatística, engenharia civil e engenharia de produção), quatro da área biológica (graduação em fisioterapia, biotecnologia e medicina); e, três de ciências humanas (graduação em letras, psicologia e mestrado em educação especial). Todas as participantes apresentaram escores indicativos de ansiedade social grave ou muito grave na Escala de Fobia Social Liebowitz, exceto uma das estudantes, que apresentou ansiedade social média. Elas foram subdivididas em dois grupos de seis estudantes para realização do protocolo de intervenção. A análise estatística mostrou que os dois grupos não apresentavam, na avaliação inicial, diferenças estatisticamente significativas no que concerne à idade (Mann-Whitney, $U=1,215$, $p<0,225$) ou ao escore no Inventário Liebowitz (Mann-Whitney, $U=0,000$, $p<1,000$).

Tabela 1 - *Caracterização das participantes*

Grupo	Nome*	Idade	Estado Civil	Área	Ansiedade Inicial (LSAS)
A	Thais	27	Solteira	Exatas	Muito Grave
	Jaqueline	30	Casada	Exatas	Grave
	Luiza	24	Casada	Biológicas	Grave
	Yasmin	22	Solteira	Biológicas	Grave
	Sofia	26	Solteira	Humanas	Muito Grave
	Priscila	21	Solteira	Biológicas	Grave
B	Marcela	23	Solteira	Humanas	Muito Grave
	Callie	21	Solteira	Exatas	Grave
	Fernanda	24	Solteira	Biológicas	Grave
	Branca	25	Solteira	Exatas	Grave
	Lara	21	Solteira	Exatas	Médio
	Andreia	23	Solteira	Humanas	Muito Grave

*Nomes fictícios.

A Tabela 2 apresenta as principais queixas e demandas relatadas pelas participantes do Grupo A, especialmente comportamentos, públicos e privados, que poderiam estar mais diretamente relacionados à ansiedade social; podemos identificar, ainda, outros problemas de saúde relatados. As mesmas informações de cada uma das participantes do Grupo B podem ser observadas na Tabela 3. O Anexo 1 apresenta um resumo de aspectos da história de vida e de aspectos clínicos dos diferentes participantes de ambos os grupos.

Tabela 2 - Demandas e queixas clínicas das participantes do Grupo A

Participantes						
	<i>Thais</i>	<i>Jaqueline</i>	<i>Luiza</i>	<i>Yasmin</i>	<i>Sofia</i>	<i>Priscila</i>
Principais queixas	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em fazer amigos; - Preocupação excessiva com as interações sociais; - Tremores; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar e interagir em grupos de pessoas; - Dificuldades para relaxar e dormir; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar e interagir com pessoas e/ou ambientes desconhecidos; - Ser observada ao desempenhar alguma atividade; - Dificuldade em manter contato visual e tom de voz audível; - Tremores e suor; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação excessiva com as interações sociais; - Dificuldade em manter contato visual; - Dificuldade em relaxar; - Tremores e suor; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar e interagir com outras pessoas; - Dificuldade em manter contato visual e tom de voz audível; - Voz trêmula; - Preocupação excessiva com as interações sociais; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer apresentações acadêmicas; - Falar com pessoas em posição de autoridade; - Dificuldade em relaxar e dormir; - Palpitações e tremores.
Início dos sintomas	Após a entrada na universidade	Adolescência	Infância	Adolescência	Infância	Infância
Outros problemas de saúde	Gastrite	-	Gastrite, Colesterol alto	Bronquite, Sinusite	-	Bronquite

Tabela 3 - Demandas e queixas clínicas das participantes do Grupo B

Participantes						
	<i>Marcela</i>	<i>Callie</i>	<i>Branca</i>	<i>Lara</i>	<i>Andreia</i>	<i>Fernanda</i>
Principais queixas	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentações acadêmicas; - Dificuldade em relaxar e dormir; - Não consegue ir à festas; - Falar em público; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falar com pessoas em posição de autoridade; - Apresentações acadêmicas; - Dificuldades para relaxar e dormir; - Preocupação excessiva com as interações sociais; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não conseguir ir à festas; - Conversar e interagir em grupo; - Estar em espaços com muitas pessoas; - Urgência de evacuação intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupação excessiva com as interações sociais; - Realização de provas acadêmicas; - Dificuldade em relaxar e dormir; - Dores no estômago - Choro excessivo; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Situações de avaliação acadêmica (provas e apresentações); - Conversar e interagir com pessoas em posição de autoridade; - Movimentos corporais repetitivos; - Dificuldade de fluência na fala; - Dificuldade em iniciar relacionamento amoroso; - Medo de avaliação negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer apresentações acadêmicas; - Dificuldade em manter tom de voz audível; - Expor sua opinião em grupos de trabalho - Medo de avaliação negativa.
Início dos sintomas	Após a entrada na universidade	Infância	Final do curso de graduação	Adolescência	Durante o curso de graduação	Infância
Outros problemas de saúde	Enxaqueca	Enxaqueca	-	-	Gastrite	-

Local/ Equipamento e Materiais

A intervenção foi conduzida pela própria pesquisadora, psicóloga graduada com experiência clínica de três anos, na instituição de ensino frequentada pelas participantes, em uma sala disponibilizada para tal finalidade na unidade institucional que oferece serviço de atendimento em saúde física e mental para a sua comunidade. A sala era equipada com cadeiras, mesa, projetor de vídeo, notebook e reproduzidor de áudio. Para o registro das sessões foi utilizado gravador digital e uma filmadora JVC *Hard Disk Camcorder* Everio.

Em diferentes momentos foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: (1) Escala de Fobia Social de Liebowitz - LSAS; (2) Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 para Adultos; (3) Escala Transversal de Sintomas - Severidade Ansiedade Social, (4) Inventário de Ansiedade de Beck; (5) Inventário de Depressão de Beck; (6) Inventário de Habilidades Sociais - IHS; e, (6) World Health Organization Quality of Life - BREF.

A *Escala de Fobia Social de Liebowitz (LSAS)* é um instrumento autoaplicável composto por 24 descrições de situações que envolvem ambiente social, podendo ser examinado no Anexo 2. Treze (13) dessas situações descrevem *desempenhos* ou *performances* que frequentemente ocorrem na presença de outras pessoas (ex. *telefonar em público; comer em lugar público*; entre outros); e onze (11) delas descrevem situações que demandam *interação social* (ex, *falar com pessoas em posição de autoridade; falar com pessoas que você não conhece muito bem*, entre outras). Para cada situação, o respondente deve estimar separadamente, em relação a última semana: 1) o quanto ficou *ansioso* ou *temeu* essa situação; e, 2) o quanto *evitou* ou se *esquivou* da mesma. Para a avaliação deve ser utilizado uma Escala *likert* de quatro pontos, que varia de zero (nenhuma/nunca) a três (intenso / geralmente). O escore total do instrumento varia de 0 a 144, podendo receber as seguintes interpretações: 1) 0

a 30 = ansiedade social usual, não patológica; 2) 30 a 60 = ansiedade social específica leve; 3) 55 a 59 = ansiedade específica moderada; 4) 60 a 100 = ansiedade social generalizada grave; e, 5) 100 a 144 = ansiedade social generalizada muito grave. O instrumento pode ser analisado considerando as seguintes subescalas: 1) *ansiedade total* (variando de 0 a 72); 2) *evitação total* (variando de 0 a 72); 3) *ansiedade nos itens de desempenho* (varia de 0 a 39); 4) *ansiedade nos itens de interação social* (varia de 0 a 39); 5) *evitação nos itens de desempenho* (varia de 0 a 33); e, 6) *evitação nos itens de interação social* (varia de 0 a 33). O instrumento teve sua validade e fidedignidade psicométrica realizada com população de estudantes universitários do interior do estado de São Paulo, utilizando uma amostra da população geral (n=413) e de uma amostra clínica (n = 252); a escala total apresentou uma forte consistência interna (*Alfa de Cronbach* de 0,96), tanto para a população geral, quanto para a clínica (Santos, 2012; Dos Santos, Loureiro, Crippa & Osório, 2013).

A *Escala Transversal de Sintomas de Nível I* para adultos (PROMIS 1) é composto por composto por 23 itens que pretende avaliar indicadores de cuidado em 13 domínios de saúde mental: *Depressão; Raiva; Mania; Ansiedade; Sintomas Somáticos; Ideação Suicida; Psicose; Distúrbio do sono; Memória; Pensamentos e Comportamentos repetitivos; Dissociação; Funcionamento da personalidade; e, Uso de substâncias*. O instrumento foi produzido, traduzido e disponibilizado na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-V (APA, 2014). Disponibilizada na seção que trata de orientações para avaliação, o objetivo do instrumento seria identificar sintomas críticos, usualmente presentes nos transtornos rastreados; o instrumento não deve ser utilizado para fechar diagnósticos, mas, para rastrear áreas críticas que deveriam ser objeto de avaliações posteriores. Embora o instrumento ainda não tenha recebido validação psicométrica extensiva para

população brasileira, em pesquisa realizada com 117 participantes adultos, observou-se que o instrumento apresentou um *Alfa de Cronbach* de 0,92, demonstrando uma forte consistência interna (Ruiz, 2016). A *Escala Transversal de Sintomas de Nível 1* pode ser examinada no Anexo 3.

A *Escala de Severidade de Ansiedade Social* foi proposta pela *American Psychiatric Association*, e contém itens relativos ao diagnóstico de ansiedade social. O instrumento na sua versão para adultos é indicada para indivíduos de ambos os sexos, com 18 anos ou mais. O instrumento pretende avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade social por meio do preenchimento da frequência em 10 itens, nos últimos sete dias, tais como: *sentir momentos súbitos de terror; medo ou temor em situações sociais; sentir-se ansioso; preocupado ou nervoso com relação a situações sociais*, etc. Cada item deve ser avaliado utilizando uma escala *likert* de cinco pontos, variando de *Nunca* (0) a *Sempre* (4); o que permite analisar a gravidade do Transtorno de Ansiedade em termos de Nenhum (0), Leve (1), Moderado (2), Grave (3) ou Extremo (4). Este instrumento pode ser examinado no Anexo 4.

O *Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)* é um questionário de autorrelato composto de 21 itens frequentemente presentes no contexto da ansiedade; o respondente deve indicar a frequência estimadas dos mesmos na última semana, utilizando uma escala *likert* que varia de zero (nunca acontece) a três (muito frequente). Os resultados da ansiedade podem ser interpretados em quatro níveis: Mínimo, Leve, Moderado e Grave (Cunha, 2001). O *Inventário de Depressão de Beck (BDI)* é uma medida de autoavaliação de depressão, composta por 21 itens que inclui situações de comportamentos e emoções usualmente relacionados à depressão. O respondente deve indicar as sentenças que melhor descrevem seus comportamentos ou sentimentos nos últimos sete dias. Os resultados podem ser interpretados em quatro níveis de

depressão: Mínima, Leve, Moderada e Grave. Ambos instrumentos foram adaptados e validados para população adulta no Brasil (Cunha, 2001), sendo que níveis *moderados* ou *graves* devem ser considerados de *cuidado em saúde*.

O *Inventário de Habilidades Sociais (IHS)* é um instrumento de autorelato composto por 38 itens na forma de comportamentos-situacionais; cada item descreve uma ação ou sentimento (descrito com destaque grifado) diante de uma determinada situação (não grifado). O respondente deve estimar a frequência com que sente ou age tal como descrito no item. Para tanto, deve utilizar uma escala que varia de *nunca* ou *raramente* (em cada 10 dessas situações reajo dessa forma no máximo duas vezes) à *sempre* ou *quase sempre* (em cada 10 situações desse tipo, reajo dessa forma nove a 10 vezes). O IHS apresenta uma estrutura de cinco fatores que agregam diferentes classes de repertórios sociais, a saber: 1) Fator 1 (F1): *Enfrentamento e autoafirmação com risco* [itens 1, 5, 7, 11,12, 14, 15, 16, 20, 21 e 29]; 2) Fator 2 (F2): *Autoafirmação na expressão de sentimento positivo* [itens 3, 6, 8, 10, 28, 30 e 35] ; 3) Fator 3 (F3): *Conversação e desenvoltura social* [itens 13, 17, 19, 22, 24, 36 e 37]; 4) Fator 4 (F4): *Autoexposição a desconhecidos e situações novas* [itens 9,14, 23 e 26]; e, 5) Fator 5 (F5): *Autocontrole da agressividade* [itens 18, 31 e 38]. Ao final de sua avaliação, o repertório de habilidades sociais pode ser classificado como: 1) Repertório deficitário indicando necessidade de treino (percentil < 25); 2) Bom repertório, abaixo da média (percentil ≥ 25 e <50); 3) Bom repertório mediano (percentil = 50); 4) Bom repertório, acima da média (percentil >50 e <75); 5) Repertório bastante elaborado (percentil ≥ 75). O instrumento permite examinar o repertório de habilidades sociais considerando diferentes situações do ambiente, a saber: 1) o contexto *público* (ex. item 11: *Em uma sala de aula ou reunião, se o professor ou dirigente faz uma afirmação incorreta, eu exponho meu ponto de vista*) ou *privado* (ex. item 10: *Em minha casa,*

expresso sentimentos de carinho através de palavras e gestos a meus familiares) da emissão da resposta descrita; e, 2) a *natureza da relação* com a agência social indicada no mesmo [*relacionamento sexual; autoridade; desconhecido ou primeiro contato; conhecido ou colega; e, amigo*]. Na formulação que analisou suas propriedades psicométricas o estudo foi implementado com 527 universitários, de ambos os sexos, mostrando uma consistência interna de 0,75 (Del Prette, Del Prette & Barreto, 1998). Um estudo buscou aferir as propriedades psicométricas considerando uma amostra de 1006 universitários, com idade variando de 17 a 35 anos, dos quais 214 apresentavam indicadores clínicos de ansiedade social e 792 não apresentavam indicadores clínicos dessa patologia. Nesse estudo o *Alfa de Cronbach* foi de 0,87, com forte consistência interna (Angélico, 2009; Angélico, Crippa & Loureiro, 2012).

O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)* avalia a qualidade de vida do paciente, investigando uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, sua condição de saúde e intervenções médicas. A versão abreviada apresenta uma escala com 26 questões que devem ser respondidas utilizando uma escala *likert* de 5 pontos. Na avaliação final o instrumento gera um escore geral, e a avaliação da qualidade de vida em quatro diferentes domínios (*Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente*). O *Domínio Físico* analisa as facetas de dor/desconforto, energia/fadiga e sono. O *Domínio Psicológico* avalia as facetas de sentimentos positivos, negativos, cognições, autoestima e autoimagem. O *Domínio das Relações Sociais* corresponde à relações pessoais, apoio social e atividade sexual. O *Domínio Ambiente* avalia facetas de segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, oportunidade de recreação e lazer, transporte, ambiente físico em geral (poluição, ruído,

clima, trânsito). Quanto maior os valores obtidos, maior a estimativa da Qualidade de Vida (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000).

Além disso, alguns questionários foram elaborados pelos experimentadores para avaliação dos procedimentos da intervenção, a saber: 1) *questionário de avaliação no início da sessão*; 2) *questionário de avaliação no final da sessão*; e, 3) *questionário de avaliação das condições da intervenção*. O *questionário inicial de avaliação de sessão* foi apresentado no início de três diferentes sessões do grupo e pode ser examinado no Anexo 7. Iniciava com três questões, a saber: 1) *O quanto na última semana sua vida foi afetada pela ansiedade social?*; 2) *Você conseguiu aplicar o que foi discutido na sessão anterior durante sua semana?*; e, 3) *Quão ansiosa você se encontra nesse momento?* Essas questões deveriam ser respondidas utilizando uma escala numérica que variava de 0 a 10 pontos. Solicitava, ainda, que a participante indicasse sintomas físicos de ansiedade no início da sessão e avaliasse como estava se sentindo *naquele momento* utilizando uma *escala de diferencial semântico* de sete pontos, contendo dez pares de palavras frequentemente relacionadas a condições privadas referentes à ansiedade. O *questionário de avaliação no final da sessão* era apresentado ao final das mesmas três sessões e está disponibilizado no Anexo 8. A participante deveria responder duas questões (1) *o quão ansioso se encontra* e (2) *se considera o conteúdo da sessão útil*, utilizando uma escala numérica de 0 a 10 pontos. As participantes respondiam, ainda, à uma escala de diferencial semântico similar àquela apresentada do início da sessão; indicava, ainda sintomas físicos presentes naquele momento. Além disso, duas questões abertas solicitavam que a participante indicasse o que teria gostado ou não gostado na sessão.

O *questionário de avaliação das condições da intervenção* tinha como objetivo avaliar aspectos específicos do planejamento e execução da intervenção e pode ser examinado no

Anexo 9. O questionário solicitava que as participantes avaliassem alguns aspectos tais como: 1) organização; 2) materiais utilizados; 3) relação com a terapeuta; 4) aplicabilidade; e 5) efetividade do tratamento. O instrumento também apresentava seis perguntas dissertativas sobre a eficácia da intervenção, a prática das técnicas e habilidades abordadas, sintomas de ansiedade social remanescentes e sugestões de melhoria das sessões.

Procedimento

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil, sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição onde foi realizada a pesquisa (Protocolo CAAE 62921116.7.0000.5504). O procedimento de intervenção teve início após a assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), que apresentava informações sobre a pesquisa, os objetivos, os benefícios previstos e os potenciais desconfortos, além de ressaltar o caráter voluntário da participação, e a possibilidade de retirar-se a qualquer momento do procedimento.

Procedimentos de Avaliação

Foram programadas três diferentes *avaliações gerais* (*inicial, intermediária e final*), três avaliações das condições na sessão e duas avaliações de seguimento (*follow-up*). No diagrama apresentado na Figura 1 e no detalhamento do protocolo (Anexo 10) podemos examinar onde se inseriam os diversos procedimentos de avaliação previstos.

As *avaliações gerais* foram implementadas em encontros individuais com aproximadamente uma hora de duração. Estudantes que demonstravam interesse em participar do estudo eram convidados para uma reunião individual na qual era implementada a *avaliação inicial*, com uma análise dos critérios de inclusão e exclusão da intervenção. A pesquisadora

solicitava informações sobre as participantes (idade, escolaridade, estado civil, quadros clínicos anteriores, entre outras); além disso, eram solicitadas informações gerais sobre as queixas e alguns elementos da história de saúde (ex. consumo de medicação prescrita ou não, idade identificada com tendo tido início os problemas de saúde e de comportamento, etc), especialmente que estivessem usualmente relacionados à *ansiedade social*. Na mesma sessão eram também aplicados os seguintes instrumentos psicodiagnósticos: 1) Escala de Fobia Social de Liebowitz (LSAS); 2) Escala de Severidade de Ansiedade Social; 3) Inventário de Ansiedade do Beck (BAI); 4) Inventário de depressão do Beck (BDI); 5) Escala Transversal de Sintomas (PROMIS 1); 5) Inventário de Habilidades Sociais (IHS); e 6) Inventário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref). Concluída a aplicação dos instrumentos, a pesquisadora solicitava que a interessada esperasse na sala ao lado, enquanto realizava a correção da LSAS e examinava indicadores para critérios de inclusão e exclusão. Após correção, a interessada era novamente chamada a sala de atendimento individual. Caso não atendesse aos critérios de inclusão, a experimentadora informava à participante dos resultados obtidos nos instrumentos e realizava as orientações ou encaminhamentos alternativos ao cuidado na rede de saúde na região. Atendendo aos critérios de inclusão, as participantes recebiam informações sobre os objetivos, atividades, riscos e benefícios de sua participação descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Caso a aceitação de participação fosse expressa pela assinatura do TCLE, eram negociadas as condições de contato e de agendamento relativas ao procedimento de intervenção.

Após o término do Módulo 2, *Treino em Relaxamento*, foi implementada a *avaliação intermediária*. Cada participante agendava com a pesquisadora um encontro individual, fora das condições de intervenção em grupo, com duração aproximada de uma hora. Nesse encontro

as participantes respondiam aos seguintes instrumentos: 1) *Escala de Liebowitz (LSAS)*; 2) *Inventário de Severidade da Ansiedade Social* da APA; 3) e, *Inventário Beck de Ansiedade (BAI)*. Além disso, as participantes relatavam sua experiência pessoal em relação às sessões em grupo, facilidades e dificuldades. Esse encontro individual era concluído com a pesquisadora conduzindo uma prática de relaxamento (respiração profunda, relaxamento progressivo ou passivo) escolhida pela participante.

Durante a primeira, terceira, sexta e oitava sessões de implementação do protocolo de intervenção em grupo, as participantes realizavam as *avaliações das condições na sessão*. Nas sessões em grupo programadas, cada participante respondia individualmente no início da sessão ao *questionário de avaliação no início da sessão* (Anexo 7); no final da mesma sessão, as participantes respondiam ao *questionário de avaliação no final da sessão* (Anexo 8). A aplicação de cada questionário tinha uma duração aproximada de 10 minutos ou menos.

No último dia da intervenção em grupo, todas as participantes agendavam um encontro individual, que deveria acontecer na semana seguinte ao término das sessões de intervenção; nesse encontro foi realizada a *Avaliação Final*. Nesta sessão, as participantes respondiam aos mesmos instrumentos padronizados apresentados na avaliação inicial, a saber: LSAS, BAI, BDI, PROMIS 1, Escala de Severidade de Ansiedade Social, IHS e WHOQOL-Bref; foi solicitado também que as participantes respondessem ao *questionário de avaliação das condições da intervenção*. Além disso, elas podiam relatar suas experiências ao longo da intervenção, pedir esclarecimentos sobre os procedimentos e temas, ser orientada sobre como procurar cuidados terapêuticos na região, caso quisesse manter-se em terapia.

Foram previstas duas condições de avaliação de *follow-up*, sendo programadas para que ocorressem quinze dias e trinta dias após a Avaliação Final. Essas avaliações, a serem realizadas

individualmente, envolviam uma nova aplicação de alguns dos instrumentos padronizados, a saber: BAI, BDI, LSAS e *Escala de Severidade*. Ainda, era solicitado que a participante relatasse como estava sua vivência com a *ansiedade social* depois da conclusão da avaliação. A avaliação de *follow-up* quinze dias após a avaliação final foi implementada com o Grupo A, sendo que cinco das seis participantes compareceram à mesma. Quando da avaliação de *trinta dias*, as participantes descreveram muita dificuldade em comparecer a uma sessão por estarem em período de trabalhos e avaliações de final de semestre; sendo assim, os instrumentos psicodiagnósticos foram disponibilizado por recursos *online* e a troca de informação, por mensagem eletrônica, garantiu uma conversa rápida sobre as rotinas depois da conclusão do processo clínico. As participantes do Grupo B informaram, quando da *avaliação final*, que teriam dificuldades em comparecer nas duas sessões de *follow-up* presencialmente uma vez que estariam em férias acadêmicas. Desta forma, foi negociada a avaliação de *follow-up* através de contato eletrônico, acontecendo exclusivamente 30 dias depois da avaliação final. Considerando que a primeira avaliação de *follow-up* (15 dias) foi implementada apenas em um único grupo, os resultados analisados e apresentados aqui se restringem exclusivamente ao *follow-up* de 30 dias.

Protocolo de intervenção

O *Protocolo de Intervenção* previa oito encontros em grupo, com sessões semanais de duração de 1 hora e trinta minutos. Seis das doze estudantes que concordaram em participar do estudo foram designadas para o Grupo A, sendo as demais designadas para o Grupo B. A primeira atribuição para os diferentes grupos foi implementada buscando balancear os mesmos considerando o desempenho observado na *Escala de Liebowitz* (LSAS). Os dois grupos foram

submetidos aos mesmos procedimentos de intervenção e de avaliação, porém em momentos distintos: o Grupo A foi realizado durante os meses de abril e maio, e o Grupo B da segunda quinzena de maio à primeira quinzena de julho do mesmo ano. O Grupo B teve início imediatamente após a conclusão das sessões de intervenção do Grupo A. Todas as condições de intervenção e avaliação foram implementadas por uma mesma pesquisadora; todas as sessões de intervenção foram registradas em mídia digital e algumas sessões foram filmadas. A Figura 1 apresenta um diagrama que sistematiza todas as condições de intervenção e avaliação.

O protocolo de intervenção continha conteúdos em módulos similares aos desenvolvidos por Monteiro, Reis e Silva (2017), que fizeram uso de um protocolo similar para intervenção breve para tratamento de dores crônicas em servidores públicos, porém em sessões individuais. No presente protocolo as condições foram organizadas em três diferentes módulos, conforme sistematizado na Figura 1, a saber: (1) Módulo 1: *Psicoeducação sobre Ansiedade*; (2) Módulo 2: *Técnicas de relaxamento*; e, (3) Módulo 2: *Treino de Habilidades Sociais*. No Anexo 10 pode ser examinado o planejamento da intervenção, sessão a sessão, detalhando: tema, objetivo, conteúdo, material utilizado e atividades propostas.

O Módulo 1, *Psicoeducação sobre Ansiedade*, foi implementado numa única sessão e tinha como objetivo: 1) apresentar a definição ansiedade; 2) descrever elementos biológicos, comportamentais, emocionais e afetivos presentes na ansiedade e na ansiedade social; e, 3) apresentar métodos de tratamento disponíveis. Foi organizado e distribuído um folheto contendo informações sobre o tema tratado em sessão para leitura posterior (Anexo 11). A apresentação era conduzida de tal forma que as participantes pudessem tirar dúvidas e contribuir com suas experiências para exemplificar conteúdos tratados; além disso, fornecia condições que levasse as participantes, individualmente, a discriminarem alguns aspectos dos seus

ambientes (físico, social e biológico) que poderiam ser desencadeadores de episódios de ansiedade. De fato, em todas as condições da intervenção, foram reforçados comportamentos que promovessem, para cada participante, um relato mais contingente dos componentes do comportamento dito *ansio gênico* [antecedente, resposta e consequência] e seus colaterais privados [ex. indicadores de respostas fisiológicas, descrição de eventos emocionais e afetivos, entre outros]. No caso específico desse grupo a maior ênfase foi: 1) produzir uma maior discriminação de condições antecedentes e consequentes envolvendo outras agências sociais; e, 2) características e funções das respostas emitidas em condições de interação social.

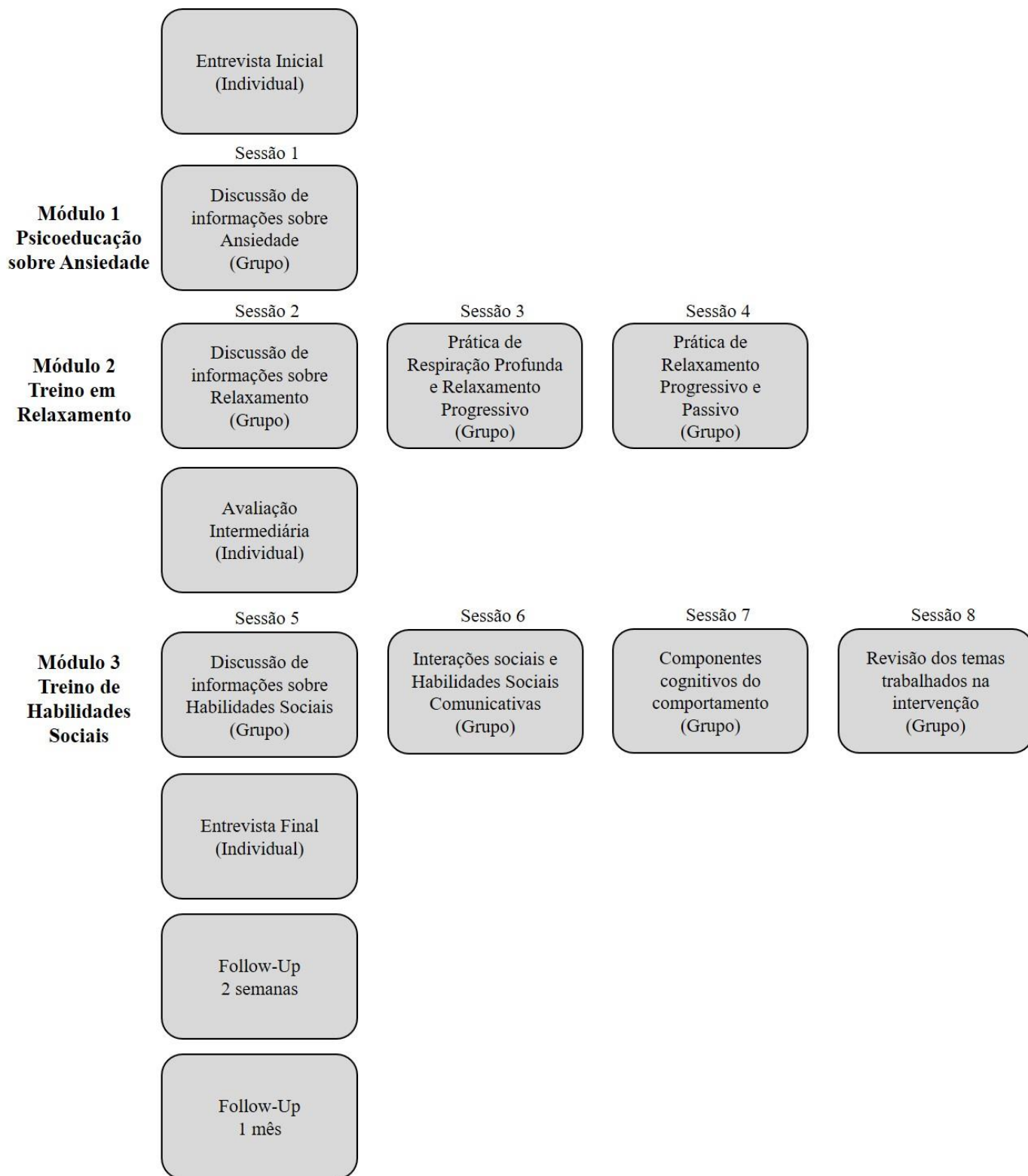


Figura 1. Esquema do protocolo do procedimento de intervenção

O *Treino em Relaxamento* (Módulo 2) foi realizado em três diferentes sessões e tinha como objetivo descrever, informar e produzir contingências de aprendizagem para diferentes estratégias de relaxamento. Os seguintes tipos de exercícios eram trabalhados: (a) *Respiração profunda ou diafragmática*; (b) *Relaxamento Progressivo*; e (c) *Relaxamento Passivo*. Nas diferentes sessões eram apresentados materiais de orientação e as atividades de relaxamento eram praticadas durante as sessões, sendo utilizado para o seu ensino técnicas de instrução verbal, modelação e reforço das respostas adequadas que ocorriam no ambiente (ex. *Vivência em grupo*, Anexo 13). Foram fornecidas instruções impressas e material audiovisual para posterior realização das técnicas de relaxamento, com atividade a ser realizada em casa (Anexos 14, 15 e 16). Durante as sessões as participantes eram incentivadas a discutirem como se sentiam realizando os exercícios, dificuldades e facilidades em realizar a tarefa nas sessões e em casa. Em nenhum momento deste módulo a terapeuta implementava intervenções relativas a temática de interações sociais, resolução de problemas ou solução de conflitos que seria introduzido no módulo posterior; a participante não era proibida de falar ou tratar de qualquer tema, porém a terapeuta apenas acolhia esses relatos, sem introduzir qualquer manejo terapêutico sobre esse conteúdo.

O *Treino de Habilidades Sociais* (Módulo 3) tinha como objetivo promover condições para o desenvolvimento de repertório que aumentasse a probabilidade de interações sociais, mantidas por contingências positivas e socialmente inclusivas; foi dado particular ênfase ao desenvolvimento de performances que facilitassem resoluções de conflitos e de problemas envolvendo outras agências sociais (ex. *Vivência sobre Assertividade*, Anexo 17). As intervenções introduziam elementos teóricos para o entendimento de alguns conceitos que seriam utilizados na capacitação (ex. assertividade, conflitos, entre outros). Os temas

desenvolvidos nessa fase intervenção foram selecionados considerando as queixas apresentadas pelas participantes, de forma tal que fosse possível discutir alternativas que atendessem condições relativas aos *déficits* apresentados pelas participantes. Através do uso de instruções, modelação, *role play* e vivências no setting terapêutico, a terapeuta buscava: 1) desenvolver respostas socialmente adequadas; 2) sob controle de antecedentes socialmente mais apropriados; e, 3) identificando as consequências que poderiam estar mantendo o atual comportamento, levando as participantes identificarem mais apropriadamente as contingências em operação. Além dos componentes públicos das contingências, foram também propostas atividades para a identificação de colaterais emocionais e afetivos privados, relativos as contingências em operação (ex., ansiedade, medo, estresse, raiva, frustração, entre outros); foi discutido em particular o efeito de contingências aversivas sociais em processos denominados como “autoestima”, “autoconfiança”, “autoimagem”, entre outros. Atividades práticas delineadas para serem realizadas na sessão e durante a semana, foram propostas com o objetivo de levar a participante a se expor a diferentes interações sociais; as condições escolhidas como prioritárias (ex. sair com amigos, conversar com orientador, entre outras) eram discutidas em sessão, selecionadas considerando sua ocorrência na vida de cada participante e com maior probabilidade de ocorrência no seu dia a dia; todas as tarefas tinham como objetivo colocar a participante em condições de exposição a situações temidas, porém importantes para o seu exercício social diário.

Procedimentos para análise dos Resultados

Os inventários e escalas padronizadas foram corrigidas e pontuadas considerando as orientações gerais observados nos manuais ou artigos de orientação. Os resultados dos grupos foram apresentados separadamente, mesmo com resultados muito parecidos; essa forma de

apresentação foi priorizada com o objetivo de deixar mais claro a replicabilidade dos procedimentos e resultados observados. Eventualmente, ao longo do trabalho, quando análises mostraram não existir diferenças significativas entre os grupos, foram implementadas e sistematizadas análises e apresentações de dados considerando todas as participantes de ambos os grupos, em conjunto.

Análises estatísticas, descritivas e inferenciais, foram realizadas utilizando o *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), versão 22.0. Análises estatísticas não-paramétricas foram implementadas para identificar a significância das diferenças observadas. A correlação de Spearman foi utilizada para descrever relações bivariantes significativas entre as variáveis. Para identificar as diferenças entre os dois grupos, numa mesma condição, foi utilizado *Teste Mann-Whitney* (U); na comparação de um mesmo grupo, em diferentes condições de avaliação foram utilizados: *Wilcoxon* (comparação entre duas avaliações) ou *Friedman* (comparação considerando mais de duas condições). Para todas as análises estatística foram descritos resultados em *two-tailed*, com significância maior que 0,05. Para investigar as *evidências de significância clínica* dos resultados foi utilizado o Método JT de análise. Os conteúdos registrados em dispositivos digitais foram transcritos, mas, seus resultados não foram sistematizados para apresentação no presente estudo.

RESULTADOS

A Tabela 4 apresenta a frequência e porcentagem da presença das participantes, nas sete sessões de intervenção, para ambos os grupos. Apresenta, ainda, a estimativa do quanto cada participante aplicou os temas e estratégias apresentadas na intervenção na semana (informado no instrumento de avaliação da sessão); e, uma estimativa da terapeuta da realização das

atividades propostas para casa. As participantes de cada grupo foram organizadas em ordem decrescente de frequência nas sessões de intervenção; no caso de empate, foi considerado a indicação de aplicação do conteúdo da sessão durante a semana nas duas avaliações realizadas. Podemos observar que 9 dos 12 participantes apresentaram duas faltas ou menos durante a intervenção.

Tabela 4 - *Frequência e porcentagem de presença nas sessões de intervenção, para todas as participantes. Autoavaliação da aplicação do conteúdo da semana anterior durante a semana e avaliação do terapeuta com relação a realização das atividades atribuídas para casa.*

Participante	Presença		Aplicou na semana		Atividades casa	
	Frequência	%	Relaxamento	HS	Relaxamento	HS
Grupo A						
Luiza	7	89	8	8	8	10
Yasmin	7	89	3	10	7	10
Sofia	7	89	1	2	5	7
Jaqueline	6	78	8	8	8	8
Thais	6	78	5	8	7	10
Priscila ¹	2	33	3	*	5	*
Grupo B						
Marcela	7	89	8	9	8	10
Branca	7	89	8	7	7	8
Callie	6	78	7	7	6	8
Andreia	6	78	7	7	7	7
Lara	4	56	8	5	7	7
Fernanda ²	2	33	6	*	6	*

¹ Não avisou que deixaria a intervenção; deixou de responder aos contatos respondeu aos contatos

² Uma falta nos dois primeiros módulos; avisou que não poderia continuar.

Ainda na Tabela 4, podemos observar que no *Módulo de Relaxamento* sete das doze participantes (58,3%) indicaram um escore de 7 ou mais na realização do conteúdo, sendo que 8 desses (66,7%) tiveram um escores de 7 ou mais na realização das atividades propostas em casa. No *Módulo de Habilidades Sociais* oito das dez participantes (80%) indicaram que haviam

aplicado o conteúdo na semana, sendo que todas receberam um escore de 7 ou mais na realização das atividades propostas em casa. Comparação estatística não paramétrica (Mann-Whitney) mostrou que o Grupo A e o Grupo B não apresentaram diferenças significativas em quaisquer dessas medidas, a saber: a) frequência: $z = -0,594$, $p < 0,589$; b) porcentagem: $z = -0,594$, $p < 0,589$; c) aplica conteúdo do módulo Relaxamento: $z = -1,500$, $p < 0,180$; d) aplica conteúdo do módulo Habilidades Sociais: $z = -0,964$, $p < 0,421$; e) realização atividades de casa relaxamento: $z = 0,000$, $p < 1,000$; e, f) realização atividades de casa módulo HS: $z = -1,107$, $p < 0,310$.

A) Análises das avaliações nas medidas padronizadas

Indicadores Ansiedade Social

A Tabela 5 apresenta os escores totais apresentados por todas as participantes, de ambos os grupos, nas três avaliações previstas (Inicial, intermediária e final) e no *follow-up*. Examinando os escores obtidos na avaliação *inicial* da Escala Liebowitz podemos observar que 11 das 12 participantes apresentaram escores indicadores de ansiedade social generalizada *grave* (Grupo A: todas participantes; Grupo B: Callie, Branca e Fernanda) ou *muito grave* (Grupo B: Marcela e Andreia). Para a mesma avaliação inicial, quando consideramos os escores da *Severidade Social* podemos observar que 11 das 12 participantes também apresentaram escores de indicadores de ansiedade social *extrema* (Grupo A: Thais, Yasmin; Grupo B: Marcela, Callie e Andreia) ou *grave* (Grupo A: Jaqueline, Luiza, Sofia e Priscila; Grupo B: Fernanda e Branca). Somente a participante Lara, do Grupo B, apresentou indicador de ansiedade social *moderada* para ambas medidas.

Tabela 5 - Escores total da Escala Liebowitz e da Escala de Severidade de Ansiedade Social, para todas as participantes de ambos os grupos, nas três avaliações previstas (Inicial, Intermediária e Final) e no follow-up. (O sombreado destaca escores indicadores de Fobia Social Grave ou Muito Grave na Escala Liebowitz e Grave e Extrema na Escala da APA)

Participante	Escala Liebowitz				APA Severidade FS			
	Inicial	Inter.	Final	FUp	Inicial	Inter.	Final	FUp
Grupo A								
Luiza	90	62	24	23	3,5	3,0	2,2	1,5
Yasmin	83	36	16	25	4,7	3,1	1,2	1,2
Sofia	96	74	59	60	3,4	2,1	2,2	2,2
Jaqueline	88	44	30	7	2,8	2,3	1,2	1,0
Thais	96	84	44	23	3,7	3,0	2,4	1,6
Priscila	89	86	*	*	2,9	3,0	*	*
Grupo B								
Marcela	100	68	60	36	4,1	3,4	1,9	2,0
Branca	85	34	30	9	3,5	1,7	1,7	1,2
Callie	92	69	46	42	4,0	4,0	2,2	2,2
Andreia	100	84	23	*	4,2	2,5	1,3	*
Lara	58	51	37	*	2,5	2,0	1,3	*
Fernanda	88	77	*	*	3,3	3,6	*	*

*Não respondeu ou respondeu parcialmente aos instrumentos apresentados.

Examinando os escores da avaliação *intermediaria*, implementada imediatamente após a conclusão do *Módulo de Relaxamento*, ainda na Tabela 5, podemos observar para a Escala de Liebowitz que todas as participantes apresentaram um decréscimo nos valores de escores, sendo que para nove das 12 participantes essa redução representou uma mudança significativa nos indicadores da *ansiedade social*. Quatro passaram a apresentar escores indicativos de ansiedade social circunscrita *leve* (Grupo A: Jaqueline e Yasmin; Grupo B: Branca e Lara); uma apresentou indicador de ansiedade *moderada* (Grupo A: Luiza); quatro escores indicaram ansiedade generalizada *grave* (Grupo A: Sofia; Grupo B: Marcela, Callie, e Fernanda). Uma participante teve redução de ansiedade *muito grave* para *grave* (Grupo B: Andreia) e duas mantiveram escores indicando ansiedade *grave*. Nenhuma participante apresentou, nessa fase

da avaliação, escore indicativo de ansiedade social *muito grave*. No instrumento de *Severidade* foram observadas redução em 10 dos 12 escores, sendo que sete desses representaram uma redução clinicamente significativa; duas participantes passaram a apresentar indicador de ansiedade social *moderada* (Grupo A: Sofia; Grupo B: Branca) e quatro indicadores de ansiedade Grave (Grupo A: Thais, Yasmin; Grupo B: Marcela e Andreia). Cinco participantes mantiveram escores indicativos de ansiedade similar ao da avaliação inicial, a saber: 1) *moderada* (Grupo B: Lara); 2) *grave* (Grupo A: Luiza e Priscila; Grupo B: Fernanda); e, *extrema* (Grupo B: Callie).

Na Tabela 5 vemos, ainda, que 10 das 12 participantes compareceram à avaliação *final* que seguiu imediatamente o final da intervenção para o desenvolvimento do repertório de *Habilidades Sociais*. Nessa avaliação nenhuma participante apresentou escores indicativos de ansiedade social *grave*, *muito grave* ou *extrema*, em quaisquer dos instrumentos utilizados. Na Escala Liebowitz, cinco das 10 participantes apresentaram escores de ansiedade social *mínima*, típica do funcionamento usual sem relevância clínica (Grupo A: Jaqueline, Luiza, Yasmin; Grupo B: Branca e Andreia); três apresentaram escores de ansiedade social circunscrita *leve* (Grupo A: Thais; Grupo B: Callie e Lara); e duas apresentaram escores de ansiedade *moderada* (Grupo A: Sofia; Grupo B: Marcela). Na mesma fase, analisando os escores da Escala de *Severidade*, observamos que três participantes apresentaram escores de ansiedade social *leve* (Grupo A: Jaqueline e Yasmin; Grupo B: Andreia); todas as demais apresentaram indicadores de ansiedade *moderada*.

A Figura 2 apresenta a média e desvio padrão dos escores totais obtidos na *Escala de Fobia Social de Liebowitz* (LSAS) e na *Escala de Severidade* (Linha a), para os dois grupos, em todas as avaliações. Podemos examinar, os escores médios e desvio padrão nas diversas

subescalas que compõem a LSAS, a saber: 1) a ansiedade e a evitação considerando todos os itens (linha b); a ansiedade e a evitação nos itens de desempenho (linha c); e, a ansiedade e evitação naqueles de interação social (linha d).

Examinando o desempenho de um mesmo grupo podemos observar que os escores médios apresentam uma visível tendência decrescente nas sucessivas avaliações, em todos os escores observados nas escalas e subescalas. Por exemplo, a média do escore total da LSAS, que o Grupo A apresentou 90,3 na avaliação inicial, escore médio de 64,3 na intermediária e, na final o escore foi de 34,6; a queda no escore continuou a ser observada no *follow-up*, com o valor de 27,6. Essa queda dos escores foi observada, a cada avaliação, para todas as medidas apresentadas, em ambos os grupos.

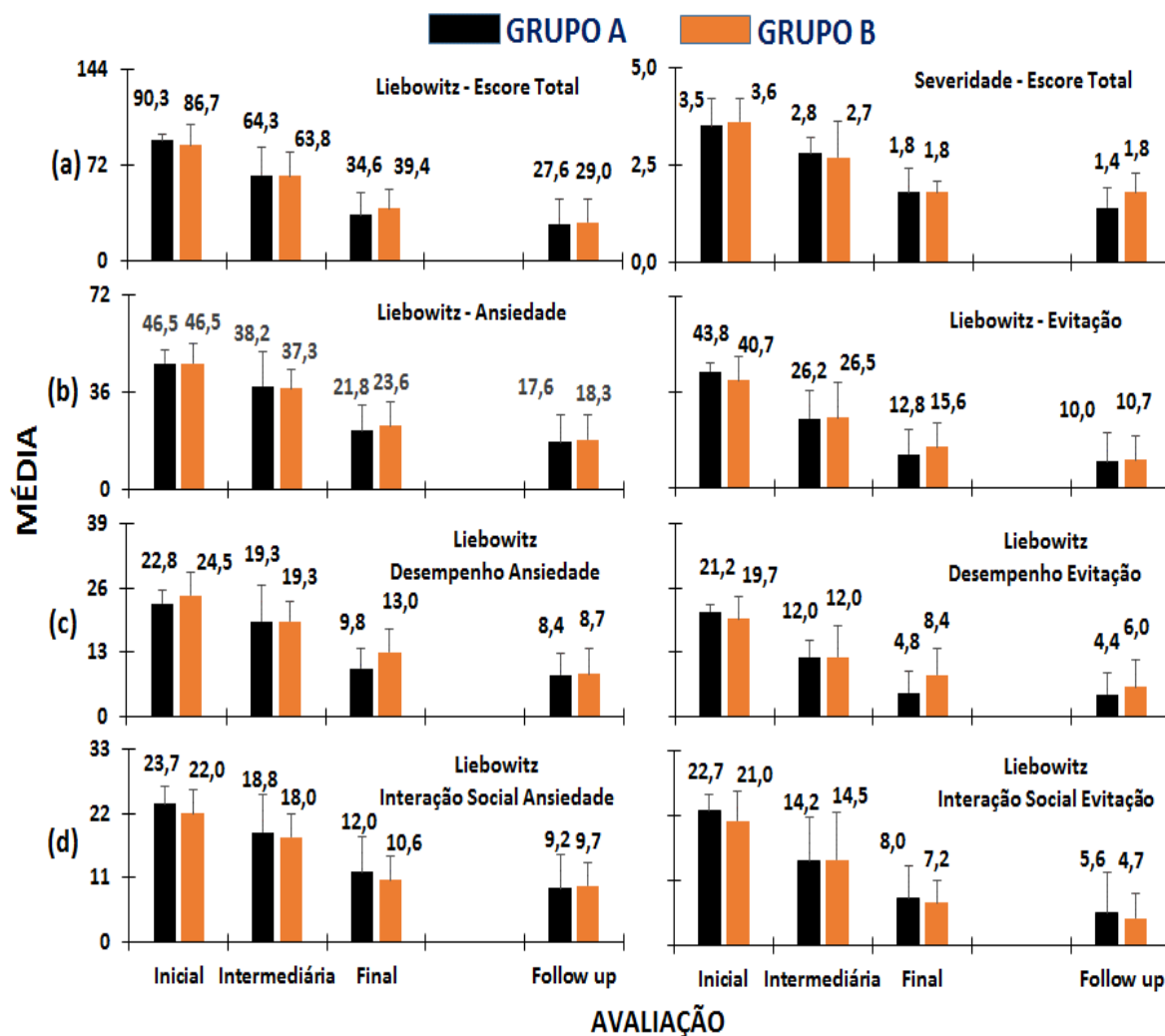


Figura 2 - Média e desvio padrão dos escores totais obtidos na *Escala de Fobia Social de Liebowitz* e na *Escala de Severidade de Fobia Social* (Linha a) para os dois grupos, em todas as avaliações implementadas. Vemos, ainda, média e desvio padrão nas diversas subescalas da LSAS [Ansiedade e Evitação, Linha b; Ansiedade e Evitação nos itens de desempenho, Linha c; Ansiedade e Evitação nos itens de interação social, Linha d].

Uma análise estatística não-paramétrica foi utilizada para comparar as diferenças observadas, para ambos os grupos. A Tabela 6 sumariza os resultados dessa análise, para ambos os grupos.

Tabela 6 - Indicadores de significância obtidos na comparação em diferentes avaliações, nos dois grupos, utilizando análise não-paramétrica de Friedman.

	Friedman (gl 3)	Pares com diferença significativa	
LSAS Escore total			
Grupo A	t=13,560, p<0,004	Inicial vs final	t= 2,939 p< 0,020
		Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 3,184 p< 0,009
Grupo B	t=15,000, p<0,002	Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 3,674, p<0,001
LSAS Ansiedade			
Grupo A	t=14,020, p<0,003	Inicial vs final	t= 2,817, p<0,029
		Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 3,307, p<0,006
Grupo B	t=8,793, p<0,032	Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 2,833, p<0,043
LSAS Evitação			
Grupo A	t=13,560, p<0,004	Inicial vs final	t= 2,939, p<0,020
		Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 3,184, p<0,009
Grupo B	t= 8,200, p<0,042	Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 2,846, p<0,027
LSAS Ansiedade desempenho			
Grupo A	t=13,080, p<0,004	Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 3,184, p<0,009
Grupo B	t= 8,200, p<0,042	Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 2,214, p<0,050
Ansiedade interação social			
Grupo A	t= 13,560, p<0,004	Inicial vs final	t= 2,239, p<0,020
Grupo B	t= 7,000, p<0,072	Inicial vs <i>follow-up</i>	t= 3,184, p<0,009
Evitação Desempenho			
Grupo A	t= 14,020, p<0,003	Inicial vs final	t=2,817, p<0,029
		Inicial vs <i>follow-up</i>	t=3,307, p<0,006
Grupo B	t=8,786, p<0,032	Inicial vs <i>follow-up</i>	t=2,846, p<0,027
Evitação Interação social			
Grupo A	t=12,319, p<0,006	Inicial vs final	t=2,694, p<0,042
Grupo B	t=7,759, p<0,051	Inicial vs <i>follow-up</i>	t=2,817, p<0,029
Severidade			
Grupo A	t=11,625 p<0,009	Inicial vs follow-up	t = 3,184, p<0,009
Grupo B	t=7,444 p<0,059		

Podemos observar que para o Grupo A foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Nesse grupo o decréscimo observado entre os valores da avaliação inicial e o *follow-up* se mostrou estatisticamente significativo para todos os escores observados em todas as escalas e subescalas, com significância variando de 0,006 a 0,029; a diferença entre a avaliação inicial e a final foi representativa para os escores observados nos escores totais da

LSAS e da Severidade, nas subescala de evitação total, nas de evitação de desempenho e de interação social (significância variando de 0,020 a 0,042). No Grupo B as diferenças foram significativas quando comparando os escores iniciais e *follow-up* exceto nos escores totais da escala de severidade e nas subescalas de ansiedade e evitação nos itens de interação social do Grupo B; nas escalas com diferença significativa os valores de *p* variou de 0,001 até 0,050; apesar do decréscimo visível, para esse grupo separadamente as diferenças observadas entre os escores iniciais e finais não se mostraram estatisticamente significativas.

A comparação no desempenho dos dois grupos numa mesma condição mostrou que nenhuma diferença estatisticamente relevante foi observada tanto nos escores da Escala Liebowitz [inicial: $z = 0,080$, $p < 1,000$; intermediária: $z = -0,241$, $p < 0,818$; final: $z = 0,629$, $p < 0,548$; *follow-up*: $z = -0,183$, $p < 0,931$], quanto naqueles observados na Escala de Severidade [inicial: $z = 0,401$, $p < 0,699$; intermediária: $z = 0,323$, $p < 0,818$; final: $z = -0,319$; $p < 0,841$; *follow-up*: $z = 0,754$, $p < 0,571$]. Considerando que os grupos A e B apresentavam escores similares nas diferentes condições, comparação entre as diversas avaliações, a análise não-paramétrica de Friedmann foi implementada incluindo todas as participantes e seu resultado encontra-se disponibilizado na Figura 3.

Na Figura 3 podemos observar o resultado geral da análise de variância por rank implementada e a representação da comparação entre os escores obtidos nas diferentes avaliações, considerando a totalidade das participantes naquela condição. Por exemplo, podemos observar na primeira linha de representações (a) a comparação entre os escores totais da Escala de Liebowitz (à esquerda) e da Escala de Severidade (à direita). Examinando os resultados para os escores totais de Liebowitz podemos observar uma diferença significativa nas avaliações implementadas [$\chi^2 (3) = 28,080$, $p < p,000$]. As linhas escuras indicam relações

não significativas e as claras aquelas que seriam estatisticamente relevantes; sendo assim, podemos observar que o rank na avaliação intermediária (3,00) não foi significativamente diferente da inicial (4,00) ou da final (1,80). No entanto, foram representativas as mudanças observadas entre a avaliação inicial e a final ($p < 0,001$), a inicial e o *follow-up* ($p < 0,001$), a intermediária e o *follow-up* ($p < 0,011$). Todas as análises de variância nas comparações das escalas e subescalas mostraram diferenças estatisticamente significativas. Em todos os casos a avaliação final se mostrou representativamente menor do que a *inicial* e o *follow-up*. A comparação entre as avaliações intermediárias e *follow-up* mostrou-se significativa considerando o *escore total da Escala de Liebowitz* (linha a, esquerda, $p < 0,011$); essa diferença foi particularmente identificada na subescala de *ansiedade* (linha b, esquerda, $p < 0,040$), em especial na *ansiedade nos itens de desempenho* (linha c, esquerda, $p < 0,006$).

Os valores obtidos nos escores das subescalas de ansiedade e de evitação, nos itens de desempenho e de interação social, foram analisados individualmente para cada uma das participantes, de ambos os grupos. Para cada um dos escores obtidos foi calculado a proporção que o mesmo representaria do escore máximo possível naquele item; os valores obtidos nessa análise estão apresentados na Figura 3.

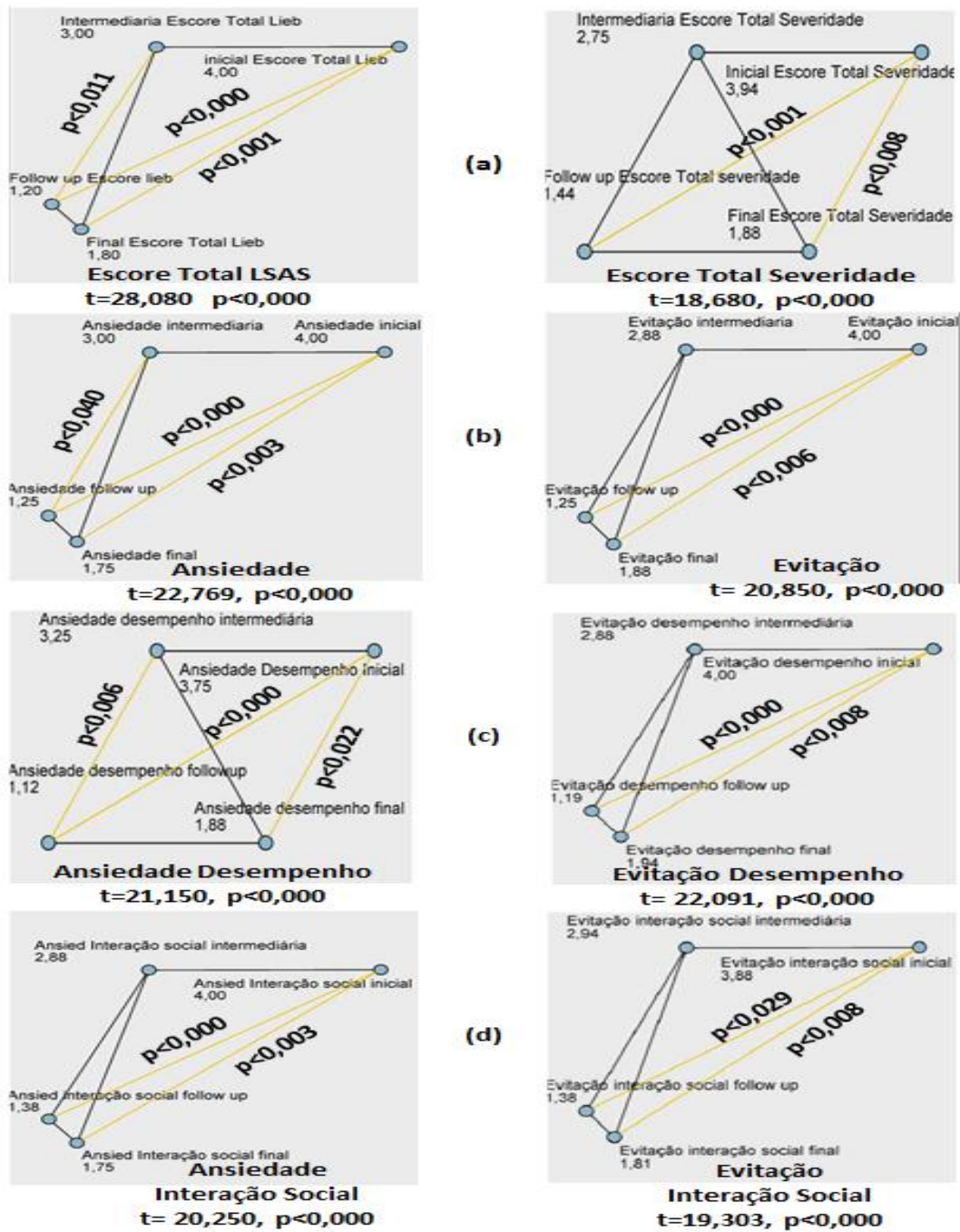
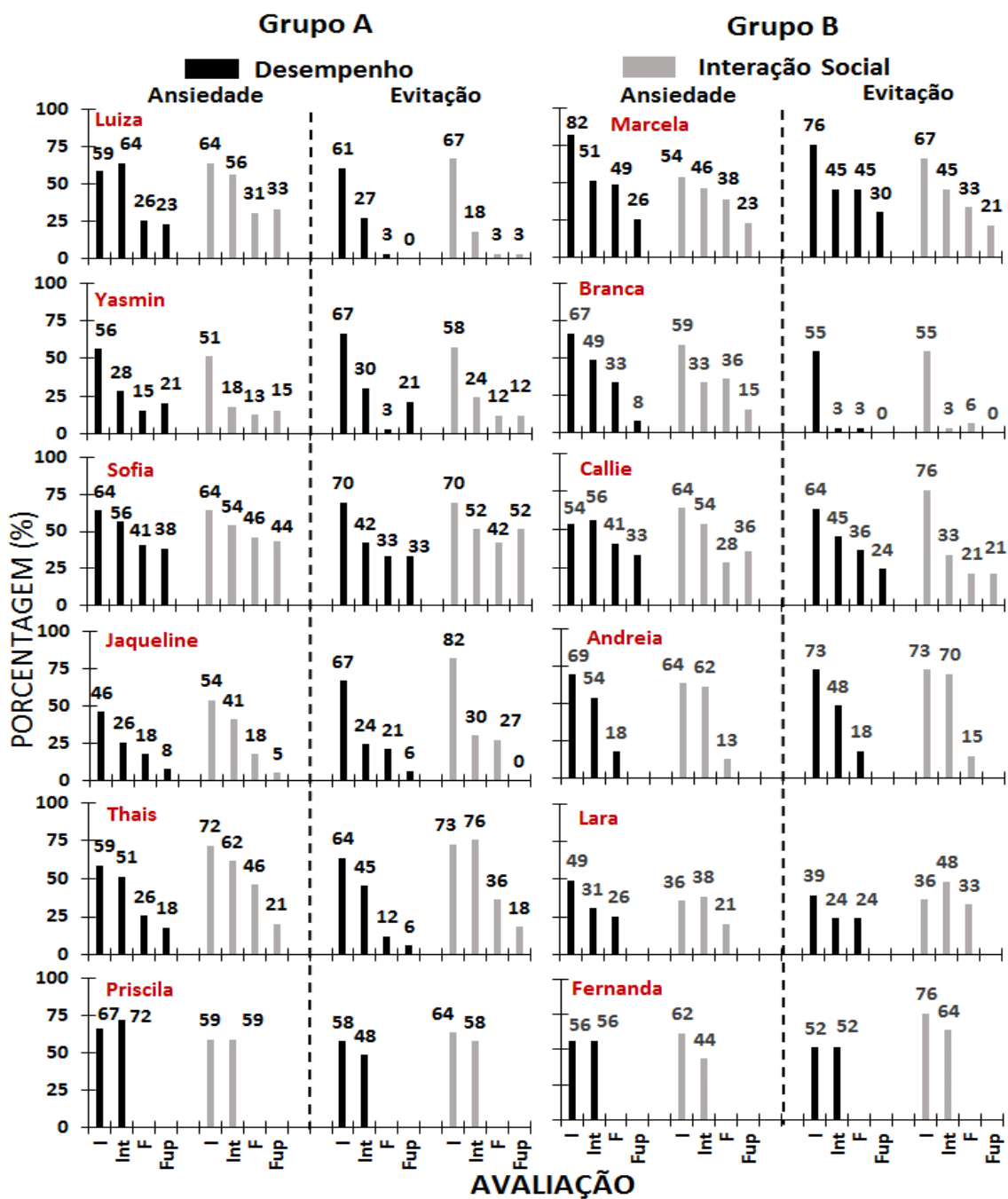


Figura 3 - Comparação das diferentes avaliações na análise não-paramétrica de Friedman, considerando os resultados de todas as participantes, de ambos os grupos. Apresentando o rank médio e as diferenças estatisticamente significativas nas diversas avaliações: escores finais da LSAS e da Severidade (linha a); subescalas de ansiedade e de evitação (linha b); a ansiedade e evitação nos itens de desempenho (linha c) e ansiedade e evitação naqueles de interação social.

A Figura 4 apresenta a porcentagem do escores obtidos na autoavaliação da ansiedade e da evitação, nos itens de desempenho e de interação social da Escala de Liebowitz. A primeira coluna apresenta os resultados de todas as participantes do Grupo A; a segunda coluna aqueles do Grupo B. Para cada participante, a área a esquerda da linha pontilhada apresenta os valores de *ansiedade* atribuído aos itens de *desempenho* (colunas escuras) e de *interação social* (colunas cinzas); a área a direita da linha pontilhada apresenta a estimativa de *evitação* atribuída aos itens de *desempenho* (colunas escuras) e de *interação social* (colunas cinzas), para cada uma das avaliações [inicial (I); intermediária (Int); final (F); e, *follow-up* (Fup)].

Por exemplo, na Figura 4 podemos observar na primeira linha e na primeira coluna os resultados da participante *Luiza*, do Grupo A. Essa participante indica na avaliação inicial, referente a *ansiedade* nos itens de *desempenho*, um escore de 59% do total possível; a ansiedade aumenta em 5% na avaliação intermediária (64%), apresenta um decréscimo de 38% após o *Módulo de Habilidades Sociais* (26%) e uma proporção menor no *follow-up* (23%). A *evitação* atribuída aos itens de *desempenho* foi inicialmente de 61%; na avaliação intermediária, seguindo o *Módulo de Relaxamento*, esse valor caiu para 27% (decrécimo de 34% da estimativa anterior); a evitação dos itens de *desempenho* caiu para 3% na avaliação que segue o *Módulo de Habilidades Sociais* (final), sendo indicada como não ocorrendo (0%) no *follow-up*. Análise similar pode ser feita com relação aos itens de Interação Social.



Legenda: I=Inicial; Int=Intermediária; F=Final; Fup=Follow-up.

Figura 4 - Porcentagem dos escores atribuídos a *ansiedade* e a *evitação* para os itens de *Desempenho* e de *Interação Social* na Escala de Liebowitz, para todas as participantes de ambos os grupos, nas diferentes avaliações.

Sendo assim, na Figura 4, examinando a diferença de escores de *ansiedade nos itens de desempenho*, entre a avaliação intermediária e inicial, podemos observar que três participantes apresentam aumento nesses escores (Grupo A: Luzia e Priscila; Grupo B: Callie) e uma participante mantém o mesmo escore (Grupo B: Fernanda); todas as demais participantes apresentam algum decréscimo na segunda avaliação, sendo que três dessas oito apresentam um decréscimo de 20% ou mais (Grupo A: Yasmin e Jaqueline; Grupo B: Marcela). Nas mesmas condições de avaliação, considerando a *ansiedade nos itens de interação social*, podemos observar que uma participante apresenta um aumento na porcentagem (Grupo B: Lara, 2% a mais) e uma mantém o escore inicial (Grupo A: Priscila). Todas as demais apresentam decréscimo relativo a avaliação inicial, com duas delas apresentando um decréscimo de 20% ou mais (Grupo A: Yasmin; Grupo B: Branca). Todas que participaram da avaliação final apresentaram decréscimo no escores de *ansiedade nos itens de desempenho* e de *interação social*, quando comparados com aqueles da avaliação inicial, com uma queda de 20% ou mais. Examinando os escores referentes a *evitação nos itens de desempenho*, podemos observar que cinco das seis participantes apresentaram escores menores na avaliação intermediária do que aquele na avaliação inicial (exceto Thais); além disso, todas aquelas que realizaram a avaliação final e/ou *follow-up* apresentaram escores visivelmente menores nessas avaliações do que aqueles observados na inicial. O decréscimo da *evitação na interação social* também foi visivelmente notada entre a avaliação inicial e a final. Desta forma, o desempenho individual replicou para a tendência observada nos dados médios dos grupos.

Habilidades Sociais

A Tabela 7 apresenta os resultados dos escores totais, percentil e interpretação no Inventário de Habilidades Sociais (IHS) para todas as participantes, de ambos os grupos, na

avaliação inicial e na avaliação final. Podemos examinar, ainda, a média, desvio padrão e mediana dos escores totais para ambos os grupos, nas duas avaliações. Na avaliação inicial, nove das 12 participantes apresentavam escores indicadores de necessidade de treinamento (Grupo A: Luiza, Yasmin, Sofia, Jaqueline e Thais; Grupo B: Marcela, Branca, Callie e Fernanda), indicando *déficits* em repertórios que potencialmente podem se tornar fonte de problemas em interações sociais; as demais (Priscila, Andreia e Lara) apresentaram bom repertório, porém abaixo da média.

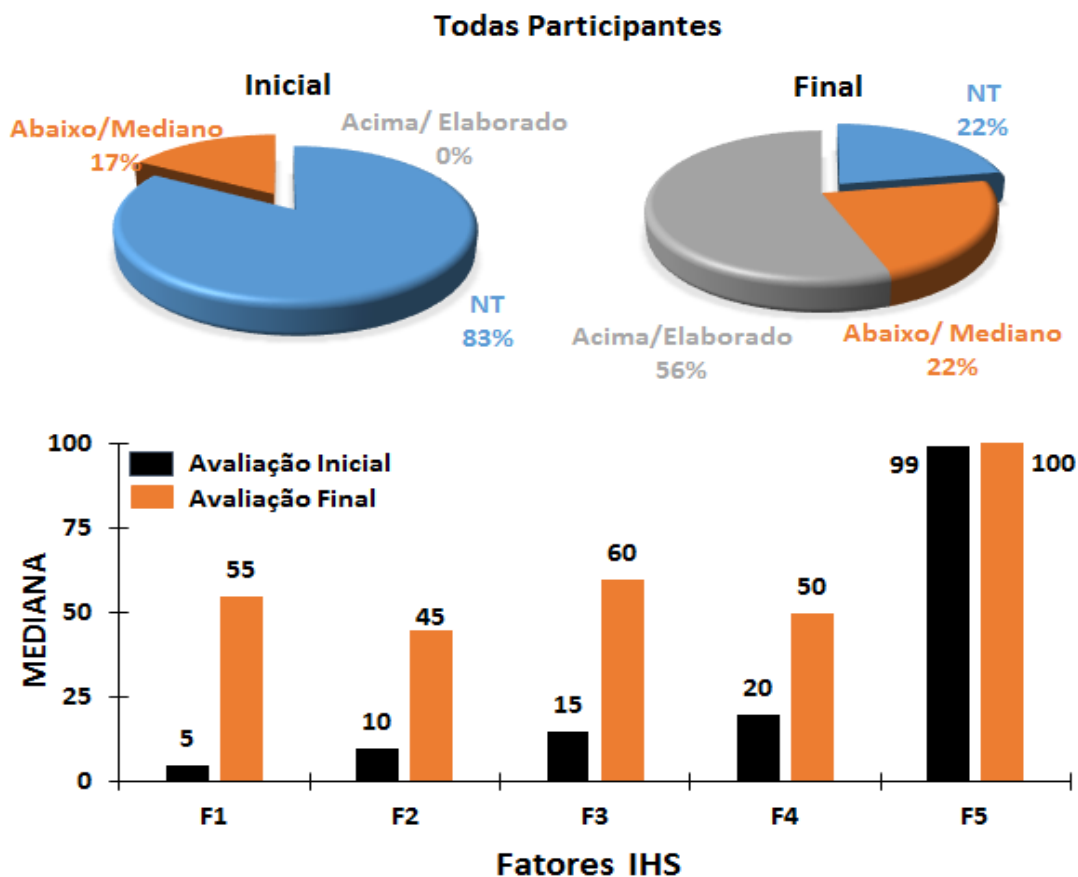
Tabela 7 - Escores total, percentil e interpretação no Inventário de Habilidades Sociais (IHS) nas avaliações inicial e final, de todas as participantes, para ambos os grupos.

Participante	Inicial			Final		
	Escore	Percentil	Interpretação	Escore	Percentil	Interpretação
Grupo A						
Luiza	38	1	NT	67	3	NT
Yasmin	56	3	NT	104	80	Elaborado
Sofia	63	5	NT	71	10	NT
Jaqueline	49	1	NT	98	65	Bom acima
Thais	68	10	NT	99	70	Bom acima
Priscila	82	30	Bom abaixo	*	*	*
Média	60,7			86,2		
DP	16,0			19,5		
Mediana	62,0			98,0		
Grupo B						
Marcela	80	20	NT	99	70	Bom acima
Branca	55	3	NT	89	45	Bom abaixo
Callie	67	3	NT	89	45	Bom abaixo
Lara	82	30	Bom abaixo	97	60	Bom acima
Andreia	80	20	NT	*	*	*
Fernanda	66	5	NT	*	*	*
Média	71,7			93,3		
DP	10,8			5,3		
Mediana	73,5			93,0		

Legenda: NT=Necessidade de treinamento; * Não responderam instrumento.

Ainda na Tabela 7, vemos na avaliação final que todas as participantes apresentaram escores maiores do que aqueles observados na avaliação inicial; seis das nove que responderam ao instrumento na avaliação final saíram da condição de *necessidade de treinamento em habilidade social* (NT) para: 1) *bom repertório abaixo da média* (Grupo B: Branca e Callie); 2) *bom repertório acima da média* (Grupo A: Jaqueline, Thais; Grupo B: Marcela e Lara); e, 3) *repertório bastante elaborado* (Grupo A: Yasmin). Os escores na avaliação final se mostraram significativamente maiores do que aqueles observados na avaliação final (Wilcoxon: $z = -2,666$, $p < 0,008$). Ao serem comparados os resultados de ambos os grupos (Grupo A vs Grupo B) numa mesma condição não foram observadas diferenças significativas [Mann-Whitney: *Inicial* ($z = -1,205$, $p < 0,240$); *Final* ($z = 0,902$, $p < 0,905$)].

Na Figura 5 podemos verificar a distribuição considerando as participantes em conjunto, disponibilizada na representação superior em pizza, na avaliação inicial e final. Observamos que 83% das participantes, na avaliação inicial, apresentavam necessidade de capacitação em habilidades sociais; nenhuma delas apresentava escores acima da *média ou elaborado*. Na avaliação final, vemos que 22% mantêm a necessidade de capacitação adicional em habilidades sociais; 56% apresentaram escores equivalente a repertório *acima da média ou elaborado*.



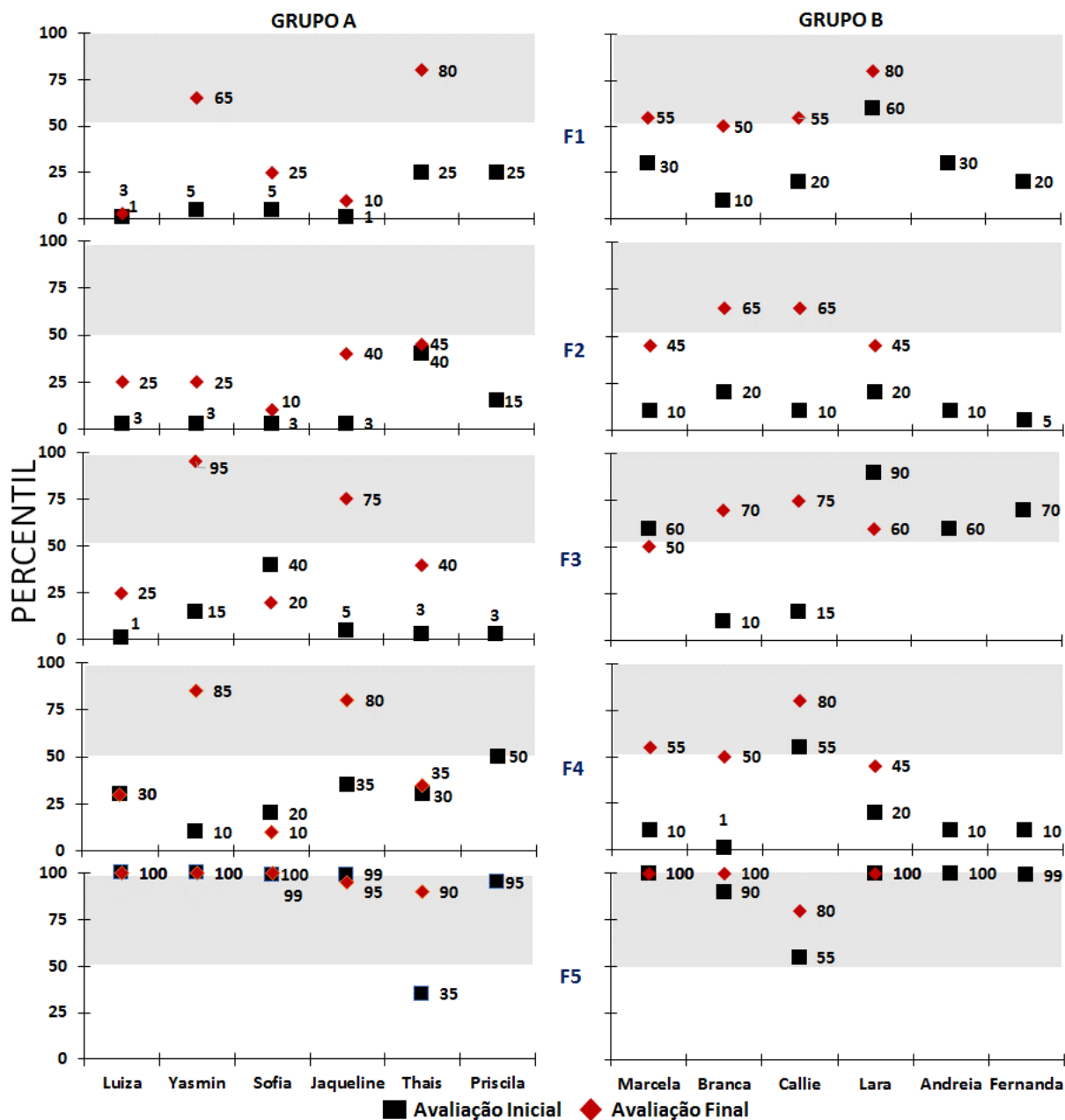
Legenda: NT= Necessidade de treinamento; F1= Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2= Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3= Conversação e desenvoltura social; F4= Auto-exposição a desconhecidos e situações novas; F5= Autocontrole da agressividade.

Figura 5 - Distribuição de todas as participantes (superior) nos diferentes níveis das categorias do repertório social do Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Mediana do percentil para cada um dos fatores componentes do IHS (inferior), para todas as participantes, nas avaliações inicial e final.

Vemos, ainda na Figura 5, a mediana dos percentis para os cinco fatores que compõem o inventário (representação inferior), também para todas participantes nas avaliações inicial e final. Na avaliação inicial, quatro fatores apresentaram escores medianos abaixo de 25%; esses fatores apresentaram um aumento representativo na avaliação final, a saber: 1) *Enfretamento e autoafirmação com risco* (F1: $z = -2,670$, $p < 0,008$); *autoafirmação na expressão de sentimento*

positivo (F2: $z = -2,670$, $p < 0,008$); *conversação e desenvoltura social* (F3: $z = -1,962$, $p < 0,050$); e, *autoexposição a desconhecidos e situações novas* (F4: $z = -2,173$, $p < 0,030$). O fator 5 recebeu valor mediano alto nas duas avaliações, sem diferença representativa ($z = -1,892$, $p < 0,058$).

A Figura 6 indica o percentil de cada uma das participantes, do Grupo A (coluna à esquerda) e Grupo B (coluna à direita), nas avaliações inicial e final. O sombreado destaca a área de percentis relativos a repertório *acima da média* ou *bastante elaborado*. Por exemplo, vemos na primeira linha os percentis de todas as participantes referentes ao fator 1 (F1). Examinando os resultados para o Grupo A (esquerda), observamos que todas as participantes apresentaram escores iguais ou inferiores a 25% na avaliação inicial, com valores variando de 1% (Luiza) a 25% (Thais e Priscila); na avaliação final, entretanto, houve um aumento nos escores para todas as participantes que responderam ao instrumento, com escores variando de 3% (Luiza) a 80% (Thais). No Grupo B, os escores na avaliação final também foram mais altos [variando de 50% (Branca) a 80% (Lara)] do que aqueles observados na avaliação inicial [variou de 10% (Branca) a 30% (Marcela e Andreia)]. Essa tendênciade crescimento na segunda avaliação pode ser observada para quase todas as participantes, para todos os fatores examinados. O fator 5 recebeu valores relativamente altos, na avaliação inicial, com somente duas participantes apresentam percentil igual ou inferior a 55% [Grupo A: Thais, 35%; Grupo B: Callie, 55%]; todas as demais participantes, de ambos os grupos apresentam percentil de repertório elaborado, variando de 95% a 100%. Na *avaliação final*, os percentis se mantêm altos, sendo que agora o menor percentil identificado foi de 80% (Grupo B: Callie).



Legenda: F1= Enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2= Auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3= Conversação e desenvoltura social; F4= Auto-exposição a desconhecidos e situações novas; F5= Autocontrole da agressividade.

Figura 6 - Percentil observado para cada participante do Grupo A (Esquerda) e Grupo B (Direita), nos cinco fatores do *Inventário de Habilidade Sociais* (IHS), nas avaliações inicial e final. (O sombreado destaca percentis relativos a repertório social *acima da média* ou *bastante elaborado*)

Considerando os resultados dos dois grupos apresentados na Figura 6, durante a *avaliação inicial*, não foram observadas diferenças significativas para quatro dos cinco fatores [Mann-Whitney, *Inicial*: F1 ($z = 1,854$, $p < 0,065$); F2 ($z = 1,292$, $p < 0,240$); F4 ($z = -1,472$, $p < 0,180$); F5 ($z = 0,082$, $p < 1,000$)]; o Grupo B apresentou escores significativamente maiores que o Grupo A no fator 3 [F3: $z = 2,012$, $p < 0,041$]. Ao compararmos os dois grupos na avaliação final, não foi possível identificar diferenças estatisticamente relevantes [Mann-Whitney, *Final*: F1 ($z = 0,124$, $p < 1,000$); F2 ($z = 1,251$, $p < 0,286$); F3 ($z = 0,614$, $p < 0,556$); F4 ($z = 0,618$, $p < 0,556$); F5 ($z = 0,626$, $p < 0,556$)].

A Figura 7 apresenta a média e desvio padrão da porcentagem dos escores obtidos na avaliação *inicial* e *final*, para todas as participantes em conjunto, considerando o contexto onde ocorreria (a) e a natureza da relação social (b) do repertório estimado, por meio de uma análise específica do Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os escores observados na avaliação final foram significativamente maiores, tanto no repertório em contexto *público* (49,1%; Wilcoxon, $z = -2,524$, $p < 0,012$), quanto no contexto *privado* (65,3%; Wilcoxon, $z = -2,525$, $p < 0,012$). No entanto, o repertório avaliado em contexto público apresentava escores significativamente menores do que aquele no contexto privado, seja na *avaliação inicial* (*privado inicial vs público inicial*: Wilcoxon, $z = -2,310$, $p < 0,021$), seja na *avaliação final* (*privado final vs público final*: Wilcoxon, $z = -2,310$, $p < 0,021$).

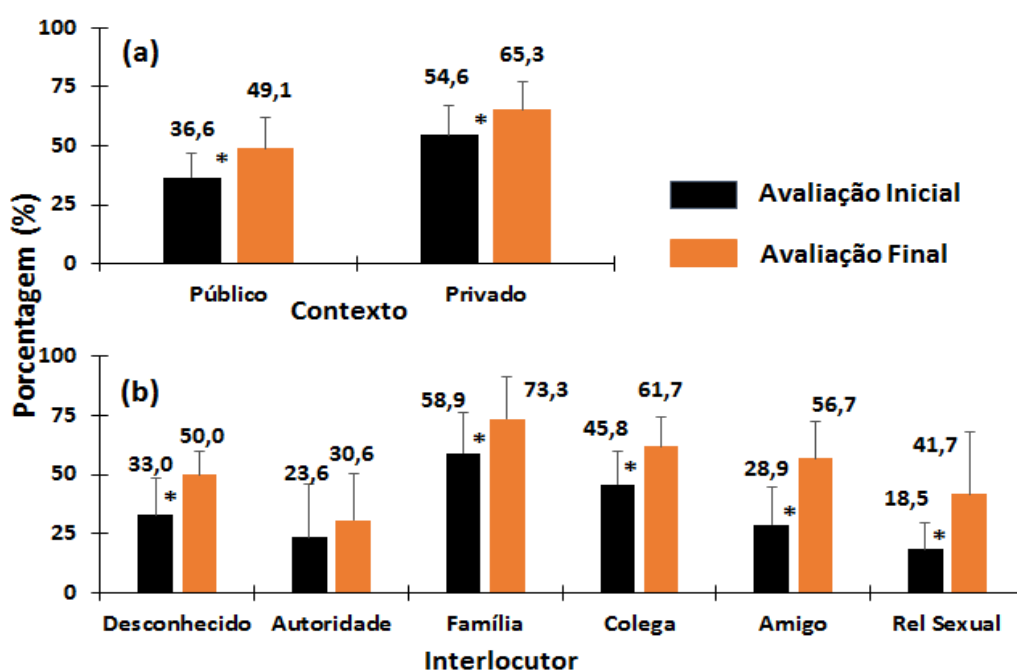


Figura 7 - Média e desvio padrão da porcentagem dos escores considerando a natureza pública ou privada do contexto (a) e a natureza da relação com o interlocutor (b), para todas as participantes, a avaliação inicial e final. [*Diferença significativa, $p < 0,05$].

Examinando os escores considerando a *natureza da relação com o interlocutor da interação social*, apresentada na Figura 7 (b), podemos observar que na *avaliação inicial* os escores variaram de 18,5% (*relacionamento sexual*) a 58,9% (*família*); na *final*, os escores variaram de 30,6% (*autoridade*) a 73,3% (*família*). Comparando o repertório *inicial e final* foi possível observar um aumento representativo nos itens envolvendo cinco diferentes tipos de interlocutores, a saber: 1) *amigo* ($z = -2,521$, $p < 0,012$); 2) *família* ($z = -2,388$, $p < 0,017$); 3) *relacionamento sexual* ($z = -2,375$, $p < 0,018$); 4) *colega* ($z = -2,521$, $p < 0,018$); e, 5) *desconhecido* ($z = -2,521$, $p < 0,012$). A diferença não se mostrou significativa quando o interlocutor era uma *autoridade* ($z = -1,633$, $p < 0,102$). Na *avaliação inicial* os escores nos repertórios envolvendo *familiares* era significativamente maior [58,9%, Friedman, $\chi^2(5) = t =$

20,860, $p < 0.001$], do que aqueles envolvendo *amigos* (28,9%, $t = 3,024$, $p < 0,037$), *relacionamento sexual* (18,5%, $t = 3,465$, $p < 0,008$) e *autoridade* (23,6%, $t = -3,717$, $p < 0,003$). Na *avaliação final*, as diferenças significativas [Friedman, $\chi^2 (5) = t = 23,601$, $p < 0.000$] indicaram que repertórios com interlocutores *familiares* obtiveram escores mais altos (73,3%) do que aqueles com *relacionamento sexual* (41,7%, $t = 3,276$, $p < 0,016$) ou *autoridade* (30,6%, $t = -3,969$, $p < 0,001$); repertórios envolvendo *colegas* (61,7%) também obtiveram escores significativamente maiores do que aqueles envolvendo *autoridades* (30,6%, $t = -3,213$, $p < 0,020$).

Na Figura 8 podemos observar a porcentagem dos escores para cada uma das participantes em contextos de interação pública (a) e privada (b), nas avaliações inicial e final. As setas sinalizam um aumento de 10% ou mais entre o escore inicial e o final. No *contexto público*, escrutinando a *avaliação inicial*, o menor escore foi observado para a participante Luiza (22,2%) e o maior para Lara (51,4%). Na *avaliação final*, Luiza continuou apresentando o menor escore da condição (34,7%), embora maior do que aquele observado na avaliação inicial; o maior escore na mesma condição foi de Yasmin (70,8%). Oito das nove participantes apresentaram escores maiores na *avaliação final*, sendo que sete delas mostraram um incremento de 10% ou mais (Luiza, Yasmin, Jaqueline, Thais, Marcela, Branca e Lara). O repertório em *contexto privado* (b), durante a *avaliação inicial*, mostrou escores variando de 33,3% (Yasmin) a 68,8% (Lara); na *avaliação final*, variou de 41,7% (Callie) a 79,2% (Lara). Oito das nove participantes apresentaram aumento nos escores da avaliação final, sendo que seis mostraram incremento igual ou superior a 10% (Luiza, Yasmin, Jaqueline, Thais, Branca e Lara). Vale notar que sete das nove participantes apresentaram escores maiores no contexto *privado* do que no *público* (exceto, Yasmin e Callie).

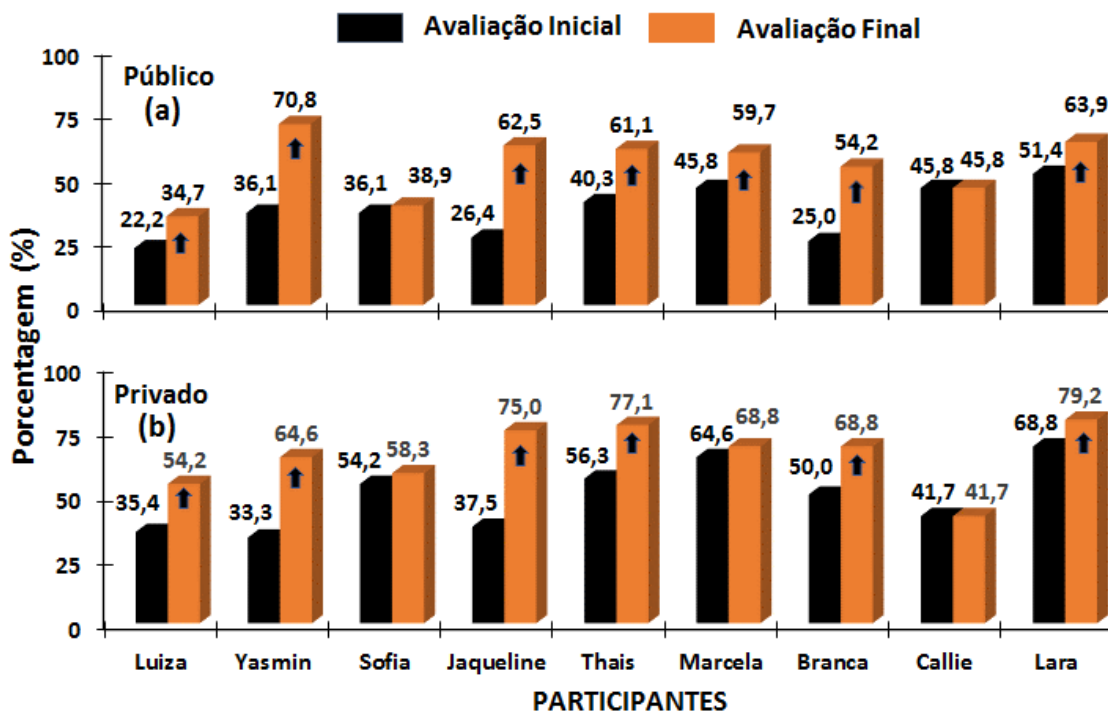


Figura 8 - Porcentagem dos escores considerando a natureza pública ou privada do contexto para todas as participantes do Grupo A (a) e do Grupo B (b), nas avaliações inicial e final. A seta destaca aumentos nos escores da avaliação final igual ou superior a 10% da avaliação inicial.

A Figura 9 apresenta o escores na avaliação inicial e final, para cada participante, considerando a natureza da relação com o interlocutor. A seta destaca incremento na avaliação final de valor igual ou superior a 10% daquele identificado na avaliação inicial. Quatro das nove participantes apresentaram incremento de 10% ou mais para todos os interlocutores (Luiza, Jaqueline, Thais e Branca) e uma delas mostrou aumento em cinco condições de interlocução, exceto com *autoridade* (Yasmin); somente uma participante não apresenta qualquer aumento nas condições de interlocução examinadas (Callie).

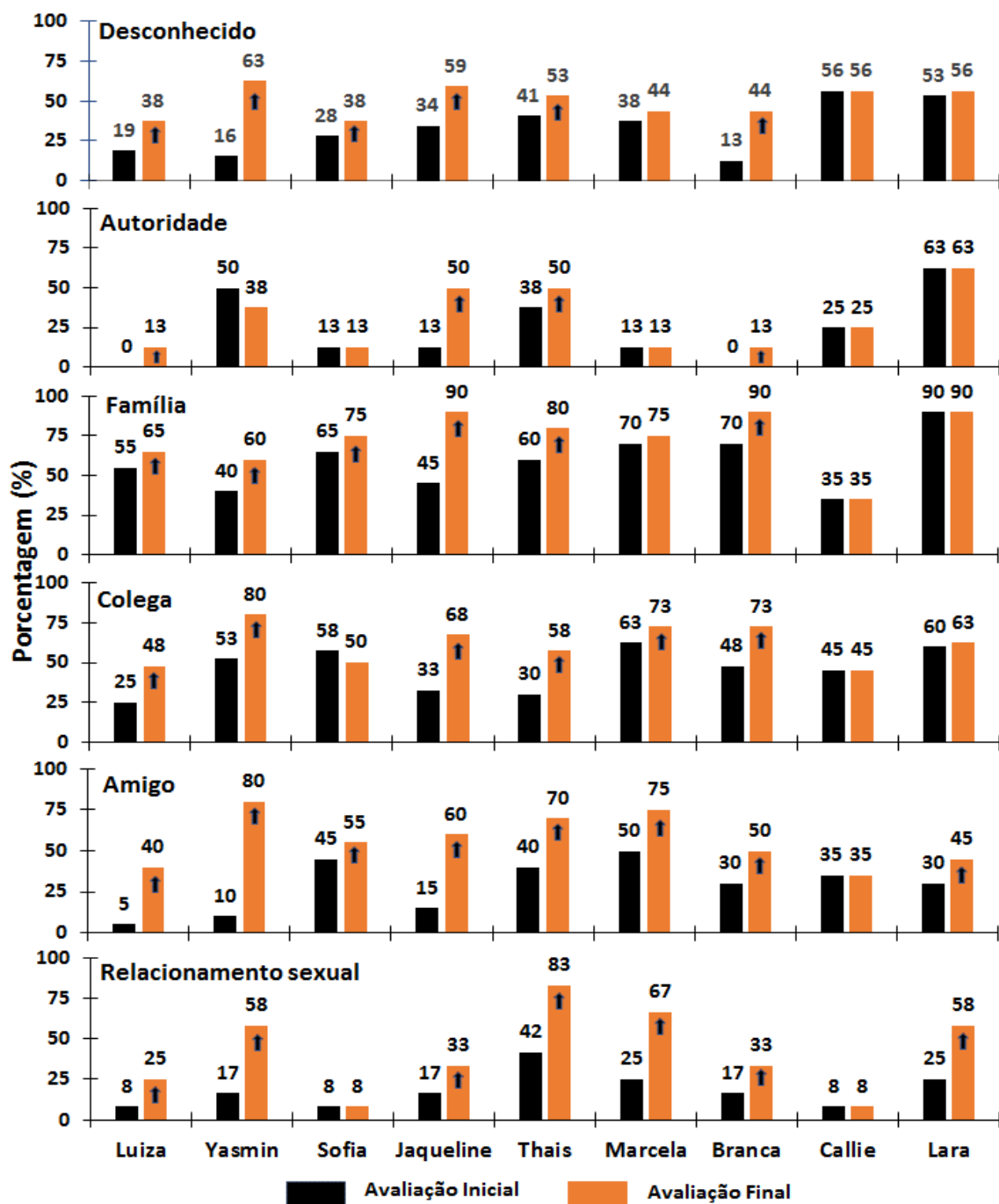


Figura 9 - Porcentagem dos escores considerando a relação com o interlocutor para todas as participantes do Grupo A (a) e do Grupo B (b), nas avaliações *inicial* e *final*. A seta destaca aumentos nos escores da avaliação final igual ou superior a 10% da avaliação inicial.

Outros Indicadores de Saúde Mental e Qualidade de Vida

A Figura 10 apresenta a porcentagem de participantes que apresentaram indicadores de cuidado nos diferentes domínios avaliados pela *Escala Transversal PROMIS 1*, na avaliação inicial e final, nos dois grupos. O Grupo A apresenta participantes com indicadores de cuidado em 12 das 13 condições rastreadas durante a avaliação inicial; na final, observamos uma diminuição do número de participantes com indicador de cuidado em 10 das 12 condições examinadas, sendo que cinco condições não foram mais rastreadas nesta última avaliação, a saber: *somatização*, *dissociação*, *sono*, *ideação suicida* e *psicose*. Na avaliação inicial do Grupo B as participantes apresentaram indicadores de cuidado nas 13 condições examinadas; na avaliação final, observamos decréscimo em 11 das 13 condições, sendo que em duas delas foi observada a ausência de participantes com sinais, a saber: *ideação suicida* e *psicose*.

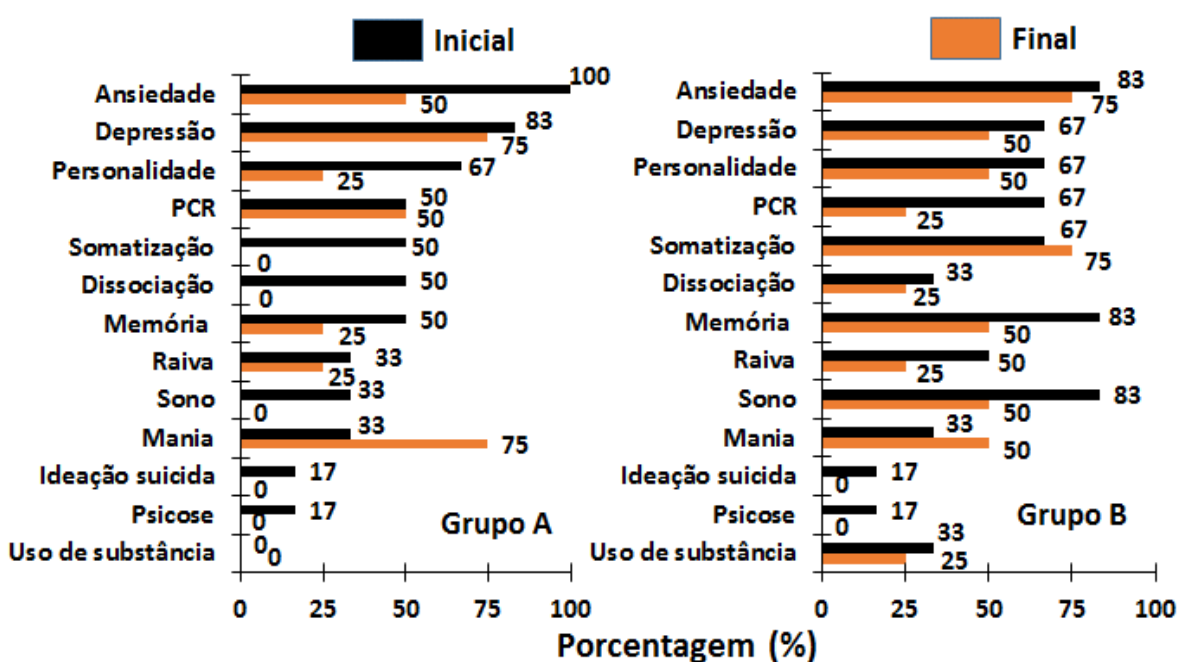


Figura 10 - Porcentagem de participantes rastreados nos diferentes domínios do PROMIS 1, como passíveis de maior investigação, na avaliação inicial e na avaliação final, para ambos os grupos.

A Tabela 8 apresenta os itens que apontam para maiores investigações, para cada uma das participantes, de ambos os grupos, tanto na avaliação inicial, quanto na final. Na *avaliação inicial* do Grupo A, o número de condições com indicadores de cuidado variou de três a nove. A participante Sofia apresentou o maior número de indicadores (9); os menores escores de cuidado foram computados para as participantes Luiza (3) e Thais (3). Ainda nesta primeira avaliação, todas as participantes apresentaram sinais de cuidado para *ansiedade* e cinco delas para *depressão* (exceto Luiza). Em relação à *avaliação final*, o número de condições com indicadores de cuidado variou de um (Luiza) a cinco (Sofia); duas participantes mantiveram indicadores de cuidado em *ansiedade* (Yasmin e Sofia), e três de *depressão* (Yasmin, Sofia e Thais).

Para o Grupo B, ainda na Tabela 8, vemos que na *avaliação inicial* o número de condições de cuidado rastreadas variou de quatro (Branca) a 12 (Callie). Nesse grupo, todas as participantes apresentaram sinais de cuidado para *ansiedade* e cinco delas para *depressão*. Na *avaliação final* o número de condições com cuidado variou de duas (Branca) a 11 (Callie), com três participantes mantendo indicador de cuidado em *ansiedade* (Marcela, Callie e Lara) e três em *depressão* (Branca, Callie e Lara).

Tabela 8 - Indicadores de cuidado observados no PROMIS 1, para cada participante de ambos os grupos, na avaliação inicial e na final.

Participante	n	Inicial	n	Final
Grupo A				
Luiza	3	Ansiedade; mania; e, raiva	1	Mania
Yasmin	7	Depressão; ansiedade; somatização; memória; PCR; Personalidade; e, psicose	4	Depressão; ansiedade; memória; e, PCR
Sofia	9	Depressão; ansiedade, ideação suicida; somatização; sono; memória; dissociação; personalidade; e, PCR	5	Depressão; ansiedade; raiva; mania; e, personalidade
Jaqueline	5	Depressão; ansiedade; raiva; mania; dissociação	*	*
Thais	3	Depressão; ansiedade; personalidade	3	Depressão; mania; e, PCR
Priscila	8	Depressão; ansiedade; somatização; sono; memória; dissociação; personalidade; e, PCR	*	*
Grupo B				
Marcela	6	Depressão; ansiedade; sono; somatização; memória; e, PCR	4	Ansiedade; mania; sono; e, memória
Branca	4	Depressão; ansiedade; somatização; e, raiva	2	Depressão; e, somatização
Callie	12	Depressão; ansiedade; mania; raiva; somatização; ideação suicida; sono; memória; dissociação; personalidade; uso de substâncias; e, PCR	11	Depressão; ansiedade; mania; raiva; somatização; sono; memória; dissociação; personalidade; uso de substâncias; e, PCR
Andreia	9	Ansiedade; mania; raiva; somatização; sono; memória; personalidade; uso de substâncias; e, PCR.	*	*
Lara	9	Depressão; ansiedade; raiva; somatização; sono; memória; personalidade; psicose; e, PCR	4	Depressão; ansiedade; somatização; e, personalidade.
Fernanda	6	Depressão; ansiedade; raiva; sono; memória; e, personalidade.	*	*

Legenda: PCR= Pensamento e comportamento repetitivo; * Não respondeu instrumento.

Na Tabela 9 podemos examinar os escores totais observados nos Inventários Beck de *Ansiedade* (avaliação inicial, intermediária, final e *follow-up*) e de *Depressão* (avaliação inicial, final e *follow-up*), para todas as participantes, de ambos os grupos. O sombreado destaca os escores indicadores de cuidado em saúde (Moderado ou Grave), em ambas escalas. Considerando os escores obtidos no BAI na avaliação inicial, podemos observar que 10 das 12 participantes apresentaram escores de cuidado em saúde. No Grupo A, uma participante apresentou escore ansiedade *grave* (Yasmin), quatro indicavam ansiedade *moderada* (Thais, Jaqueline, Sofia e Priscila) e, somente uma apresenta ansiedade *leve* (Luiza). No Grupo B, na mesma avaliação, a participante Callie apresentava escore indicativo de ansiedade *grave*, quatro participantes apresentaram ansiedade *moderada* (Marcela, Lara, Andreia e Fernanda) e uma obteve escore indicando ansiedade *leve* (Branca). Nos dois grupos foi observado um decréscimo dos escores para todas as participantes, seja na avaliação *intermediária* ou na *final*. Na avaliação *intermediária*, nenhuma participante apresentou escore relativo a ansiedade *grave*, nos dois grupos. No Grupo A, três das participantes tinham escores indicativos de ansiedade *moderada* (Thais, Sofia e Priscila) e três de ansiedade *leve* (Jaqueline, Luiza e Yasmin). No Grupo B, na mesma condição de avaliação, duas participantes apresentavam indicador de ansiedade *moderada* (Marcela e Callie), uma indicava ansiedade *leve* (Andréia), e as três restantes apresentaram escores de ansiedade *mínima* (Branca, Lara e Fernanda). Na avaliação *final* nenhuma participante do Grupo A apresentou escore de cuidado, duas participantes apresentaram escores indicativo de ansiedade *leve* (Sofia e Thais) e três de ansiedade *mínima* (Luiza, Yasmin e Jaqueline). Para o Grupo B, uma participante apresentou escore de ansiedade *moderada* (Callie); as demais apresentaram indicadores de ansiedade *mínima* (Marcela, Branca,

Lara e Andreia). Na condição de *follow-up*, as participantes mantiveram escores de ansiedade similares aqueles observados na avaliação final.

Tabela 9 - Escores no Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e no Inventário Beck de Depressão (BDI), para todas as participantes de ambos os grupos, nas avaliações implementadas. [O sombreado destaca escores indicadores de Ansiedade e de Depressão indicativas de cuidados em saúde (*Moderada* ou *Grave*)]

Participante	Inventário BAI				Inventário BDI		
	Inicial	Inter.	Final	FUp	Inicial	Final	FUp
Grupo A							
Luiza	13	11	06	03	4	6	2
Yasmin	45	18	01	10	13	5	5
Sofia	28	20	13	13	34	30	20
Jaqueline	22	12	01	02	12	1	0
Thais	19	19	12	12	21	3	2
Priscila	26	23	*	*	30	*	*
Grupo B							
Marcela	22	20	10	9	11	11	7
Branca	22	9	6	8	28	7	6
Callie	35	30	19	22	41	33	18
Andreia	28	8	2	*	12	*	*
Lara	23	14	2	*	22	7	*
Fernanda	28	8	*	*	8	*	*

Legenda: FUp: *Follow-up*; * Não respondeu ao instrumento.

Analisando os resultados referentes à *depressão* (BDI), ainda na Tabela 7, podemos observar que seis das 12 participantes, considerando ambos os grupos, apresentaram escores de depressão de cuidado (*Moderada a Grave*). Todas as participantes com indicadores de cuidado

apresentaram decréscimo nos valores dos escores, tanto na avaliação final, quanto no *follow-up*. Na avaliação *inicial* do Grupo A, três participantes apresentaram escores indicadores de cuidado em *depressão* (Sofia, Thais e Priscila: *moderada*), duas indicadores de *depressão leve* (Yasmin e Jaqueline) e uma de *depressão mínima* (Luiza). Na avaliação *final*, quatro dos cinco apresentaram escores de *depressão mínima* (Luiza, Yasmin, Jaqueline e Thais); resultado que se manteve no *follow-up*. A participante Sofia apresentou um escore menor, na avaliação final, porém ainda sinaliza *depressão moderada*; no *follow-up* o escore obtido foi bem menor, no limite entre *depressão moderada* e *leve*. No Grupo B encontramos, na avaliação inicial, também três participantes com indicadores de cuidado em saúde (Callie: *grave*; Branca e Lara: *moderada*), uma com indicador de *depressão leve* (Lara) e duas que não apresentava sintomas de *depressão* (Marcela e Fernanda). Na avaliação final, três participantes não apresentam sintomas de *depressão* (Marcela, Branca e Lara), condição que se manteve nos resultados de *follow-up*; Callie apresenta escores de *depressão moderada* na avaliação final, com escore de *depressão leve* no *follow-up*.

A Figura 11 apresenta os escores médios no Inventário de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI), nos diferentes grupos, em todas as avaliações implementadas. Além disso, apresenta a comparação de pares, da análise de Friedman, incluindo todas as participantes de ambos os grupos. Considerando o desempenho no BAI, podemos observar que o escore médio na avaliação *intermediária* foi menor do que aquele observado na *inicial* e ainda menor na avaliação *final*. Para os dois grupos a diferença nas avaliações se mostrou estatisticamente significativa [Grupo A: χ^2 (3) $t = 13,851$, $p < 0,003$; Grupo B: χ^2 (3) $t = 8,200$, $p < 0,0042$], particularmente considerando a avaliação *inicial* versus *final* [Grupo A: $t = 3,062$, $p < 0,013$; Grupo B: $t = 2,667$, $p < 0,05$] e a *inicial* versus *follow-up* [Grupo A: $t = 2,817$, $p < 0,029$].

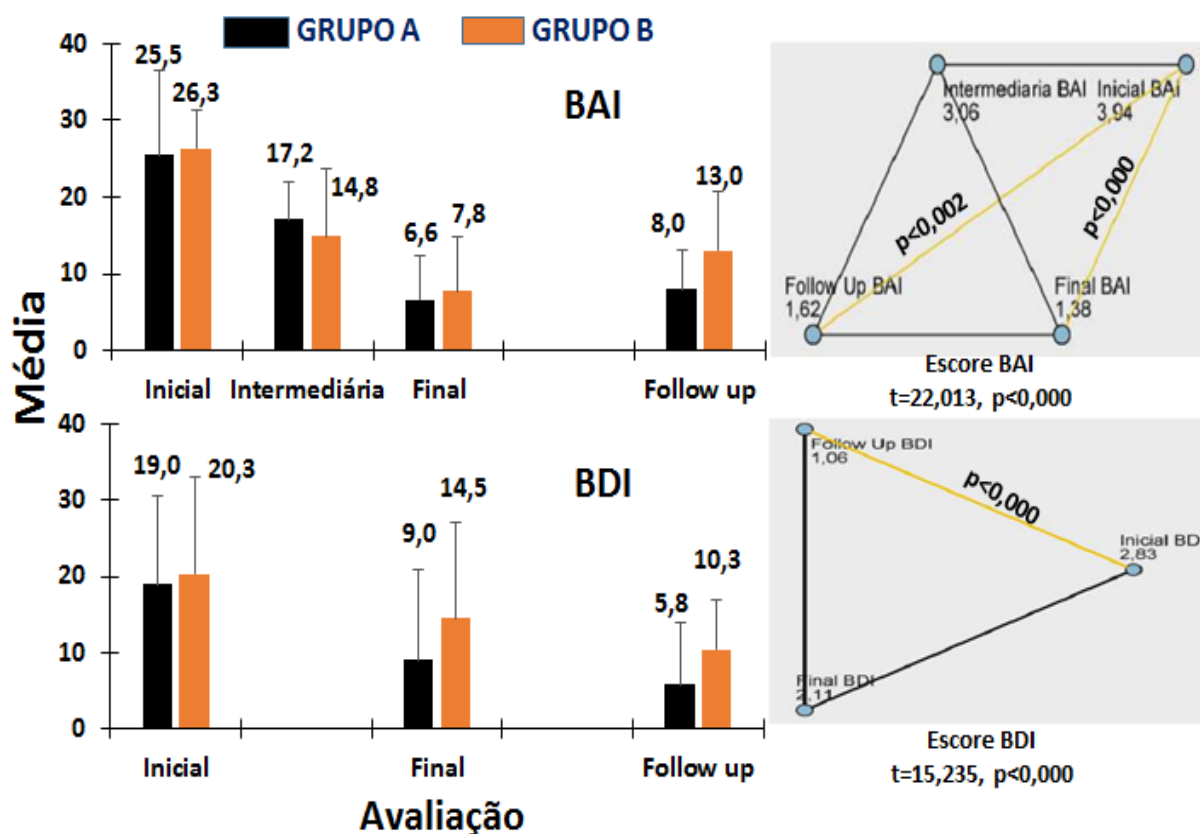


Figura 11 - Média e desvio padrão dos escores totais obtidos no *Inventário Beck de Ansiedade (BAI)* e no *Inventário Beck de Depressão (BDI)* para os dois grupos, em todas as avaliações implementadas. Vemos também a comparação das avaliações na análise não-paramétrica de Friedman considerando todas as participantes de ambos os grupos (linhas amarelas sinalizam diferença significativa).

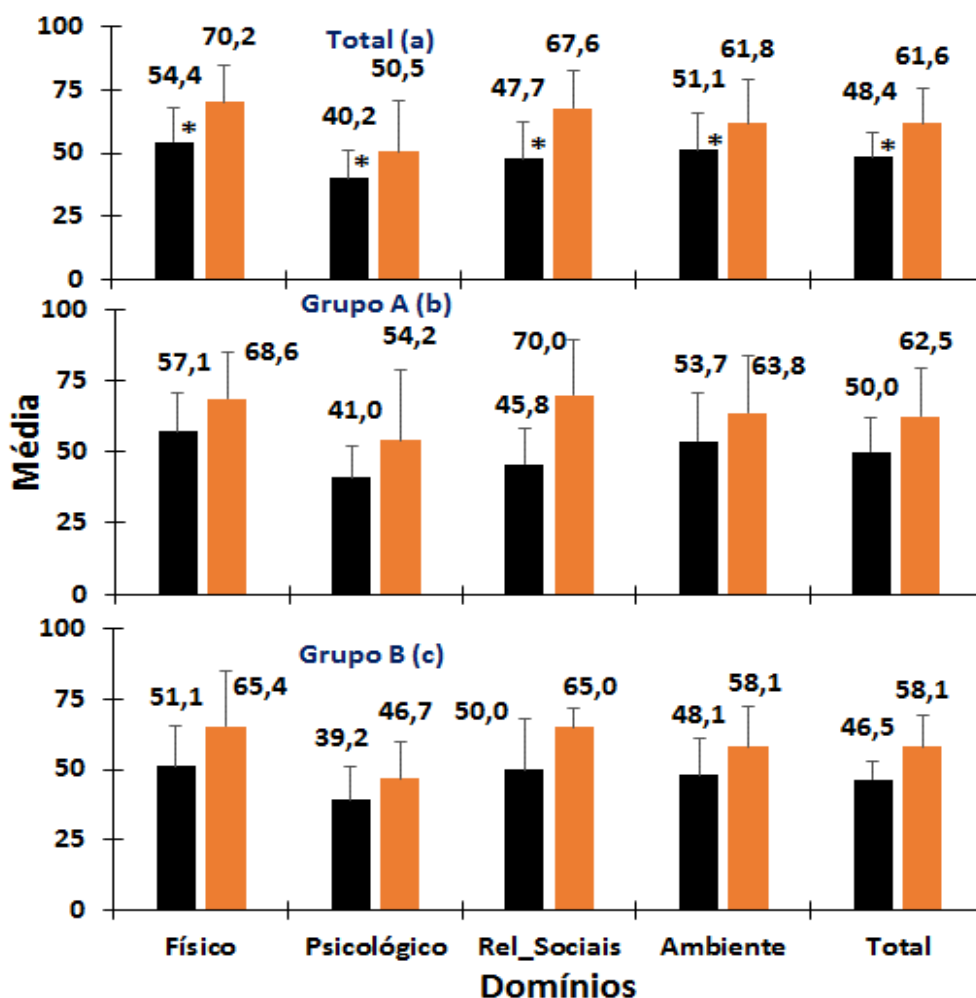
Na mesma Figura 11, quando examinamos o desempenho no BDI, o escore médio na avaliação *final* foi menor do que aquele observado na *inicial*, apresentando, no entanto, uma maior variação na amostra quando consideramos os valores de desvio padrão. Para os dois grupos foram observadas diferenças estatisticamente significativas [Grupo A: $\chi^2(2) t = 7,684$, $p < 0.021$; Grupo B: $\chi^2(2) t = 7,600$, $p < 0.022$], considerando a comparação entre avaliação *inicial* versus *follow-up* [Grupo A: $t = 2,688$, $p < 0,022$; Grupo B: $t = 2,652$, $p < 0,024$].

A comparação dos dois grupos numa mesma condição não mostrou diferença estatisticamente relevante, com significância variando de 0,111 a 0,937 (Mann-Whitney). O resultado desse conjunto de análises pode ser examinado no Anexo 17. Considerando que os dois grupos apresentavam desempenho similares numa mesma condição de avaliação seus resultados foram tomados em conjunto, sendo então implementada uma análise estatística não-paramétrica da variância (teste de Friedman), representada na seção direita da Figura 11. A análise demonstrou diferença representativa no desempenho nos dois instrumentos [BAI: χ^2 (3) $t = 22,013$, $p < 0.000$; BDI: χ^2 (2) $t = 15,235$, $p < 0.000$]; as diferenças significativas foram observadas quando comparando os escores *iniciais* e do *follow-up* [BAI: $t = 3,970$, $p < 0,002$; BDI: $t = 3,771$, $p < 0,000$], assim como comparando escores *iniciais* e *finais* [BAI: $t = 3,970$, $p < 0,000$].

Qualidade de Vida

Na Figura 12 foram disponibilizados os escores médios e respectivos desvios padrão para o instrumento de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) nos diferentes domínios e no escore total, considerando a totalidade da amostra (Linha a), as participantes do Grupo A (Linha b) e as participantes do Grupo B (Linha c). Examinando o desempenho na *avaliação inicial*, podemos ver para todas as análises realizadas que o domínio *psicológico* apresentou os menores escores, todos abaixo da média [Total: 40,2; Grupo A: 41,0; e, Grupo B: 39,2]; nessa mesma avaliação os maiores escores estiveram relacionados ao domínio *físico* [Total: 54,4; Grupo A: 57,1; e, Grupo B: 51,1]. Considerando a totalidade da amostra, a diferença se mostrou significativa [Friedman, χ^2 (3) $t = 9,742$, $p < 0.021$] ao comparar o domínio *físico* com o domínio *psicológico* ($t = 3,012$, $p < 0,01$ 6). Análises considerando os domínios para cada grupo,

separadamente, não mostrou diferença significativa, seja para o Grupo A ($\chi^2 (3) t = 7,531, p < 0,07$), seja para o Grupo B ($\chi^2 (3) t = 3,300, p < 0,348$).



Legenda: Rel_Sociais = Relações Sociais; * = Diferença significativa, p<0,05

Figura 12 - Média e desvio padrão dos escores obtidos nos domínios e no total do WHOQOL-Bref, para todas as participantes (Linha a), as do Grupo A (Linha b) e do Grupo B (Linha c).

Na *avaliação final*, ainda na Figura 12, constatamos que os menores escores continuaram sendo observados no domínio *psicológico* [Total: 50,5; Grupo A: 54,2; e, Grupo B: 46,7]. Entretanto, os maiores escores ainda se mantiveram no domínio *físico*, para a totalidade de amostra (70,2 %) e para o Grupo B (65,4%); para o Grupo A, o domínio *relações sociais* apresenta agora o maior valor médio (70,0). Nessa avaliação, ao compararmos os *domínios* considerando a totalidade das participantes, diferenças significativas continuam sendo observadas [χ^2 (3) $t = 11,562$, $p < 0.009$] com a média dos escores no domínio *psicológico* ainda se mostrando significativamente menor que aquela observada no domínio *físico* ($t = 2,830$, $p < 0,028$) e, agora, também significativamente menor que o domínio *relações sociais* ($t = 0,037$, $p < 0,037$). Análises comparando o desempenho nos diferentes domínios da avaliação final para os grupos individualmente não mostrou diferenças significativas tanto para o Grupo A (χ^2 (3) $t = 6,840$, $p < 0.077$), quanto para o Grupo B (χ^2 (3) $t = 4,846$, $p < 0.189$).

Para todas as análises disponibilizadas na Figura 12 percebemos que a média dos escores na avaliação final se mostrou ser sistematicamente maior do que aquela observada na avaliação inicial. Comparação dos escores *iniciais e finais* mostrou ser significativo para o escore total e todos os domínios quando consideramos a *totalidade da amostra* [Wilcoxon: total ($z = -2,549$, $p < 0,11$); domínio físico ($z = -2,371$, $p < 0,018$); domínio psicológico ($z = -2,261$, $p < 0,024$); domínio relações sociais ($z = -2,527$, $p < 0,012$); e, domínio ambiente ($z = -2,316$, $p < 0,021$)]. A diferença entre a avaliação final e inicial é visível para cada grupo separadamente, mas, não se mostrou estatisticamente significativa, possivelmente em função do tamanho e variabilidade de cada grupo individualmente.

A Figura 13 apresenta os resultados individuais, na *avaliação inicial e final*, das participantes do Grupo A (coluna à esquerda) e do Grupo B (coluna à direita), no Instrumento

de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref), para os quatro domínios avaliados (físico, psicológicos, relações sociais e meio ambiente) e no escore total (representado à direita da linha pontilhada). Por exemplo, vemos na coluna à direita que a primeira linha apresenta os escores da participante *Luiza* do Grupo A. Examinando o escore total, apresentado à direita da linha pontilhada, vemos que a mesma obteve um escore de 69,2 na avaliação inicial e de 81,7 na final. Na avaliação *inicial*, o domínio *psicológico* apresentou o menor escore (54,2) e o domínio *físico* o maior (82,1); na avaliação *final*, o menor escore permanece no domínio *psicológico*, porém com um valor visivelmente mais alto (75%), sendo que nessa avaliação o maior escore foi registrado para o domínio *relações sociais* (91,7). Analisando o escore *total*, na avaliação *inicial*, nenhuma participante apresentou escores iguais ou superiores a 70,0; seis participantes apresentam escores *iguais ou inferiores* a 50,0 [Grupo A: Sofia (35,6), Jaqueline (50,0), Priscila (39,4); Grupo B: Branca (49,0), Callie (37,5), Thais (44,2), Andreia (48,1)]. Na avaliação final, três participantes apresentam escores superiores a 70,0 [Grupo A: Luiza (81,7), Thais (70,2); Grupo B: Branca] e duas mantêm escores iguais ou inferiores a 50 [(Grupo A: Sofia (35,4); Grupo B: Callie (50)]. Uma participante apresentou escores superiores a 50,0 para todos os domínios avaliados, nas duas avaliações implementadas (Grupo A: Luiza); outra participante apresenta todos os domínios com escores iguais ou inferiores a 50, nas duas avaliações (Sofia). Comparando as duas avaliações de cada participante, podemos observar que cinco participantes apresentam algum tipo de incremento na avaliação final, para todos os quatro domínios (Luiza, Jaqueline, Thais, Callie e Branca) e duas apresentam em três deles (Marcela e Lara); sete das oito participantes apresentaram aumento na avaliação final no domínio *relações sociais* (exceto Sofia).

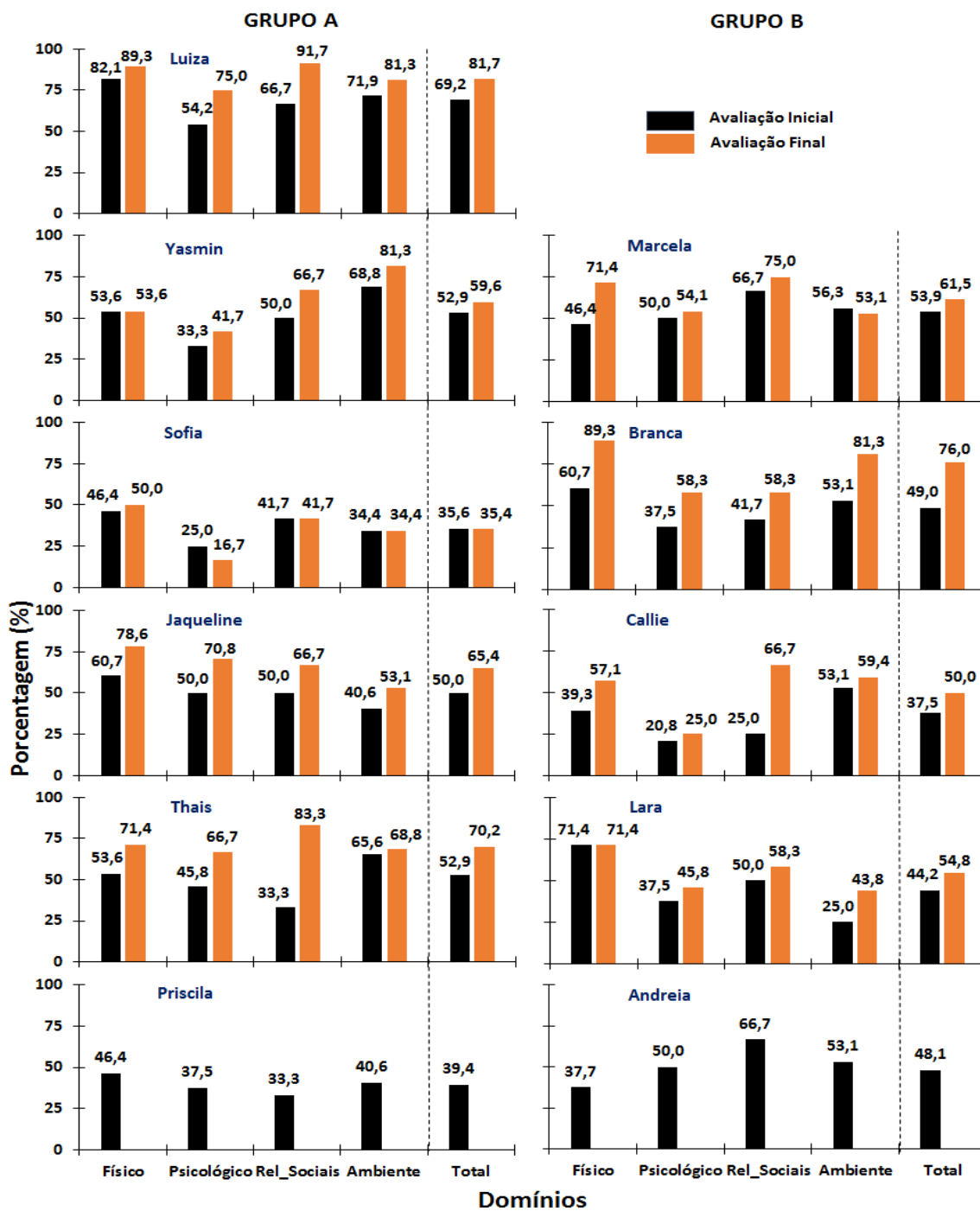


Figura 13 - Porcentagem nos quatro domínios e no total (à direita da linha pontilhada) da avaliação de *Qualidade de Vida* (WHOQOL-Bref) para todas as participantes do Grupo A (coluna à esquerda) e do Grupo B (coluna à direita), na *Avaliação Inicial* e *Final*.

B) Evidência de Significância Clínica: Método JT

O Método JT foi sistematizado por Jacobson e Truax (1991) com o objetivo de identificar evidências de significância clínica em processos de intervenção. Procedimentos comparando os escores iniciais e finais de cada indivíduo submetido a um processo de intervenção com indicadores normativos das medidas das variáveis avaliadas geram dois indicadores de evidência: o *Índice de Mudança Confiável* (IMC) e a *Significância Clínica* (SC). O IMC informa se ocorreram mudanças positivas (ou negativas) no desempenho de cada participante e se as mesmas podem ser atribuídas, de forma confiável, à intervenção implementada; a SC indica o quanto as mudanças foram direcionadas à indicadores funcionais (não disfuncionais). Para a análise foi utilizado o software Psicoinfo¹, desenvolvido especificamente para essa função (Aguiar, Aguiar & Del Prette, 2009; Villa, Aguiar, & Del Prette, 2012). Os procedimentos de análise envolveram as medidas de autoavaliação de *ansiedade social, ansiedade, depressão, habilidades sociais e qualidade de vida*, considerando todas as participantes que responderam as avaliações iniciais e finais de tais medidas.

O resultado das evidências de *autoavaliação de ansiedade social* foi realizado baseado em informações de indicadores psicométricos retirados de um estudo que examinou a validade e fidedignidade da *Escala de Ansiedade de Liebowitz, versão autoaplicada* (Forni-Santos, 2012), utilizando o Critério C. Na Figura 14 podemos observar a dispersão dos escores de todas as participantes, considerando a avaliação inicial e final, no escore total obtido [a], a subescalas de ansiedade [b] e na de evitação [c]. As linhas diagonais, representadas no destaque *rosa*, indicam a bissetriz e o intervalo que indica a mudança confiável (IMC); as linhas horizontais

¹ Acesso livre e gratuito em: <http://www.psicoinfo.ufscar.br>.

demarcam os limites das áreas para exame da *Significância Clínica* (SC). Examinando os resultados referentes ao *Escore Total* [a] podemos observar que *todas* as participantes apresentaram *mudança positiva e confiável*, que pode ser atribuída a intervenção; para seis destas, as mudanças indicaram alterações clinicamente significativas (SC) ou seja apresentaram mudanças de escores inicialmente *disfuncionais* para escores finais de boa funcionalidade (normativamente funcional) [SC: Grupo A: Luiza (S1), Yasmin (S2) e Jaqueline (S4); Grupo B: Branca (S7), Andreia (S9) e Lara (S10)]. Três participantes mantiveram condições de cuidado clínico em ansiedade social, apesar da *mudança positiva* registrada [Grupo A: Sofia (S3); Grupo B: Marcela (S6) e Callie (S8)]. A participante Thais (S5) apresentou *mudança positiva*, porém sem que se possa afirmar o *status* clínico da sua mudança por se encontrar numa área de incerteza. O exame das mudanças com relação a *ansiedade ou medo* atribuído às situações avaliadas na subescala do LSAS [b] mostrou que também aqui *todas* as participantes apresentaram *mudanças positivas* que podem ser atribuídas, de forma confiável, à intervenção implementada. As mudanças se mostraram clinicamente significativa para cinco participantes [Grupo A: Luiza (S1), Yasmin (S2) e Jaqueline (S4); Grupo B: Andreia (S9) e Lara (S10)]; as demais participantes apresentaram *mudanças positivas*, porém não clinicamente relevantes [Grupo A: Sofia (S3) e Thais (S5); Grupo B: Marcela (S6), Branca (S7) e Callie (S8)].

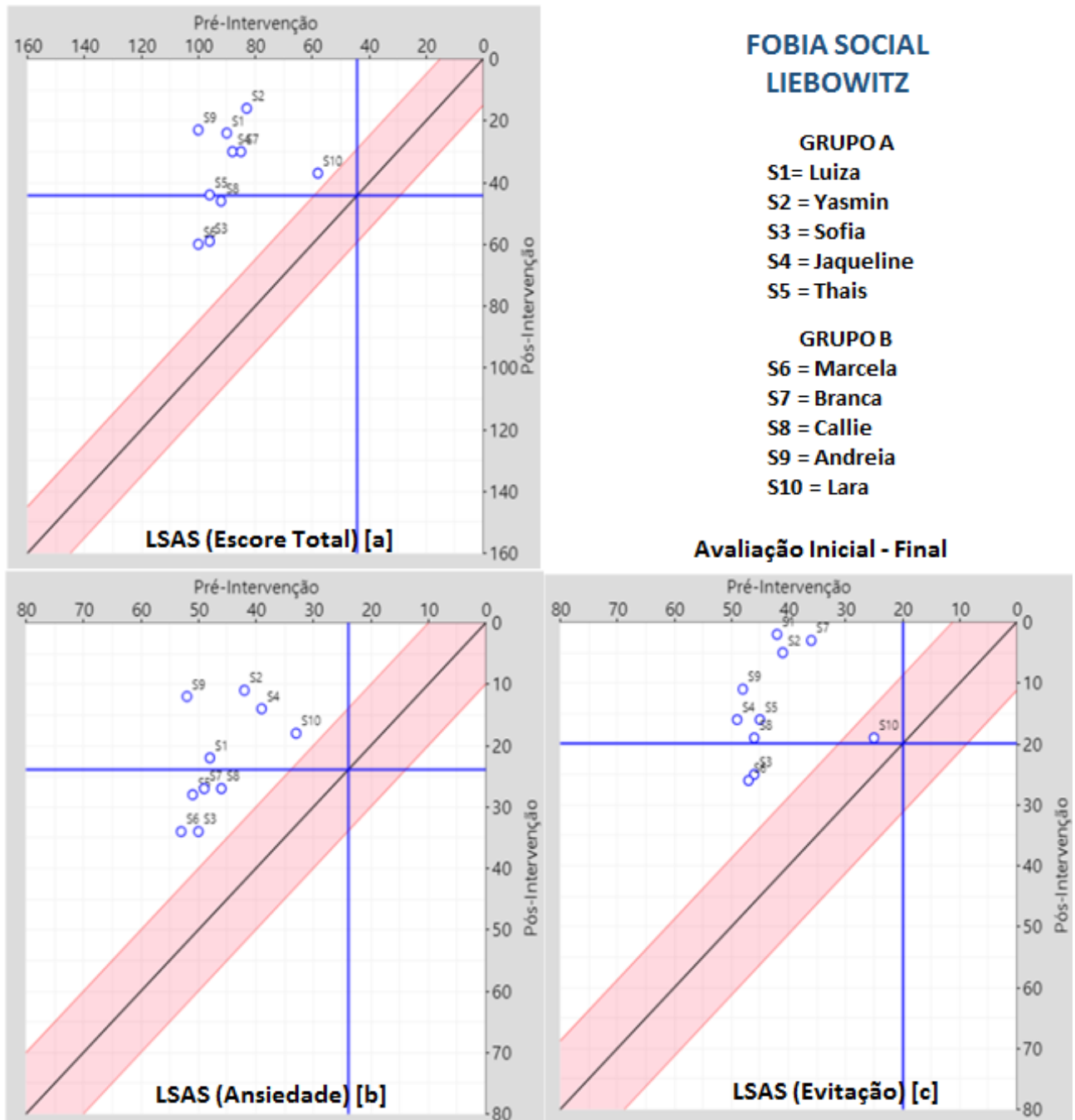


Figura 14 - Representação dos escores de todas as participantes entre a avaliação inicial e final para o escore total na Escala de Liebowitz [a], nas subescalas de *ansiedade* [b] e de *evitação* [c]. Vemos, ainda, as linhas de corte para a *Significância Clínica* (SC, linha horizontal) e para o *Índice de Mudança Confiável* (IMC, linha diagonal).

Finalmente, ainda na Figura 14, ao examinar os escores relativos a *evitação* de situações apresentados no instrumento [c], podemos identificar que oito das 10 participantes apresentaram índice de mudanças *positivas, confiáveis e clinicamente* relevantes [Grupo A: Luiza (S1), Yasmin (S2), Jaqueline (S4) e Thais (S5); Grupo B: Branca (S7), Callie (S8) e Andreia (S9)]. As participantes Sofia (S3, Grupo A) e Marcela (S6, Grupo B) apresentaram *índice de mudanças positivas e confiáveis*, porém *não clinicamente relevantes*. Para a participante Lara (S10; Grupo B) foi identificado uma *melhora clínica relevante*, tendo a participante apresentado mudança de escore disfuncional para funcional; no entanto, considerando a posição apresentada próxima a bissetriz, essa melhora não pode ser atribuída de forma confiável à intervenção implementada.

A Figura 15 apresenta os resultados referentes ao *índice de mudança significativa* (IMS) e *significância clínica* (SC) considerando os escores obtidos na avaliação *inicial e intermediária* nas subescalas de *ansiedade e evitação*, buscando investigar possíveis mudanças relacionadas aos dois primeiros módulos do protocolo [*Psicoeducação (1) e Técnicas de Relaxamento (2)*]. Uma investigação foi realizada trabalhando com os escores totais da avaliação inicial e da intermediária; no entanto essa análise indicou ausência de mudanças. No entanto, quando a análise considerou os escores referentes as subescalas de *ansiedade [a]* e de *evitação [b]* da LSAS, algumas mudanças foram observadas. Examinando os resultados referentes à *subescala de ansiedade* do LSAS [a] podemos observar *mudança positiva, confiável e clinicamente* significativa para a *ansiedade* atribuída aos itens avaliados, para uma das participantes [Grupo A: Yasmin (S2)]; três participantes [Grupo A: Jaqueline (S4); Grupo B: Marcela (S7) e Branca (S8)] apresentaram mudança *confiável* com relação a *ansiedade*, embora não clinicamente significativa. Nenhuma mudança (seja na direção de melhora ou piora) foi observada para as

demais participantes com relação ao atributo medido [Grupo A: Luiza (S1), Sofia (S3), Thais (S5) e Priscila (S6); Grupo B: Callie (S9), Andreia (S10), Lara (S11) e Fernanda (S12)].

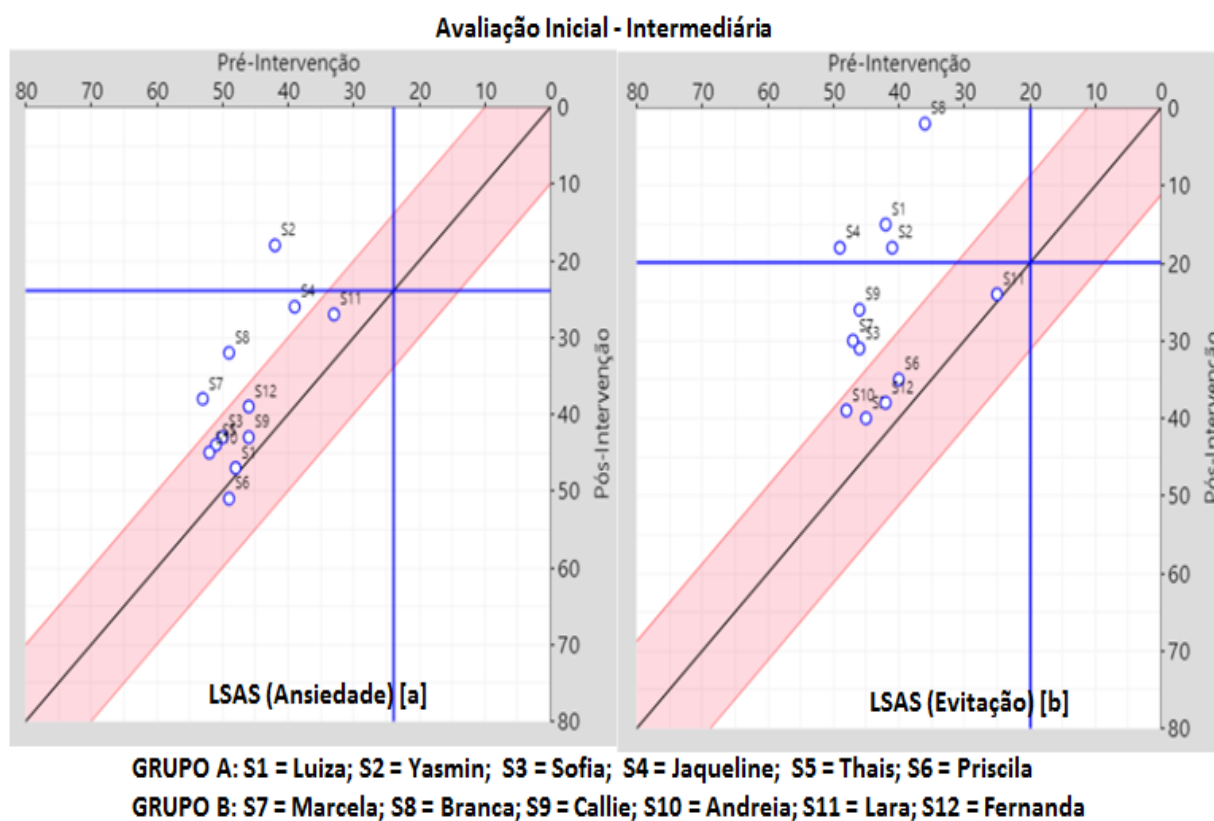


Figura 15 - Representação de escores de todas as participantes entre a avaliação inicial e intermediária, nas subescalas de ansiedade [a] e de evitação [b]. Vemos, ainda, as linhas de corte para a Significância Clínica (SC, linha horizontal) e para o Índice de Mudança Confiável (IMC, linha diagonal).

Na Figura 15 [b] vemos, ainda, que quatro participantes já apresentaram mudanças *positivas, confiáveis* e clinicamente *significativas* [Grupo A: Luiza, Yasmin e Jaqueline; Grupo B: Branca] na avaliação intermediária, quando consideramos os resultados da subescala que indicariam o quanto a participante *evita* os itens avaliados. Três participantes apresentaram mudanças *positivas e confiáveis*, porém sem alteração no *status* clínicos [Grupo A: Sofia (S3);

Grupo B: Marcela (S7) e Callie (S9)]. Não foram identificadas mudanças para as demais participantes [Grupo A: Thais (S5) e Priscila (S6); Grupo B: Andreia (S10), Lara (S11) e Fernanda (S12)].

A Figura 16 apresenta a dispersão do escore total no *Inventário de Habilidades Sociais*, considerando as avaliações inicial e final. Os indicadores normativos para a análise foram retirados de investigação com população universitária com ou sem indicadores de fobia social (Angélico, 2009). Sete participantes apresentaram *mudanças positivas* no repertório de habilidades sociais que *podem ser atribuídas de forma confiável* à intervenção: [Grupo A: Luiza (S1), Yasmin (S2), Jaqueline (S4), Thais (S5); Grupo B: Marcela (S6), Branca (S7), Callie (S8)]; seis destas apresentaram melhoras clinicamente significativas [Grupo A: Yasmin (S2), Jaqueline (S4), Thais (S5); Grupo B: Marcela (S6), Branca (S7), Callie (S8)]; a participante Luiza (S1), embora tendo apresentado *mudança positiva e confiável* ainda se manteve com repertório disfuncional. A alteração clinicamente significativa da participante Lara (S) e a manutenção não funcional da participante Sofia (S3) não compõem evidências de efeito atribuível à intervenção.

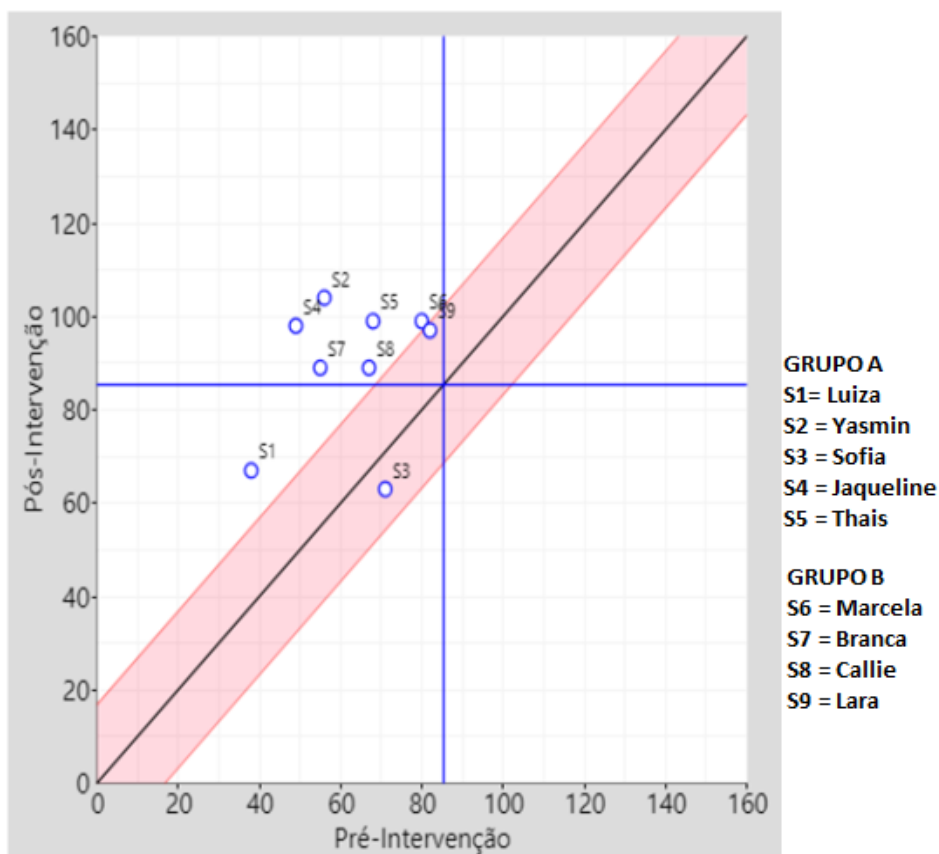


Figura 16 - Representação de escores de todas as participantes entre a avaliação inicial e final, no Escore Total do IHS. Vemos, ainda, as linhas de corte para a Significância Clínica (SC, linha horizontal) e para o Índice de Mudança Confiável (IMC, linha diagonal).

A Figura 17 apresenta a dispersão dos escores de ansiedade (BAI) considerando a avaliação inicial vs intermediária [a] e a avaliação inicial vs final [b]. Na avaliação que segue ao *Treino de Relaxamento* (intermediária) podemos observar que três participantes já apresentaram *melhoras positivas, confiáveis e clinicamente relevantes* [Branca (S8), Andreia (S10) e Fernanda (S12)]. A participante Yasmin (S2) apresenta mudança confiável, porém sem significância clínica. A participante Luiza (S1) encontrava-se na população funcional, se mantendo nessa condição. Nenhuma mudança foi observada para os seguintes nessa fase, que mantiveram escores não funcionais: Sofia (S3), Thais (S5), Priscila (S6), Marcela (S7), Callie

(S9) e Lara (S11). Ao final da intervenção, sete participantes apresentaram mudanças positivas, confiáveis e clinicamente significativas [Yasmin (S2), Sofia (S3), Jaqueline (S4), Marcela (S6), Branca (S7), Andreia (S9) e Lara (S10)]. A participante Callie (S8) mostrou mudança positiva e confiável, sem que essa mudança represente uma mudança significativa do *status clínico*; a participante Thais teve uma mudança de status clínico relevante, porém essa melhora não pode ser atribuída, de forma confiável, a intervenção implementada. A participante Luiza (S1) apresentava repertório funcional com relação a ansiedade e continuou nessa condição.

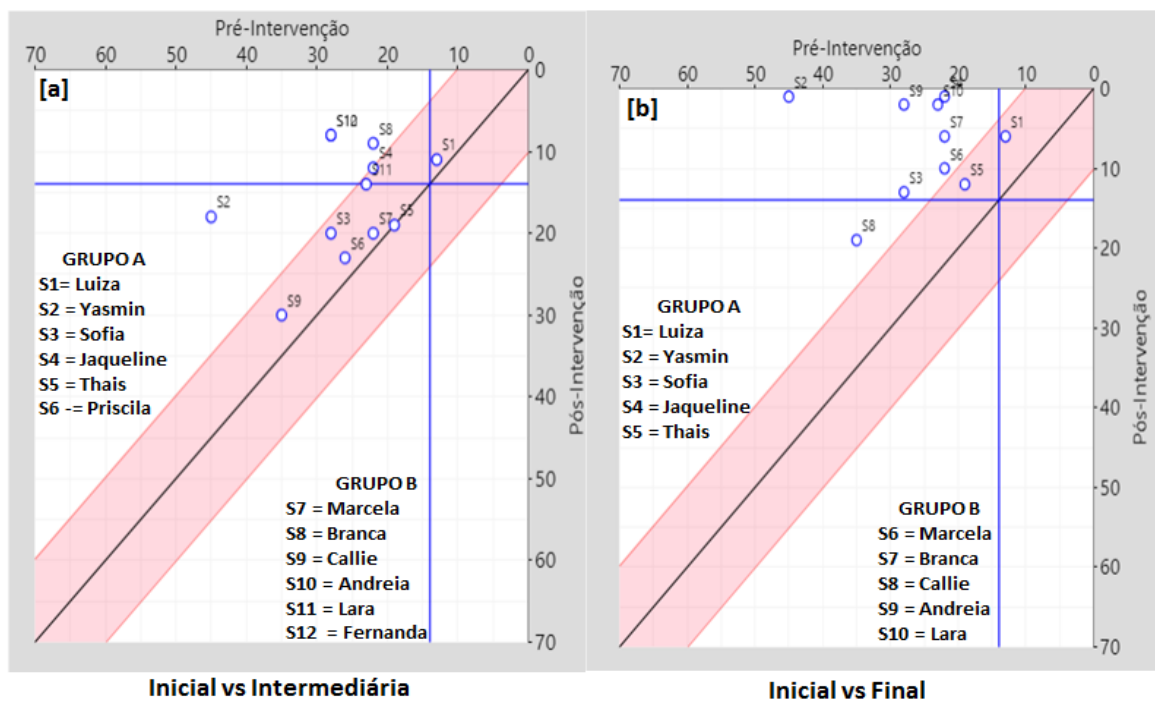


Figura 17 - Representação da dispersão de todas as participantes entre a avaliação *inicial* e *intermediária* [a] e entre a *inicial* e *final* [b], no Escore Total do BAI. Vemos, ainda, as linhas de corte para a Significância Clínica (SC, linha horizontal) e para o Índice de Mudança Confiável (IMC, linha diagonal).

A dispersão dos indicadores *de mudança e de significância clínica* para a medida de depressão (BDI) podem ser observados na Figura 18. Quatro participantes apresentaram mudanças positivas, confiáveis e clinicamente significativas [Jaqueline (S4), Thais (S5), Branca (S7) e Lara (S9)]; a participante Yasmin (S2) passa a apresentar escore indicando *status clinicamente relevante*, porém essa mudança não pode ser atribuída, de forma confiável, à intervenção implementada. As participantes Luiza (S1) e Marcela (S6) apresentavam indicadores funcionais com relação a depressão e mantiveram essa condição na *avaliação final*. As participantes Sofia (S3) e Callie (S8) não apresentaram qualquer mudança, mantendo na sua condição disfuncional inicial.

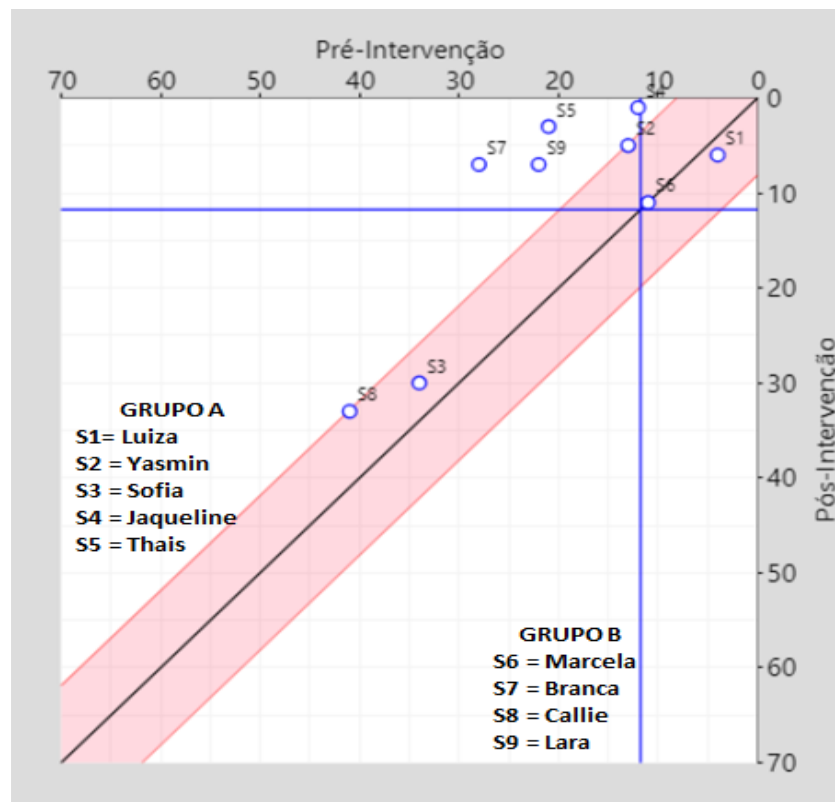


Figura 18 - Representação da dispersão de todas as participantes entre a avaliação *inicial e final* [b], no Escore Total do BDI. Vemos, ainda, as linhas de corte para a Significância Clínica (SC, linha horizontal) e para o Índice de Mudança Confiável (IMC, linha diagonal).

Na Figura 19 vemos a análise da dispersão, inserindo os indicadores de mudança confiável e clinicamente significativa, para o instrumento de qualidade de vida (WHOQOL-Bref), nos quatro domínios examinados. Mudanças *positivas, confiáveis e clinicamente relevantes* foram observadas para quatro participantes, em diferentes domínios, a saber: Branca (S7; *domínio físico e meio ambiente*); Marcela (S6; *domínio físico*); Thais (S5; *domínio relações sociais*); e, Callie (S8; *domínio relações sociais*). Segundo a análise, algumas participantes apresentaram mudanças clinicamente relevantes que não podem ser atribuídas de forma confiável a intervenção: Jaqueline (S4; *domínio físico e domínio psicológico*); Thais (S5, *domínio físico*), Luiza (S1, *domínio psicológico e domínio relações sociais*). Participantes apresentavam escores funcionais em alguns domínios e os mantiveram até o final da intervenção (Luiza, S1, *domínios físico e meio ambiente*), Lara (S9, *domínio físico*), Yasmin (S2, *domínio meio ambiente*) e Thais (S5, *domínio meio ambiente*).

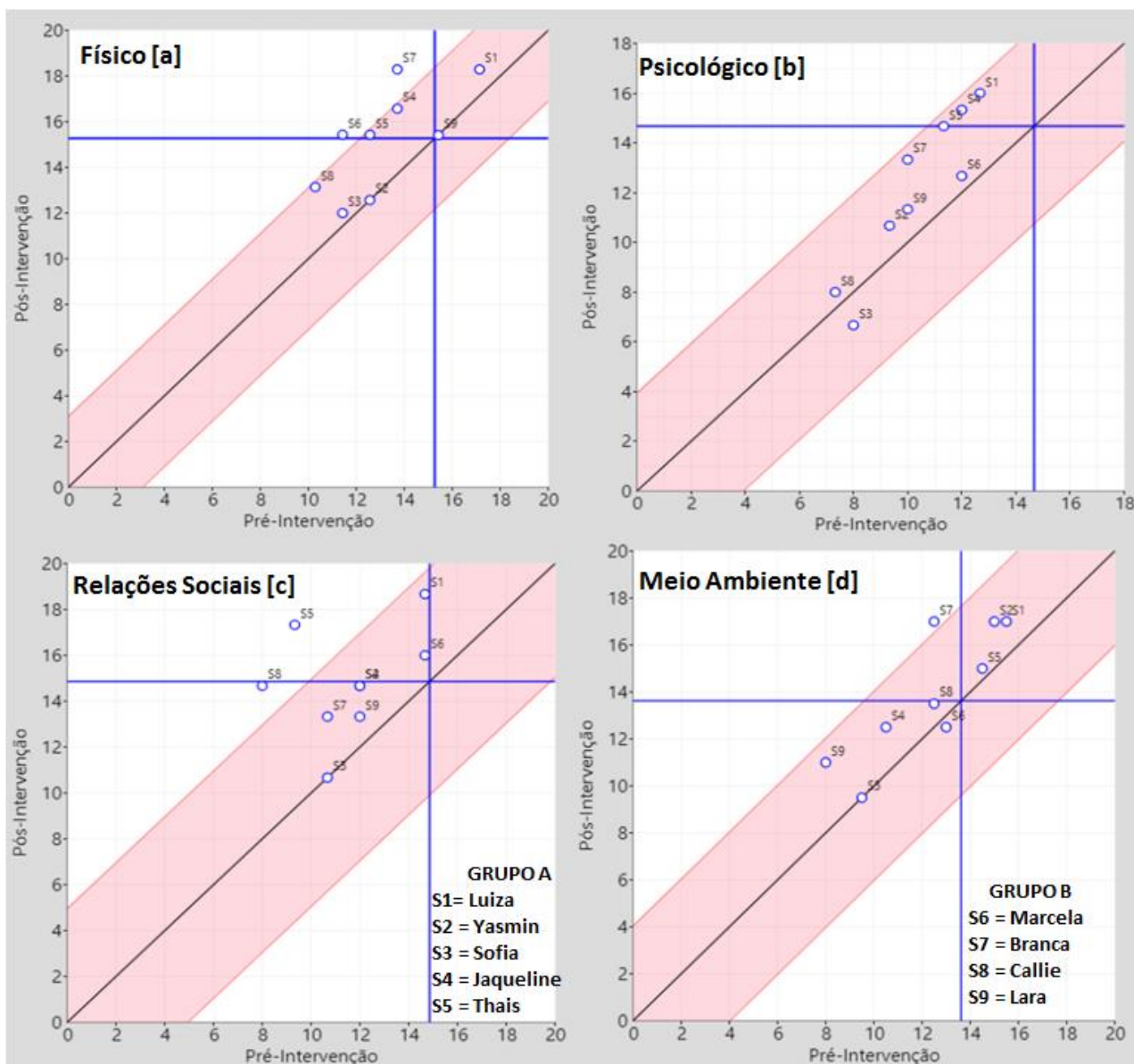


Figura 19 - Representação da dispersão de todas as participantes entre a avaliação inicial e final, nos domínios do instrumento de qualidade de vida [Físico (a), Psicológico (b), Relações Sociais (c) e Meio Ambiente (d)]. Vemos, ainda, as linhas de corte para a Significância Clínica (SC, linha horizontal) e para o Índice de Mudança Confiável (IMC, linha diagonal).

C) Análises nas sessões e das condições da intervenção

Os resultados apresentados nessa seção relatam medidas apresentadas nos três questionários desenvolvidos para coleta pelas pesquisadoras.

Indicativo de evidências de mudanças nas autoavaliações das participantes

A Tabela 10 apresenta a estimativa atribuída de *quanto a ansiedade social teria afetado a sua semana* (início da sessão) e a *importância para sua vida do conteúdo tratado* (final da sessão) naquela sessão, para todas as participantes, de ambos os grupos. Examinando o quão disruptivo teria sido a ansiedade social durante a semana, observamos que o menor escore estimado para ambos os grupos na primeira avaliação foi cinco (Grupo A: Sofia; Grupo B: Branca) e o maior foi nove (Grupo A: Luiza; Grupo B: Callie). Na terceira avaliação, vemos que o menor escore atribuído no Grupo A foi dois (Luiza e Yasmin) e no Grupo B foi um (Branca); o maior escore atribuído foi sete, para ambos os grupos (Grupo A: Sofia, Jaqueline; Grupo B: Marcela, Callie e Lara). Ainda que algumas estimativas pareçam bem menores na terceira avaliação, essa diferença não foi estatisticamente relevante (Friedman: $\chi^2(2) = t = 4,467$, $p < 0,107$). Para a maioria das participantes os conteúdos das sessões receberam escores de *alta importância*, variando de 9 a 10; a menor atribuição de importância foi designada pela participante Sofia na segunda avaliação, no *Módulo de Relaxamento*.

Tabela 10 - *Estimativa da percepção do efeito disruptor da ansiedade na semana e a importância do conteúdo da sessão, atribuída por cada participante dos dois grupos.*

	Semana afetada ansiedade social			Importância atribuída conteúdo		
	1 ^a	2 ^a	3 ^a	1a	2a	3a
Grupo A						
Luiza	9	7	2	10	10	10
Yasmin	7	10	2	10	10	10
Sofia	5	6	7	8	8	10
Jaqueline	8	5	7	7	7	8
Thais	7	8	6	8	10	9
Priscila	7	7	*	10	10	*
Grupo B						
Marcela	8	7	7	10	10	10
Branca	5	4	1	7	8	9
Callie	9	9	7	10	10	10
Andreia	*	9	3	*	10	10
Lara	*	6	7	*	10	8
Fernanda	6	5	*	10	6	*

A Figura 20 apresenta o quanto cada participante estimava *estar ansioso no início e ao final* de cada uma das sessões avaliadas. Podemos observar que ao final da sessão a estimativa de ansiedade parece ser, na maioria das vezes, menor do que a declarada no início. Essa diferença se mostrou estatisticamente significativa, considerando a totalidade das participantes na *primeira avaliação* (Wilcoxon: $z = -2,662$, $p < 0,008$) e na *segunda* (Wilcoxon: $z = -2,955$, $p < 0,003$); na terceira avaliação, embora a estimativa seja ligeiramente menor para a maioria das participantes, não foi encontrada significância estatística entre os dois momentos estimados (Wilcoxon: $z = -1,436$, $p < 0,151$). Lembrando, no entanto, que essa avaliação era implementada na sétima sessão; nesse dia as participantes realizavam uma atividade de apresentação para o grupo que implicava uma relativa exposição.

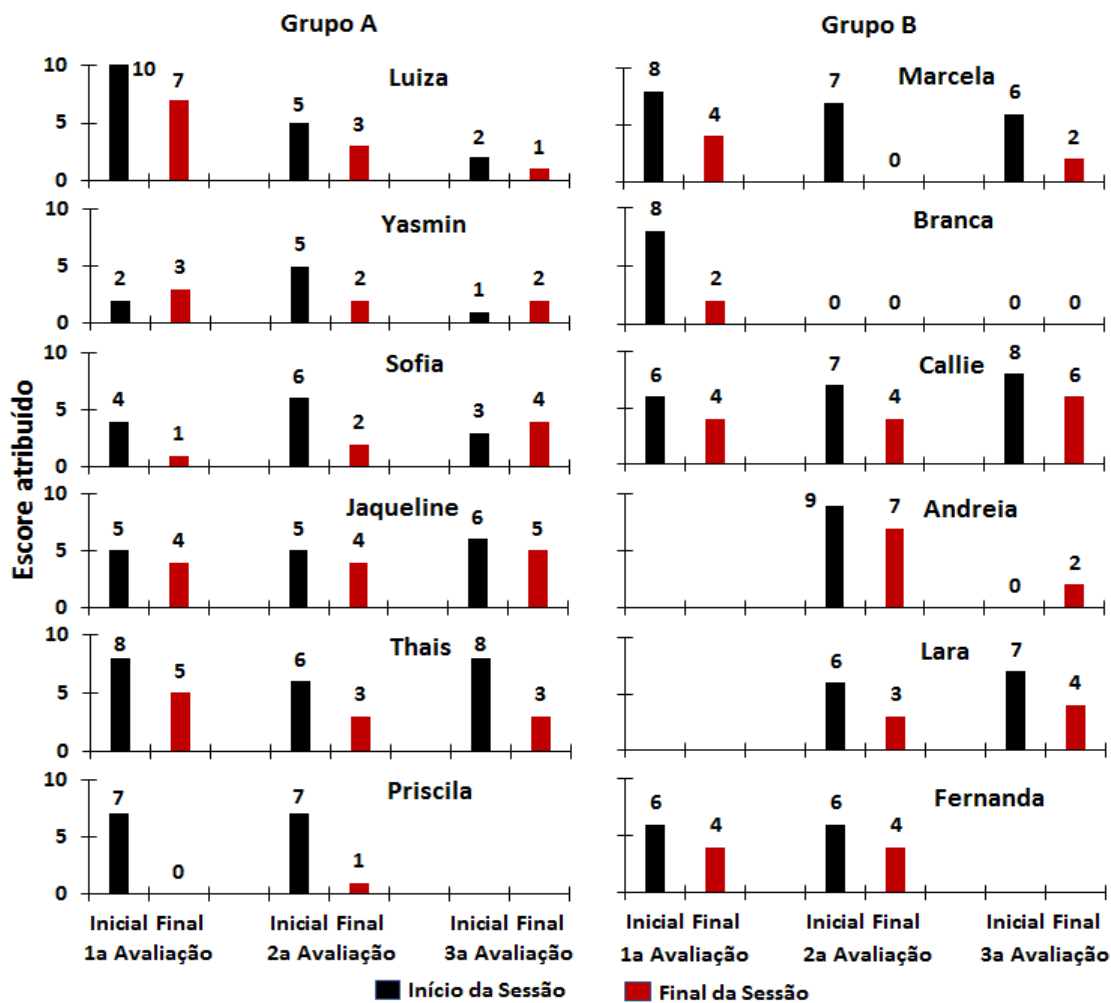


Figura 20 - Escore atribuído por cada participante indicando o quão estaria ansiosa nos questionários apresentados no início e no final das sessões, para o Grupo A (coluna à esquerda) e Grupo B (coluna à direita).

A Figura 21 apresenta a mediana dos escores atribuídos pelas participantes em relação a como estavam se sentindo por meio das escalas de 5 intervalos ancoradas por pares de adjetivos opostos que compunham os questionários apresentados no *início e final* das três sessões. As colunas representam os resultados obtidos no início e final de cada sessão, nas três avaliações. A parte superior apresenta os resultados dos *pares de palavras* avaliados para o

Grupo A; a inferior apresenta os resultados para o Grupo B. A linha pontilhada marca o valor zero (0) de cada eixo. Por exemplo, na parte superior, primeira coluna podemos observar que para o *Grupo A*, na *primeira sessão avaliada* (que era a primeira sessão de intervenção), a mediana dos valores atribuídos indicavam maior peso para as palavras com referenciais semânticos *mais negativas* [ex., preocupada-relaxada = -2; nervosa-tranquila = -0,5] ou neutro [ex., triste-alegre = 0]; sendo assim, os valores atribuídos no *início* dessa primeira avaliação estão distribuído, na sua totalidade no lado *esquerdo* da linha pontilhada ou *sobre* ela. A mediana dos valores atribuídos no *final* dessa mesma sessão, no entanto, está na totalidade distribuída, para todos os pares do lado *direito* da linha pontilhada ou *sobre* ela [ex. preocupada-relaxada = 1,0]; ou seja, ao final da sessão, os escores apontados na escala indicavam atribuição envolvendo o par com significado semântico *mais positivo*.

Dessa forma, examinando os resultados disponibilizados na Figura 20 podemos observar que os valores observados ao final da sessão mostram valores mais positivos do que aqueles observados no início da sessão, para todas as avaliações, em ambos os grupos. Essa diferença entre o *início* e *final* do desempenho mostrou-se estatisticamente significativa quando tomamos a totalidade da amostra [*inicial* vs *final*: 1^a. avaliação ($z = -6,851$, $p < 0,000$); 2^a. avaliação ($z = -7,890$, $p < 0,000$); e, 3^a. avaliação ($z = -5,057$, $p < 0,000$)].

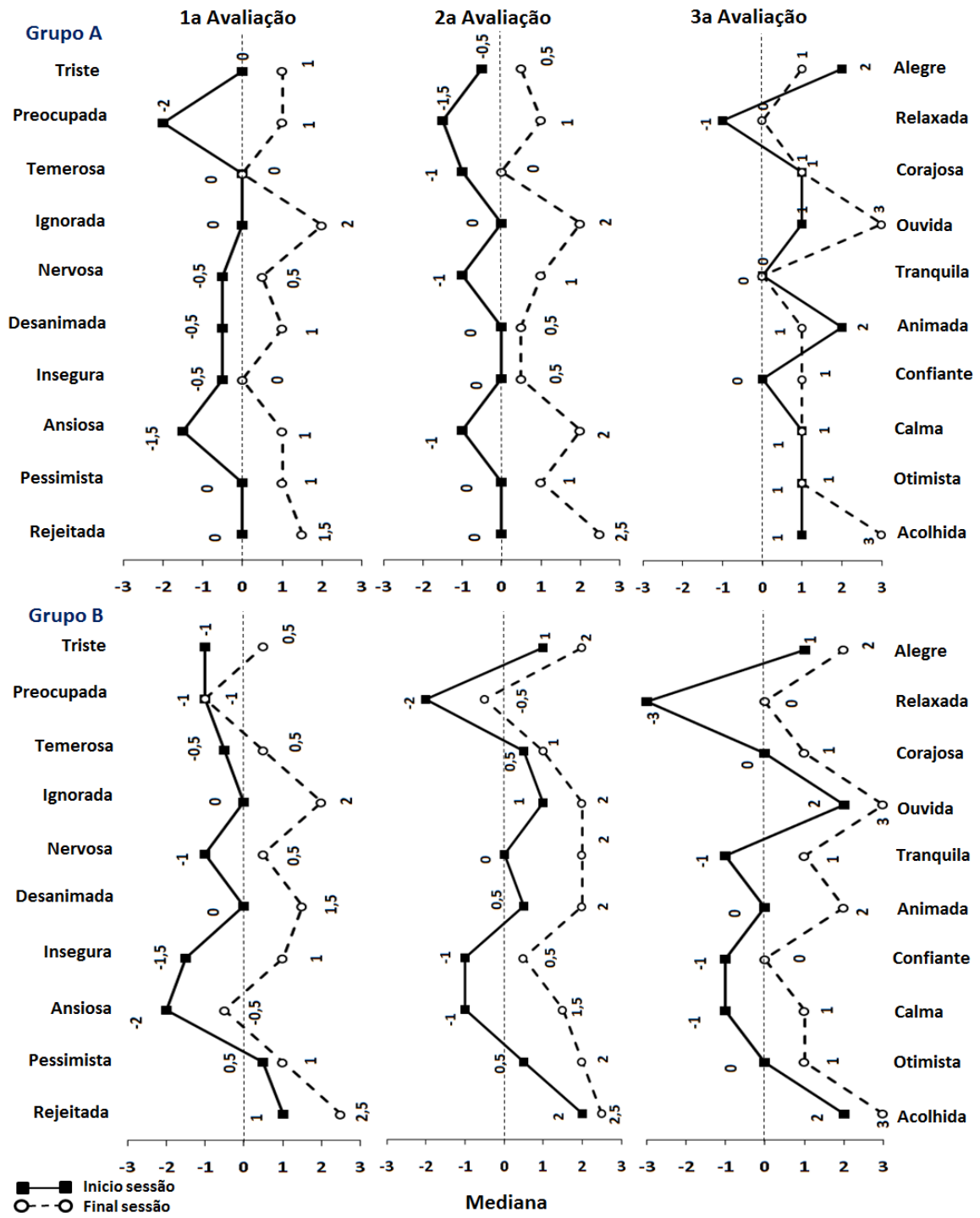


Figura 21 - Mediana das avaliações atribuídas aos pares de adjetivos apresentados na escala de diferencial semântico nas três avaliações implementadas no início e ao final da sessão, para os dois grupos.

Essa tendência também foi significativa para quase todas as avaliações de cada grupo, quando analisados separadamente [*inicial vs final*: Grupo A: 1ª. Avaliação ($z = -5,214$, $p < 0,000$); 2ª. Avaliação: ($z = -5,702$, $p < 0,000$); Grupo B: 1ª. Avaliação ($z = -4,481$, $p < 0,000$), 2ª. Avaliação ($z = -5,495$, $p < 0,000$); e, 3ª. Avaliação ($z = -4,994$, $p < 0,000$)]. Na terceira avaliação do Grupo A, os valores nas duas avaliações estavam muito próximos (embora possamos ver uma tendência visível da avaliação final ser maior do que a inicial); nesse caso não foi identificada diferença significativamente relevante concernente a atual amostra ($z = -1,786$, $p < 0,074$). Além disso, os escores ao final da 3ª. avaliação foi significativamente menor do que aquele observado no início da 1ª. avaliação ($z = -6,629$, $p < 0,000$).

Na Figura 21 podemos notar, ainda, uma aparente diminuição dos escores negativos quando consideramos o desempenho a cada avaliação. Nos resultados dos dois grupos em conjunto, identificamos que as medianas dos escores atribuídos no *início* de cada sessão apresenta diferenças a cada avaliação (Friedman: $\chi^2(2) = t = 32,387$, $p < 0,00$), de tal forma que os escores observados no *início* da 3ª. avaliação se mostraram significativamente mais positivos do que aqueles do *início* da 1ª. avaliação ($t = -4,862$, $p < 0,000$) ou do *início* da 2ª. avaliação ($t = -3,320$, $p < 0,003$); o início da 1ª. avaliação e da segunda não são representativamente diferentes ($t = -1,542$, $p < 0,370$). Assim, as avaliações finais mostraram diferenças significativas ($\chi^2(2) = t = 10,750$, $p < 0,005$) de tal forma que a avaliação *final* da 3ª. avaliação expressivamente mais positiva do que a final da 1ª. avaliação ($t = -2,569$, $p < 0,031$).

Solicitados a estimar como avaliavam as mudanças promovidas pelo tratamento, a maior proporção de estimativas (60% ou mais), em todos os aspectos avaliados, foram registradas indicando que o atendimento teria contribuído *totalmente* ou *quase totalmente* para

mudanças, como indicado na Figura 22. Somente uma participante indicou que teria ganhado *muito pouco* no sentido de lidar com *autoridades*; todas as demais avaliações comunicaram que o atendimento *ajudou parcialmente*; nenhuma participante indicou que o tratamento *não ajudou*, em quaisquer dos itens.

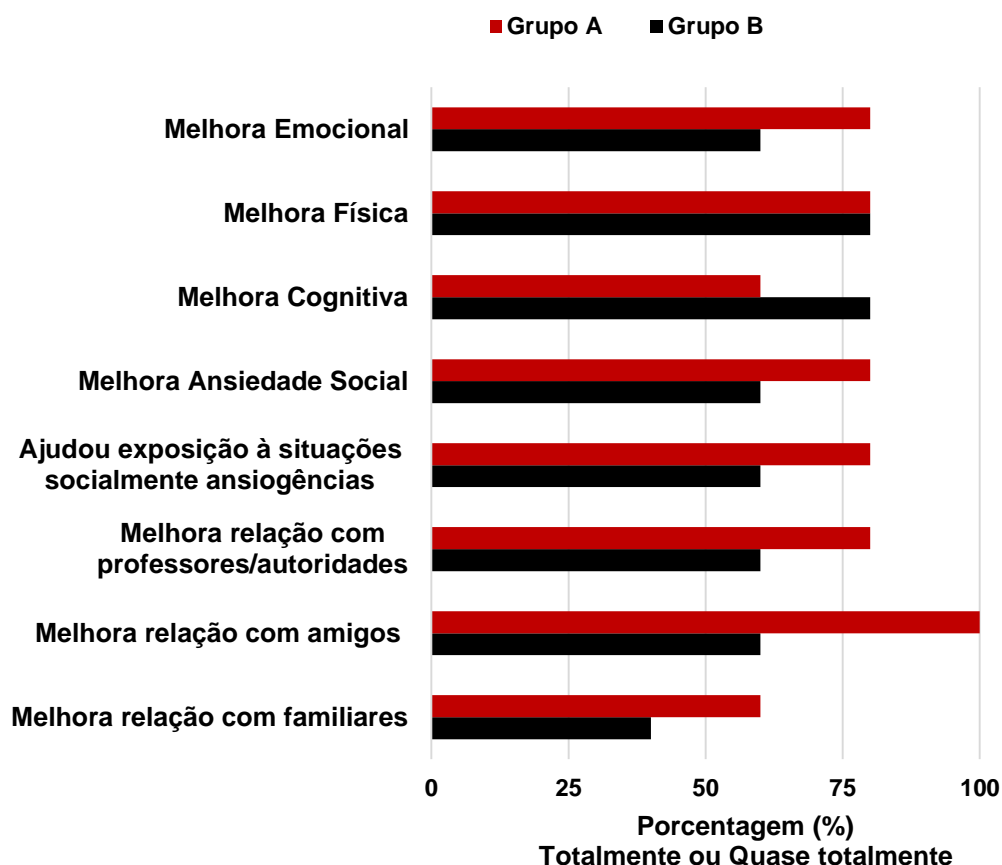


Figura 22 - Porcentagem de atribuição de melhora *total ou quase total* de itens autoavaliados.

A Figura 23 apresenta a avaliação das participantes dos grupos A e B em relação à intervenção, em particular com relação a aplicabilidade dos conteúdos explorados. A utilidade dos conhecimentos e habilidades abordados na intervenção foi o aspecto mais positivamente avaliado pelos dois grupos; todas as integrantes dos grupos A e B atribuíram como “muito boa”

ou “ótima”. A exposição atual a situações que antes causavam ansiedade foi avaliada como “muito boa” ou ótima” para 60% das integrantes dos grupos A e B. Em relação a qualidade do atendimento em geral, a aplicação dos conhecimentos e habilidades adquiridas na intervenção em situações sociais e da possibilidade de enfrentamento de situações ansiogênicas, todas as participantes do grupo B e 80% das participantes do Grupo A classificaram como “muito boa” ou “ótima”.

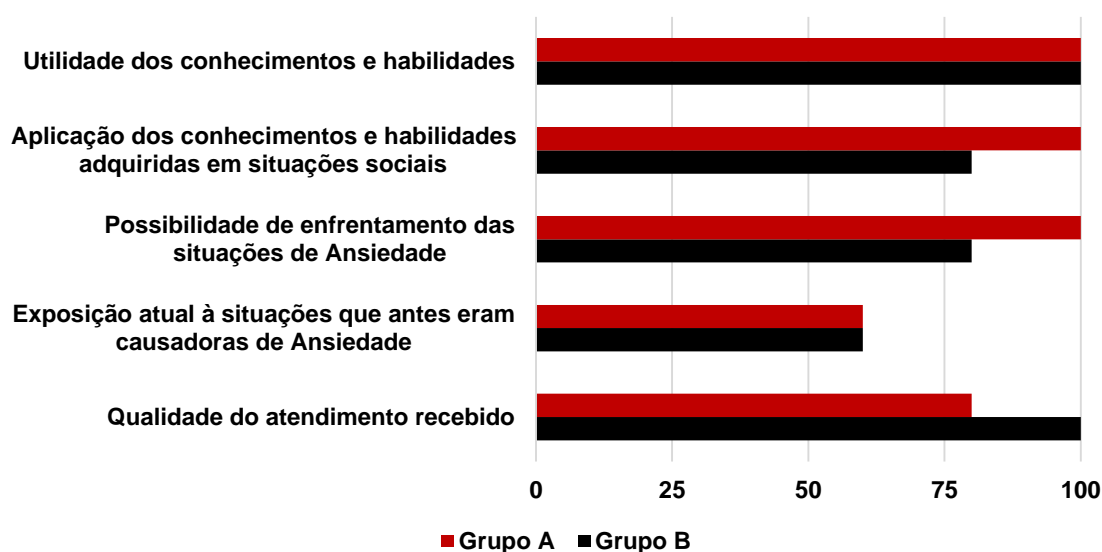


Figura 23 - Porcentagem de participantes que avaliaram como "muito bom" ou “ótimo” os itens relacionados à intervenção.

Na Figura 24 vemos que todas as participantes do Grupo A e 60% das participantes do Grupo B avaliaram a sequência do conteúdo das sessões como “muito boa” ou “ótima”. A carga horária das sessões foi classificada como “muito boa” ou “ótima” por 80% das participantes do Grupo A e por 60% das participantes do Grupo B. Todas as participantes dos Grupo B e 80% das participantes do Grupo A atribuíram como “muito boa” ou “ótima” a clareza na definição

dos objetivos da intervenção e a compatibilidade dos objetivos do tratamento com suas próprias necessidades.

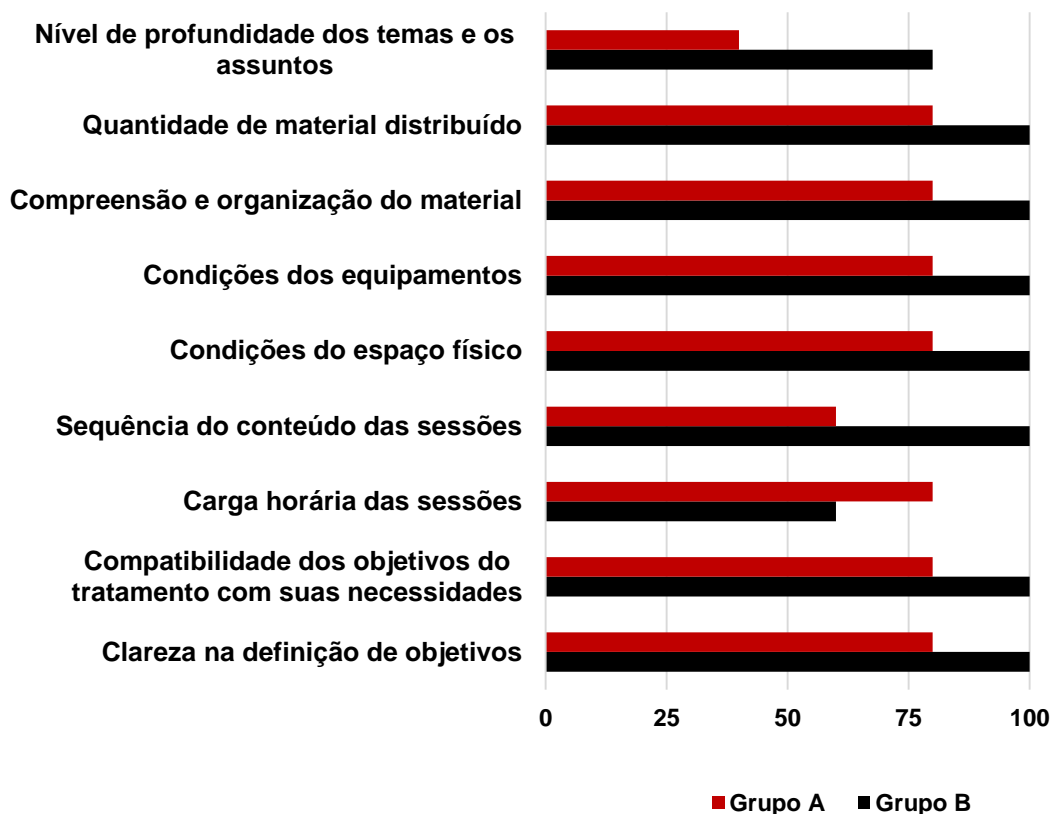


Figura 24 - Porcentagem de participantes que avaliaram como "muito bom" ou "ótimo" os itens de organização e os materiais da intervenção.

Ainda na Figura 24, verificamos que a *profundidade dos temas e assuntos abordados* na intervenção foi avaliado como “muito bom” ou “ótimo” por 40% das participantes do Grupo B e por 80% das participantes do Grupo A. Todas as participantes do Grupo A e 80% das participantes do Grupo B avaliaram a quantidade de material distribuído, a compreensão e organização do material, as condições dos equipamentos e do espaço físico como “muito bons” ou “ótimos”.

Na Figura 25 podem ser examinadas todas as integrantes do Grupo A e 80% das participantes do Grupo B atribuíram como “muito bom” ou “ótimo” a disposição da terapeuta em esclarecer dúvidas, ouvir e acolher demandas, a capacidade da terapeuta de conduzir as sessões, de relacionar os atendimentos às necessidades pessoais das participantes e o domínio dos temas e assuntos trabalhados.

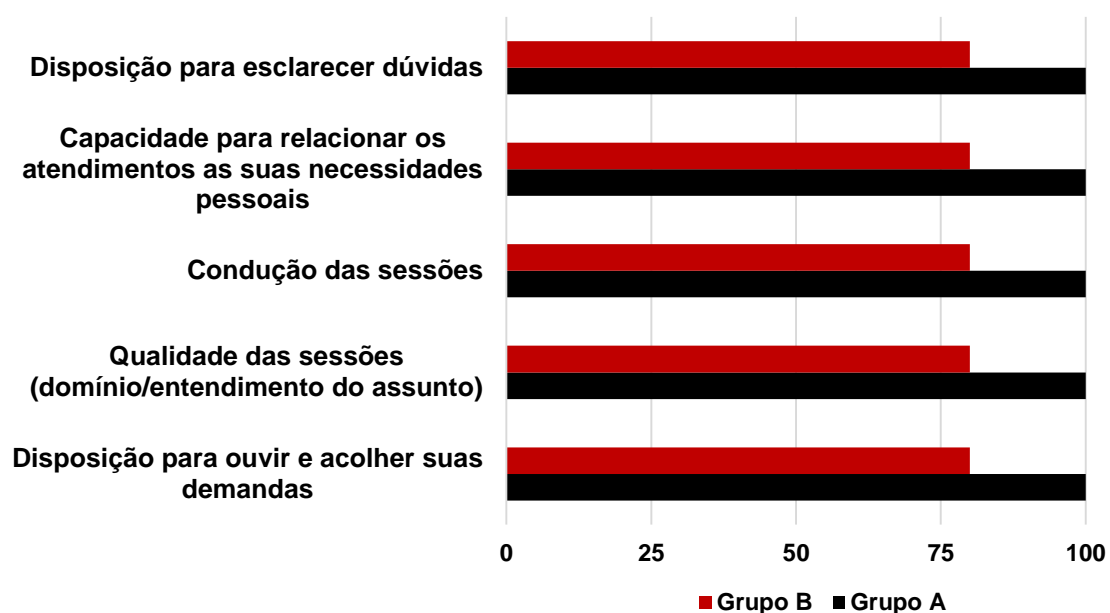


Figura 25 - Porcentagem de participantes que avaliaram como "muito bom" ou "ótimo" os itens sobre relacionamento com a terapeuta.

DISCUSSÃO

Replicando descrições da literatura sobre intervenções em grupo para Ansiedade Social, o protocolo apresentou significativa evidência de eficácia para minimizar ou eliminar indicadores usualmente relacionados à ansiedade social. Comparando o desempenho no início e ao final da intervenção, podemos observar uma queda representativa dos escores de ansiedade social, seja na intensidade do *medo* atribuído para *desempenhar* atividades na presença de outras pessoas ou na *interação* com as mesmas, seja pelo decréscimo na frequência de *evitação* nessas mesmas condições; esse decréscimo de indicadores de cuidado foi também observado nas medidas de indicadores de riscos em saúde mental, de ansiedade e de depressão. Além disso, foram registradas mudanças positivas e qualitativas nos indicadores de Habilidades Sociais e de Qualidade de Vida, replicando significativamente outros resultados descritos na literatura (Gil et al., 2000; Pureza, et al., 2012; Monteiro et al., 2017; McEvoy, 2007). É interessante notar que essas mudanças aconteceram, de forma muito similar, em dois grupos distintos implementados em momentos diferentes, indicando um forte componente de replicabilidade dos resultados positivos da intervenção, independente do momento e das participantes da intervenção.

Esse efeito amplo em diferentes dimensões da saúde e do repertório das participantes talvez seja melhor endereçado se nos movermos de uma posição de construção de diagnósticos para aquela que descreveria fenômenos e processos envolvidos nas contingências em operação (Banaco, 2001; Banaco & Zamignani, 2004; Coêlho et al., 2008). Considerando que o repertório observado na fobia social teria sido produto de processos sob controle de complexas contingências, majoritariamente aversivas, podemos pressupor que essas contingências poderiam ser as mesmas que estariam na base da diminuição ou extinção de respostas operantes

importantes para interação social (afetadas nas medidas de depressão e qualidade de vida, por exemplo) ou das respostas fisiológicas incondicionadas ou condicionadas apreciadas em diversas avaliações do fenômeno. Se esses forem os processos em operação, um procedimento de intervenção que tem por finalidade a diminuição das respostas fisiológicas da ansiedade e o estabelecimento de repertório para lidar de forma mais positiva e efetiva com o ambiente social, deveria produzir mudanças em diferentes elementos das contingências em operação, tendo como decorrência natural mudanças nesses elementos computados nas medidas de *diagnóstico* desses *transtornos mentais*.

A literatura ainda aponta a existência de alta frequência da co-ocorrência de outros transtornos de ansiedade ou mentais com quadros de ansiedade social (Wittchen & Fehm, 2001). Em geral, as taxas de comorbidade variam entre cerca de 69 e 99%, dependendo da amostra, configuração e avaliações do estudo (Steinert, Hofmann, Leichenring & Kruse, 2013). Os transtornos de ansiedade, depressivos, uso de substâncias e distúrbios somatoformes são as condições que mais frequentemente apresentam comorbidade com ansiedade social (Coles, Philipps, Menard, Pagano, Fay, Weisberg & Sout, 2006; Beesdo-Baum & Knappe 2012).

O Transtorno de Ansiedade Social pode resultar em isolamento social crônico, que está relacionado ao principal sintoma da ansiedade social: o medo de estar sendo avaliado negativamente. Nestes casos, o Transtorno de Depressão Maior também pode ser tornar um quadro presente no diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social (American Psychiatric Association, 2014). Deste modo, foi importante acompanhar se as participantes apresentavam sintomas de depressão e em que medida os sintomas seriam afetados pela intervenção. No início do tratamento, Lara, Andreia, Fernanda e Thais indicaram sintomas moderados de depressão;

Yasmin e Marcela sintomas leves; Callie, Sofia e Priscila apresentaram sintomas graves. Apesar de não haver nenhuma proposta terapêutica específica para o quadro depressivo, a maioria das participantes ao final da intervenção não apresentaram mais sintomas de depressão ou apenas sintomas leves. As participantes que sinalizaram sintomas depressivos entre moderado e leve associados ao Transtorno de Ansiedade Social conseguiram diminuí-los com a melhora do quadro de ansiedade social. Mas, não observamos reflexo deste progresso nos casos de sintomas depressivos graves. Knappe, Sasagawa e Creswell (2015) sugerem que em quadros de comorbidade uma condição temporariamente precede outra, se tornando um fator de risco potencial. Nessa perspectiva, estudos longitudinais apresentaram evidências de que o Transtorno de Ansiedade Social podem ser um fator de risco causal para transtornos depressivos, principalmente no caso de mulheres (MacKenzie & Fowler, 2013; Beesdo, Bittner, Pine, Stein, Höfler, Lieb & Wittchen, 2007; Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb, Wittchen, 2001b). No presente estudo, Priscila, Callie e Sofia foram as participantes que iniciaram a intervenção com indicadores de depressão grave. Priscila não seguiu com o tratamento até o final, Callie e Sofia continuaram apresentando um nível grave de sintomas depressivos na última avaliação.

Examinando as medidas da avaliação intermediária, referentes à introdução de técnicas diversas de relaxamento, a literatura aponta que este procedimento pode favorecer um maior controle das dimensões condicionadas ou incondicionadas da ansiedade (Caballo, 1996; Lundin, 1977). Em nosso estudo, podemos observar uma redução visível dos escores total de ansiedade social (LSAS) e de ansiedade em geral (BAI) embora esse decréscimo não seja estatisticamente significativo. Coerente com o que é esperado pela literatura, o efeito mais significativo observado, ao final do treino de relaxamento, foi uma redução da *ansiedade*

relatada em situação que exigiam o *desempenho* na presença de outra pessoa, sem necessariamente ter que interagir com ela; alterações também foram observadas aparentemente indicando redução da evitação. Embora essas diferenças ao final da avaliação intermediária não tenham apresentado fortes evidências estatísticas, elas demonstraram ser de significância clínica para algumas participantes. A participante Yasmin apresentou mudanças *clínicas significativas* já ao final desse módulo, tanto com relação à *ansiedade* em situações sociais, como na *diminuição da frequência de evitação* das mesmas. Três outras participantes também apresentaram, no mesmo momento de avaliação, uma redução *cl clinicamente significativa* da *esquiva* em situação sociais (Luiza, Jaqueline e Branca). Esse resultado mostrando uma diminuição da ansiedade e da evitação de forma bastante efetiva para algumas participantes, seguindo imediatamente o Módulo de Relaxamento, parece corroborar algumas discussões na literatura que têm apontado que o uso da *exposição* a estímulos sociais naturalmente decorrente das contingências envolvidas pelo convívio com o grupo, somado a técnica de controle das condições respondentes, pode já produzir algum efeito não somente sobre os colaterais emocionais, mas também na redução de repertório relativo a esquiva fóbica (Borgeat et al., 2009; Gil et al., 2000; Echeburúa et al., 1991)

No entanto, fica claro que as maiores evidências de mudanças estatísticas significativas e/ou clinicamente relevantes no repertório das participantes, para ambos grupos, foi observado seguindo o Módulos de Treino em Habilidades Sociais; as evidências foram mais consistentes nos indicadores de ansiedade social, de ansiedade em geral, de depressão e de qualidade de vida. Coerente com essa observação, examinando os domínios do instrumento de qualidade de vida, um dos domínios que apresentou alteração mais visível, para a maioria das participantes, foi aquele que envolvia as *facetas das relações sociais*. Além disso, os relatos apresentados no

questionário de avaliação produzido pelos experimentadores e os relatos das participantes na sessão de avaliação final são coerentes com os resultados indicados nos instrumentos padronizados. As participantes afirmam estar sendo mais proativas, interagindo com mais eficiência com algumas agências sociais. Esses resultados corroboram estudos que apresentaram indicadores semelhantes na literatura (Angélico, 2012; Monteiro et al, 2017; Murta, 2005).

Desta forma, podemos observar que o Módulo de Treino em Habilidades Sociais delineado, considerando elementos da análise funcional de contingências importantes para a maioria dos arrolados na intervenção em grupo, mostrou produzir evidências de eficiência e algum grau de manutenção dos ganhos (*follow-up*), mesmo não apresentando o componente cognitivo mais tradicionalmente incluído nesses processos: a reestruturação cognitiva. Embora com o delineamento atual não seja possível traçar quaisquer comparações entre os dois procedimentos, os resultados parecem corroborar que a intervenção pode gerar fortes evidências de eficiência e eficácia sem que estratégias de elementos explícitos cognitivos tenham sido implementados.

No delineamento inicial estava prevista uma coleta na forma de linha de base múltipla, na qual o segundo grupo teria já sido submetido a repetidas avaliações antes do início da intervenção. No entanto, ao serem convidadas para realizar a segunda avaliação antes do início da intervenção, quatro das seis participantes inicialmente selecionados informaram não ter interesse em continuar na pesquisa. Isso levou as pesquisadoras a implementar um novo processo de avaliação de interessados, resultando em ajustes do delineamento que levou ao formato atual. Em estudos posteriores, seria interessante investigar um efeito da ordem de cada

um dos componentes do protocolo, tentando identificar de forma mais sistemática a função de cada um deles.

Em geral, a maioria das participantes, de ambos os grupos, mantiveram uma frequência satisfatória nas sessões de intervenção (entre 78% e 89%). O procedimento ocorreu durante um semestre regular de atividades acadêmicas, o Grupo A realizou a intervenção durante os meses iniciais do semestre e o Grupo B nos meses finais. O final do semestre tem por característica uma maior quantidade de provas e trabalhos acadêmicos, o que poderia estabelecer uma competição entre as atividades acadêmicas e as atividades terapêuticas. Na avaliação final da intervenção, 80% das participantes do Grupo A indicaram que se dedicaram totalmente ou quase totalmente ao tratamento, enquanto que apenas 40% do Grupo B se avaliou com dedicação total ou quase total. A autoavaliação das participantes do Grupo B em relação à aplicabilidade dos conhecimentos e possibilidade de enfrentamento de situações de ansiedade também foi menor do que as participantes do Grupo A. Apesar disso, o período do semestre não afetou os resultados do Grupo B em termos clínicos ou a percepção geral dos resultados da intervenção.

As vantagens de uma intervenção grupal para indivíduos com Transtorno de Ansiedade Social conhecidas pela literatura da área, como interação social natural, reforço social e modelagem (Heimberg & Magee, 2016; Blanco; Heimberg; Schneier; Fresco; Chen; Turk & Campeas, 2010); estiveram presentes no procedimento avaliado. A duração média dos sintomas de ansiedade social varia de 19 a 21 anos em estudos clínicos (Fehm, Bessdo, Jacobi & Fiedler, 2008). As estudantes da intervenção apresentavam idades entre 21 e 30 anos, e apesar de muitas relatarem um histórico de sintomas de ansiedade social desde a infância, não se tratava de uma longa história de punição social, o que favoreceu a generalização das interações positivas

vivenciadas pelas participantes nas sessões em grupo e nas atividades propostas. Logo, grande parte do efeito positivo do procedimento pode estar relacionado com a idade das participantes.

A participante Sofia mostrou as menores evidências de ganhos em todo o processo de intervenção e em todas as medidas consideradas, apesar da sua considerável adesão ao tratamento. No entanto, essa participante perdeu a mãe quando criança, ficando sob cuidado de adultos ausentes. O relato mostra que, em geral, a paciente assumiu o cuidado dos irmãos e da família, com muitas responsabilidades e ausência de agência social afetiva e protetiva desde cedo. Na sua rotina não está prevista qualquer atividade física ou rotinas mantidas por reforços positivos. Mesmo assim, durante a intervenção foi observada uma evolução positiva em relação ao desempenho social durante o tratamento. Durante as sessões, a participante conseguia expressar sua opinião e manter gestos, posição e duração do olhar adequados. No entanto, com seu histórico de vida e condições atuais, possivelmente as condições da intervenção e o número de sessões previstas podem não ser suficientes para lidar com condições produzidas por tal história de contingências.

A avaliação do processo de intervenção, em geral, recebeu uma forte aprovação das participantes. No entanto, a grande maioria relatou que gostariam de ter um maior número de sessões, nas quais pudessem discutir mais cuidadosamente os colaterais emocionais envolvidos nos seus processos pessoais e desenvolver mais atividades práticas de habilidades sociais. Em relação aos materiais, o item de nível de profundidade dos temas e assuntos recebeu 80% de avaliações ótimas ou muito boas entre as participantes do Grupo A e 40% do Grupo B. Essa classificação está relacionada com a avaliação anterior da sequência e carga horária, uma vez que as participantes relatavam em sessão o interesse em aprofundar os temas. No entanto, sabemos que determinados temas podem gerar gatilhos para assuntos pessoais que dificilmente

poderiam ser abordados em sessões em grupo. Deste modo, temas emocionalmente delicados que surgiam em sessão eram imediatamente acolhidos pela terapeuta, mas sua continuidade era realizada ao final da sessão, individualmente. A maioria destes temas estava associado a problemas familiares.

Indivíduos com déficits em habilidades sociais e que apresentam sofrimento usualmente associado a ansiedade social podem ter perdas em contingências envolvidas no trabalho, no lazer e nas relações pessoais. O procedimento desenvolvido no presente trabalho mostrou evidência de eficiência para a maioria das participantes. Exigindo poucas sessões para sua implementação tem o potencial para ser aplicado em diversos contextos de atendimento, com baixo custo envolvido. Seria interessante, em futuros trabalhos, analisar os efeitos potenciais do aumento de número de sessões (ex. dez ou doze encontros), da ordem ou número de sessões dedicadas a cada componente e, quem sabe, criar um procedimento que possa aferir diferenças do seu desenvolvimento em sessões em grupo ou individuais.

REFERÊNCIAS

- Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A. & De Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 39(2), 241-254.
- Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 12-17.
- Aguiar, A. D., Aguiar, R. G. & Del Prette, Z. A. P. (2009). Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção. *São Carlos, SP: Editora da Universidade Federal de São Carlos*.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, Porto Alegre: Artmed.
- Añez, C. R. R., Reis, R. S. & Petroski, E. L. (2008). Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: Tradução e Validação para Adultos Jovens. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91 (2), 102-109.
- Angélico, A. P. (2009). *Transtorno de ansiedade social e habilidades sociais: estudo psicométrico e empírico*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP.
- Angélico, A. P., Crippa, J. A. S. & Loureiro, S. R. (2012). Utilização do Inventário de Habilidades Sociais no diagnóstico do transtorno de Ansiedade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (3), 467-476.
- Araújo, A. C. & Neto, F. L. (2014). A Nova Classificação Americana para os Transtornos Mentais - o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16 (1), p. 67-82.
- Banaco, R. A. (2001). Alternativas não aversivas para o tratamento de problemas de ansiedade. Em: Marinho, M. L. & Caballo, V. E. (Org.). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Londrina: Editora UEL.
- Banaco, R. A & Zamignani, D. R. (2004). An analytical-behavioral panorama no the anxiety disorders. Em T. C. C. Grassi, (Org.), *Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview*. Santo André: ESETec.
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J. & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of anxiety disorders*, 39, 44-64.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary

- depression in the first three decades of life. *Archives of general psychiatry*, 64(8), 903-912.
- Beesdo-Baum, K. & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 21(3), 457-478.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G. & Wittchen, H. U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411-425.
- Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L. & Campeas, R. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), p. 286-295.
- Boing, E. & Crepaldi, M. A. (2010). O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. *Psicologia ciência e profissão*, 30 (3), p. 634-649.
- Borgeat, F., Stankovic, M., Khazaal, Y., Rouget, W.B., Baumann, M., et al. (2009). Does the form or the amount of exposure make a difference in the cognitive-behavioral therapy treatment social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 507-513.
- Bragança, G. M. G. (2012). *Avaliação da prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes com Hiperidrose primária grave*. Dissertação de Mestrado, Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, SE, Brasil.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. & Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 647-696.
- Burlingame, G. M., Strauss, B. & Joyce, A. S. (2013). Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. Em M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Caballo, V. E. (1996). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo, SP: Santos Livraria Editora
- Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.
- Coelho, N.L. & Tourinho, E.Z. (2008). O conceito de ansiedade na Análise do Comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1), 171-178.

- Coles, M. E., Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., Weisberg, R. B. & Stout, R. L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: cross-sectional and prospective data. *Depression and anxiety*, 23(1), 26-33.
- Cummings, N. A. & Cummings, J. L. (2005). Behavioral interventions for somatizers within the primary care setting. In: N. A. Cummings, W. T. O'Donahue, & E.V. Naylor, *Psychological approaches to chronic disease management*. Reno, NV: Context Press.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em Português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora.
- De Toledo Chagas, M., Guilherme, G. & Moriyama, J. S. (2013). Intervenção Clínica em Grupo baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso: Manejo da Ansiedade. *Acta comportamental*, 21 (4), p. 495-508.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, Z.A.P., & Barreto, M. C. M. (1998). Análise de um inventário de habilidades sociais (IHS) em uma amostra de universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14 (3), 219-228.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. (1ª Edição). São Paulo: Editora Vozes.
- D'El Rey, G. J. F., Beidel, D. C. & Pacini, C. A. (2006). Tratamento da fobia social generalizada: comparação entre técnicas. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*, 8 (1), p.001-012.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), p. 53-81.
- Dubois, M. J., Lepedu, Y., Gerard, J. F. & Sampaio, E. C. (2001). Adaptação do comportamento animal e mundos emergentes. *Psicologia. Reflexão e Crítica*, 14 (3), p. 581-587.
- Echeburúa, E. & Slaberría, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: Um análisis crítico. *Psicothema*, 3, 1-23.
- Estes, W. K. & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-400.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F. & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(4), 257-265.

- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. *Revista de Saúde Pública*, 34 (2), p. 178-183.
- Forni dos Santos, L. F., Loureiro, S. R., Crippa, J. A. S. & Osório, F. L. (2013). Psychometric validation study of the liebowitz social anxiety scale-Self-reported version for Brazilian Portuguese. *PloS one*, 8 (7), e70235.
- Forni-Santos, L. F. D. (2012). *Estudo da validade e fidedignidade da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-versão auto-aplicada*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Friman, P. C., Hayes, S.C., & Wilson, K.G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156.
- Gershman, I.M. (2009). Análise do comportamento aplicada às Habilidades Sociais. Em Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette (org.), *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Gil, P. J. M., Carrillo, F. X. M. & Meca, J. S. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12 (3), 346-352.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological psychiatry*, 51(1), 101-108.
- Heimberg, R. G., & Magee, L. (2016). Transtorno de ansiedade social. *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo*, 114.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Kerbaui, R. R. (2008). Terapia comportamental de grupo. In: Delitti, M. & Derdyk, P. (Orgs.), *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*, Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Kessler R. C., Demler, M. A., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus H. Á., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B. & Zaslavsky, A. M. (2005) Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352 (24).
- Knappe, S., Sasagawa, S. & Creswell, C. (2015). Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In *Social anxiety and phobia in adolescents*. Springer, Cham.

- Lima, T. H. (2001). Inventário de Habilidades Sociais: Pioneirismo na Avaliação Clínica, Educacional e Organizacional. *Avaliação Psicológica*, 5 (2), p. 277-278.
- Lundin, R. W. (1977). *Personalidade: Uma Análise do Comportamento*. São Paulo, SP: EPU
- MacKenzie, M. B. & Fowler, K. F. (2013). Social anxiety disorder in the Canadian population: exploring gender differences in sociodemographic profile. *Journal of anxiety disorders*, 27(4), 427-434.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030-3040.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25 (1), p. 65-74.
- Michael, J. (1982). Distinguishing between discriminative and motivations functions of stimulus. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149-155.
- Michael, J. (2000). Implications and refinements of the establishing operation concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 401-410.
- Monteiro, B. K., Reis, M. D. J. D. D. & Silva, M. F. F. D. (2017). Saúde mental e qualidade de vida de servidores públicos: avaliando protocolo de intervenção para dor. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19 (2).
- Murta, S. G. (2005). Aplicações do treinamento de habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 283-291.
- Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S. & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): Manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- O'Donohue, W. & Krasner, L. (1995). *Theories of behavior therapy: exploring behavior change*. Washington: American Psychological Association.
- Oliveira, L. S., Rabelo, D. F. & Queroz, N. C. (2012). Estilo de Vida, sendo de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas – MG. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12 (2), p. 416-430.
- Otto, M. W., Pollack, M. H. & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 556.

- Paula, C. S., Duarte, C. S. & Bordin, I. A. (2007). Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), p. 11-17.
- Peçanha, R. F. (2005). *Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento Cognitivo-comportamental para casais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Pine, D. S. (1997). Childhood anxiety disorders. *Current Opinion in Pediatrics*, 9(4), 329-338.
- Portes, L. A. (2011). Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *Lifestyle Journal*, 1(1), p. 8-10.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R. & Emmelkamp, P. M. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 94-113.
- Pureza, J. R., Rusch, S. G. S., Wagner, M. & Oliveira, M. S. (2012). Treinamento de habilidades sociais em universitários: uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), p. 2-9.
- Rimm, D. C. & Masters, J. C. (1983). *Terapia Comportamental*. (2a. edição). São Paulo: Ed Manole.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D. & Savard, P. (2008). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Behavior Modification*, 32(3), 333-351.
- Ruiz, L. P. (2016). *Autoestima e Depressão em mulheres portadoras de vitiligo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP.
- Salvo, C. G., Sabbag, G. M., Grün, T. B. & Ingberman, Y. K. (2008). O trabalho em grupo para ansiedade de desempenho. In: M. Delitti & P. Derdyk (Orgs.), *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*, Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editora Psy.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of general psychiatry*, 58(3), 251-256.

- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F. & Kruse, J. (2013). What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *Journal of anxiety disorders*, 27(7), 692-702.
- Sztamfter, S. & Savoia, M. G. (2008). Fobia social, família e terapia em grupo: uma experiência esperançosa. In: M. Delitti & P. Derdyk (Orgs.), *Terapia Analítico-Comportamental em Grupo*, Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Tefikow, S., Bormann, B. & Strauß, B. (2012). Gruppentherapie der Sozialphobie. In B. Strauss, D. Mattke (Eds.), *Gruppenpsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis*. Heidelberg: Springer.
- Villa, M. B., Aguiar, A. A. R. & Del Prette, Z. A. P. (2012). Intervenções baseadas em evidências: aplicações do método JT. *São Carlos, SP: Editora da Universidade Federal de São Carlos*.
- Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A. & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 5(1), 46-61.
- Wittchen, H. U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s417), 4-18.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

ANEXO 1
Descrição dos Casos

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO – THAIS	
IDADE: 27 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Não FORMAÇÃO: Graduação em Química	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Sim Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, ansiedade e funcionamento da personalidade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Às vezes Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 2 Atividade física: Yoga / Exercício em casa (5x na semana) Histórico familiar de doenças: Hipertensão, diabetes, complicações cardiovasculares, doenças respiratórias, câncer.

Na entrevista de seleção, Thais conta que se interessou em participar do tratamento, pois sabe que é ansiosa e tem dificuldade em fazer amigos. Com 20 anos de idade, ao entrar na universidade, percebeu os sintomas de ansiedade social. Relata que não consegue se enquadrar nos grupos, pensa que seu comportamento é “forçado”. Pelas situações descritas por Thais pode-se supor que em alguns grupos ela sofre uma rejeição real. Thais namora há mais de cinco anos. Durante a semana, ela frequenta as aulas todos os dias, em casa costuma assistir TV e fazer seus exercícios. No final de semana, Thais viaja para encontrar o namorado, cuja relação é definida como ótima, mas geralmente tem conflitos com a sogra. O relacionamento com os irmãos é bom, o irmão mais novo é mais próximo. O pai sempre trabalhou muito, mas Thais afirma que quando era necessário a apoiou. Tinha um relacionamento muito bom com a mãe, mas após o divórcio dos pais, a mãe mudou de cidade e se afastou. Possui quatro amigos próximos e em média 10 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Desde o início da intervenção, Thais sempre se mostrou disposta a interagir com as outras participantes, apesar de relatar posteriormente que depois ficava pensando se estava sendo avaliada negativamente por seu desempenho no grupo. Demonstrava não ter dificuldades em aplicar as técnicas de relaxamento em sessão ou em casa. Thais desenvolveu um bom vínculo com a terapeuta, confidenciando uma grande variedade de assuntos tanto nas sessões em grupo, quanto individualmente. Era assídua nas sessões, e se empenhava em realizar as atividades práticas de habilidades sociais.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - JAQUELINE	
IDADE: 30 anos ESTADO CIVIL: Casada ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Adventista FORMAÇÃO: Doutorado em Química	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, raiva, mania, ansiedade e dissociação	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Nunca Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 3 Atividade física: Andar de bicicleta (Todos os dias) Histórico familiar de doenças: Diabetes

Jaqueline relata que se interessou em participar do tratamento, pois percebe que é um momento em que precisa “viver normal” e interagir com as pessoas. Desde a infância, no colégio com as outras crianças, já se sentia com vergonha e mais isolada. Os pais eram bastante rigorosos e não deixavam ela e as irmãs saírem. Jaqueline diz que sempre preferiu estar sozinha a estar com outras pessoas. Não gosta de “ser percebida”, tem medo de ser encarada como uma pessoa estranha. Ela é casada, mora sozinha na cidade, enquanto o marido ficou em sua cidade natal. Durante a semana, Jaqueline estuda a bíblia, vai ao laboratório trabalhar em sua pesquisa e almoça no restaurante da universidade. De volta em sua casa, costuma conversar com o marido, estudar ou fazer artesanato. O relacionamento familiar é bom, apesar de não estarem presentes pessoalmente. Os principais apoios na família são a mãe e o marido. Possui dois amigos próximos e em média 10 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

No início das intervenções, Jaqueline participava do grupo quando solicitada, apesar de evitar contato visual com as demais participantes. Conseguia aplicar as técnicas de relaxamento em sessão, e dizia praticar principalmente antes de ir dormir. Na quarta sessão de intervenção, ela relatou que havia prestado um concurso para professora universitária e passaria por uma prova prática, ministrar uma aula para avaliadores. Ela estava ansiosa, mas se sentia mais segura, pois estava utilizando as técnicas de relaxamento. Após a avaliação, ela relatou que estava contente com seu desempenho e conseguiu fazer como havia planejado. Nas próximas sessões de intervenção, Jaqueline já demonstrava mais confiança em grupo e participava mais ativamente, inclusive aconselhando outras participantes. Teve boa adesão às sessões de intervenção e às atividades para casa e estabeleceu um vínculo saudável com a terapeuta. Em nossa última sessão de *follow-up*, ela contou que havia passado na seleção para professora e estava aguardando a convocação.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - LUIZA	
IDADE: 24 anos ESTADO CIVIL: Casada ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Católica FORMAÇÃO: Graduação em Fisioterapia	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Raiva, mania e ansiedade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Raramente Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 5 Atividade física: Academia (2x na semana) Pilates (Todos os dias) Histórico familiar de doenças: Diabetes, complicações cardiovasculares, hipertensão.

O interesse de Luiza em participar do tratamento tem como principal motivo as dificuldades que enfrenta em seu trabalho. Conta que desde muito pequena tinha vergonha de fazer várias coisas, mas como sua mãe ou irmã estavam sempre presentes, elas acabavam “fazendo as coisas em seu lugar”. Depois que se casou e mudou de cidade passa por algumas situações que precisa enfrentar sozinha. Sente especial dificuldade em interagir com pessoas desconhecidas ou ser observada enquanto trabalha. Situação que é muito corriqueira, pois como instrutora de pilates os alunos constantemente “avaliam” sua aula. Também não consegue ser o “centro das atenções”, sendo complicado até puxar o cordão no ônibus para solicitar a parada ou comer sozinha em um restaurante. Durante a semana, Luiza arruma a casa de manhã, depois faz o almoço e vai para academia. À tarde, ela entra no trabalho às 16h e sai às 21h. Considera o relacionamento com o marido ótimo, sempre recebe apoio em suas limitações. Possui quatro amigos próximos e em média 15 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Luiza sempre foi uma participante assídua dos grupos. Inicialmente, ela tinha dificuldade em falar em tom de voz audível e manter contato visual com as outras participantes durante as sessões. Desde o início estabeleceu um bom vínculo com a terapeuta. Não teve dificuldades para aplicar as técnicas de relaxamento em sessão e relatava utilizar com frequência no trabalho. Luiza demonstrava se empenhar na realização das tarefas práticas relacionadas às habilidades sociais, e dizia ter melhorado seu desempenho no trabalho.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - YASMIN	
IDADE: 22 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Não FORMAÇÃO: Graduação em Biotecnologia	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Sim Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, ansiedade, somatização, psicose, problemas de memória, pensamentos/comportamentos repetitivos e funcionamento da personalidade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Raramente Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 2 Atividade física: Yoga (2x por semana) Histórico familiar de doenças: -

Yasmin diz que possui uma dificuldade grave em situações sociais, muitas vezes quer participar de grupos, mas não consegue; e por isso teve interesse em participar do tratamento. Lembra que desde os 12 anos não gostava de “ser o centro das atenções”, sofria *Bulling* e era chamada de apelidos constrangedores. Atualmente, identifica pessoas com quem gostaria de se relacionar, mas teme ser rejeitada ou avaliada de forma negativa, na verdade diz ter certeza que não será bem-quista e será como uma intrusa. Às vezes, utiliza bebida alcoólica em festas para ajudar a relaxar e conseguir falar com as pessoas. Durante a semana, Yasmin frequenta às aulas, conversa com os amigos pelas redes sociais, gosta de ver filmes e séries. Ela mora somente com a mãe, e não tem contato com o pai. O relacionamento familiar é conflituoso, a mãe é distante e não conversam intimamente. Os principais apoios emocionais são os amigos. Possui dois amigos próximos e em média 10 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Desde o início da intervenção, Yasmin tomava iniciativa em participar das interações no grupo. Ficou muito aliviada em aprender as técnicas de relaxamento, porque relatava que os sintomas físicos de ansiedade causavam muito desconforto durante as situações sociais. Ela relatava que as técnicas eram muito eficazes e fazia com frequência fora das sessões. Também realizava as atividades para casa relacionadas às habilidades sociais e relatava nas sessões suas tentativas de interagir em grupos. Teve boa adesão às sessões de intervenção e estabeleceu um vínculo saudável com a terapeuta.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - SOFIA	
IDADE: 26 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Negra RELIGIÃO: Não FORMAÇÃO: Graduação em Letras	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Sim Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, ansiedade, ideação suicida, problemas com sono e memória, pensamentos/comportamentos repetitivos, dissociação e funcionamento da personalidade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Raramente Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 3 Atividade física: Não Histórico familiar de doenças: Diabetes

Desde a primeira entrevista Sofia chorou muito e pediu para receber atendimento o quanto antes, pois já não aguentava mais continuar da forma que estava. Relatou que fazia tratamento psicológico em sua cidade natal, mas quando mudou de cidade para estudar, ficou sem trabalho, portanto sem condições financeiras de continuar o atendimento. Perdeu a mãe ainda criança, então ela e seus irmãos (2) foram cuidados por seu pai. O pai era ausente e segundo ela sem muita responsabilidade, por isso, Sofia como filha mais velha assumiu várias tarefas em casa e em relação aos irmãos. Tem muita dificuldade em conversar com as pessoas e fazer amizades. Se sente deslocada das pessoas com quem tem convivência na faculdade. Sofia mora na casa de uma tia há dois anos, enquanto estuda. O relacionamento é bom, mas ela não consegue se sentir “à vontade” e pensa que está sempre incomodando. Durante a semana, ela frequenta as aulas no período noturno, e relata dificuldades de concentração e em conseguir seguir o curso. Em casa, Sofia estuda, gosta de assistir filmes e séries. O principal apoio é seu namorado, mas sente que o está atrapalhando com seus problemas. Possui três amigos próximos, mas que moram em outras cidades.

Sofia frequentava os grupos com assiduidade, participava quando solicitada, mas sempre com voz muito baixa e evitando contato visual. O vínculo estabelecido com a terapeuta era bom. Durante as sessões, Sofia relatou dificuldades em praticar os relaxamentos, muitas delas relacionadas à distração. Em casa, também não conseguia manter uma regularidade na prática. Ela realizou as atividades de habilidades sociais, e apresentou progressos em seu comportamento no grupo (iniciar fala no grupo, contato visual).

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - PRISCILA	
IDADE: 21 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Espírita FORMAÇÃO: Graduação em Fisioterapia	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS-1): Depressão, ansiedade, somatização, problemas com sono e memória, pensamentos/comportamentos repetitivos, dissociação e funcionamento da personalidade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Raramente Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 4 Atividade física: Musculação (Todos os dias) Histórico familiar de doenças: -

Priscila teve interesse em participar do tratamento para aprender a lidar com a própria ansiedade e encarou como uma oportunidade de melhora. Desde “pequena” tinha problemas em se relacionar, o que piorou na adolescência (chegou a passar mal em situações sociais). As principais dificuldades estão em lidar com pessoas em posição de autoridade, interagir com desconhecidos e apresentações acadêmicas. Priscila relata sentir muito tremor, suor e dor de estômago devido a ansiedade. Durante a semana, ela vai para faculdade, onde faz suas refeições. À noite frequenta a academia, e nas horas de lazer assiste filmes. O relacionamento familiar é ruim, mora com duas irmãs, a mãe, o primo e os avós, mas não há interação familiar e muitas brigas. Priscila relata que nenhum membro de sua família fornece apoio emocional. Possui dois amigos próximos e em média 10 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Em relação à intervenção, Priscila não apresentou uma frequência regular desde o início. Nas sessões em que participou, ela não falou muito. Conseguiu aplicar as técnicas de relaxamento em sessão e não relatou problemas. O vínculo era bom, mas foi pouco estabelecido. A partir da quarta sessão, ela deixou de frequentar à intervenção sem comunicar, e não retornou às tentativas de contato.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - MARCELA	
IDADE: 23 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Negra RELIGIÃO: Católica FORMAÇÃO: Graduação em Psicologia	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, somatização, ansiedade, problemas com sono e memória e pensamentos e comportamentos repetitivos.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Raramente Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 6 Atividade física: Academia (3x por semana) Histórico familiar de doenças: Diabetes, hipertensão.

O interesse de Marcela em participar do tratamento foi a necessidade de ajuda e a oportunidade para autoconhecimento. O início dos sintomas foi após a entrada na universidade. Os problemas são relacionados à apresentações acadêmicas (insônia, não consegue comer), ir à festas e falar diante de outras pessoas, principalmente autoridades e desconhecidos. Durante a semana, ela frequenta às aulas da faculdade, estágios, ensaio de bateria e academia. O relacionamento familiar com a mãe, pai e irmã é tranquilo, sem conflitos. Marcela os considera um pouco distantes, mas uma relação saudável. Possui três amigos próximos e em média 15 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Marcela sempre frequentou com regularidade às sessões de intervenção, participando ativamente do grupo. O vínculo estabelecido com a terapeuta foi saudável. Marcela não apresentou dificuldades na realização dos exercícios de relaxamento em sessão, e relatava conseguir praticá-los em casa. Ela também se empenhou nas atividades de habilidades sociais e se propunha a se expor à situações desafiadoras. Durante a intervenção, Marcela teve uma apresentação de seminário e relatou na sessão em grupo que estava conseguindo controlar os sintomas de ansiedade prévios à apresentação.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - CALLIE	
IDADE: 21 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: São Doutrina FORMAÇÃO: Graduação em Estatística	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreo (PROMIS 1): Depressão, raiva, mania, ansiedade, somatização, ideação suicida, problemas com sono e memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação e funcionamento da personalidade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Às vezes Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 4 Atividade física: Academia (3x por semana) Histórico familiar de doenças: Hipertensão, doenças respiratórias e câncer.

Desde os 6 anos, Callie contou perceber sintomas de ansiedade, sofria *bullying* por estar acima do peso, e sempre se sentia avaliada pelas outras pessoas. Se interessou em participar do tratamento, pois quer melhorar e os sintomas de ansiedade estão afetando muito sua vida acadêmica. Tem muita dificuldade em interagir com pessoas em posição de autoridade (professores) e fazer apresentações acadêmicas, apresentando sintomas físicos, como enjoos e insônia. Durante a semana, Callie frequenta a faculdade, vai à academia. Em seu tempo livre gosta de assistir vídeos de maquiagem e ficar com o namorado. Sua família é composta pelo pai, mãe e irmão mais novo. Callie relata que relacionamento familiar melhorou, mas ainda existem brigas. Possui quatro amigos próximos e em média 10 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Callie iniciou a intervenção com um perfil diferente, quando está ansiosa ela fala muito, e não consegue se fazer entender, pois não consegue concluir a fala e já inicia outro assunto. Teve boa adesão às sessões em grupo e estabeleceu um vínculo saudável com a terapeuta. Callie relatou dificuldades em praticar as técnicas de relaxamento no início, mas com as tarefas para casa, passou a conseguir. O relaxamento foi importante para que ela dormisse melhor e passasse a se expressar de forma mais clara e sucinta. Não relatou problemas com as atividades de habilidades sociais.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - BRANCA	
IDADE: 25 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Católica FORMAÇÃO: Graduação em Engenharia Civil	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, raiva, somatização e ansiedade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Raramente Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 4 Atividade física: Não Histórico familiar de doenças: Hipertensão, diabetes, demência, complicações cardiovasculares e câncer.

Os sintomas de ansiedade ficaram mais intensos no início deste ano, pois Branca devia ter se formado no final do ano passado, mas teve que continuar por mais um ano devido a uma disciplina que precisou repetir. Não consegue ir à festas, interagir em grupo ou fazer avaliações acadêmicas. Durante a semana, Branca frequenta às aulas na faculdade, tem aulas de inglês, sai com o namorado e gosta de assistir séries. Ela diz que o relacionamento familiar já foi bom, mas atualmente é um pouco estressante, devido às mudanças na rotina da casa porque a avó foi morar com a família (mãe, pai e irmã). O principal apoio na família é a mãe. Possui quatro amigos próximos e em média 15 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Branca frequentou assiduamente às sessões em grupo e sempre participava quando solicitado. Não relatou problemas em aplicar as técnicas de relaxamento em sessão ou em casa. Ela chegou a dizer que em algumas ocasiões tinha urgência intestinal quando precisava estar em um grupo de pessoas, mas conseguiu diminuir a ocorrência deste sintoma utilizando as técnicas de relaxamento. Branca estabeleceu um vínculo saudável com a terapeuta. Conseguiu realizar as atividades relacionadas à habilidades sociais com empenho.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - LARA	
IDADE: 21 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Negra RELIGIÃO: Católica FORMAÇÃO: Graduação em Engenharia de Produção	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, raiva, ansiedade, somatização, problemas com sono e memória, pensamentos/comportamentos repetitivos e funcionamento da personalidade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Raramente Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 3 Atividade física: Corrida (Finais de semana) Histórico familiar de doenças: Hipertensão

Lara contou que ao iniciar o Ensino Médio percebeu a dificuldade em interagir com as pessoas. Na época tinha dois ou três amigos, e sempre se cobrava em relação às situações sociais, e fazia tudo o que pediam. Após a formatura, trabalhou por dois anos com telemarketing, o que “ajudou com a timidez”. Atualmente, não consegue interagir com pessoas em posição de autoridade e tem dificuldades em fazer avaliações acadêmicas (insônia, dor de estômago, choro). Lara costuma ir para aula todos os dias, em casa, estuda e conversa com o namorado, que mora em sua cidade natal. Retorna à casa dos pais a cada 15 dias, onde moram o pai, a mãe e dois irmãos mais novos. Classifica o relacionamento familiar como muito bom, e diz receber muito apoio. Possui três amigos próximos e em média 7 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

O vínculo terapêutico estabelecido foi bom, e Lara frequentava com certa regularidade às sessões em grupos, apesar de algumas faltas. Relatou gostar muito das técnicas de relaxamento e aplicar antes de dormir e estudar. Ela interagia com o grupo sem problemas quando solicitado e realizou algumas das atividades de habilidades sociais.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - ANDREIA	
IDADE: 23 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Evangélica FORMAÇÃO: Mestrado em Educação Especial	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Sim Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Raiva, mania, ansiedade, somatização, problemas com sono e memória, pensamentos/comportamentos repetitivos, funcionamento da personalidade e uso de substâncias.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Nunca Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 6 Atividade física: Academia (Todos os dias) Histórico familiar de doenças: -

Andreia relata ter maiores problemas em relação a avaliações acadêmicas, interagir com pessoas em posição de autoridade (professores) e também colegas de pesquisa. Tem medo de ser rejeitada, evita paquerar e dar sua opinião em discussões em grupo. Ela vai às aulas três vezes por semana, em casa, gosta de ouvir música e usar as redes sociais. Sua família é composta pela mãe, pai e uma irmã mais nova. Descreve o relacionamento familiar como “tranquilo na medida do possível”, sem muito afeto: a mãe é muito materialista, não demonstra sentimentos, o pai sempre foi mais tranquilo, e a irmã é quem fornece apoio emocional. Possui dois amigos próximos e em média 7 pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Desde o início das intervenções, Andreia sempre se mostrou participativa e assídua às sessões em grupo. O vínculo estabelecido foi rápido e saudável, ela costumava compartilhar várias situações e dúvidas com a terapeuta. Gostou muito de aprender as técnicas de relaxamento, porque dizia que se sentir muito tensa e não conseguia respirar durante as apresentações acadêmicas. Andreia demonstrava empenho na realização das tarefas de relaxamento e de habilidades sociais.

Anexo 1

APRESENTAÇÃO DE CASO - FERNANDA	
IDADE: 24 anos ESTADO CIVIL: Solteira ORIENTAÇÃO SEXUAL: Heterossexual RAÇA: Branca RELIGIÃO: Não FORMAÇÃO: Graduação em Medicina	
INDICADORES DE SAÚDE MENTAL	
Medicação Psicotrópica: Não Psicoterapia antes do Grupo: Não Sintomas indicados pelo rastreio (PROMIS 1): Depressão, raiva, ansiedade, problemas com sono e memória, funcionamento da personalidade.	
INDICADORES DE SAÚDE	
Consumo de bebida alcoólica: Às vezes Consumo de tabaco: Não Consumo de outras drogas: Não Uso de medicamentos: Não	Quantidade de refeições por dia: 4 Atividade física: Academia (2x por semana) Histórico familiar de doenças: Hipertensão, diabetes.

Em nossa entrevista inicial, Fernanda disse que se interessou em participar do tratamento para saber se tinha “algum problema”. Ela relatou que desde sempre foi muito quieta, e os professores já conversavam sobre isso com seus pais. Tem muita dificuldade em conversar com pessoas desconhecidas e falar em grupos de discussões acadêmicas. Fernanda se preocupa com o que as pessoas vão achar do que ela vai falar ou fazer. Durante a semana vai para a faculdade, chegando em casa geralmente estuda e depois frequenta a academia. Aos finais de semana retorna para sua cidade natal, onde mora sua mãe e o namorado. Fernanda é filha única e considera o relacionamento familiar bom. Possui dois amigos próximos e em média seis pessoas fazem parte de seu ciclo de amizades.

Fernanda participou com assiduidade dos dois primeiros módulos da intervenção. O vínculo estabelecido com a terapeuta foi saudável. Não teve dificuldades em praticar as técnicas de relaxamento em sessão ou em casa. Na avaliação intermediária, ela contou que não poderia participar da segunda etapa da intervenção, pois iria ter que se ausentar da cidade por um mês.

ANEXO 2
Escala de Ansiedade Social - Liebowitz

Anexo 2

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

Escala de Fobia Social - Liebowitz

Nome: _____ Data: _____ Idade: _____ Aplicador: _____

	MEDO OU ANSIEDADE 0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	EVITAÇÃO 0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público (P).		
2. Participar de pequenos grupos (P).		
3. Comer em locais públicos (P).		
4. Beber com outros em locais públicos (P).		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade (S).		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência (P).		
7. Ir a uma festa (S).		
8. Trabalhar sendo observado (P).		
9. Escrever sendo observado (P).		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem (S).		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem (S).		
12. Encontrar com estranhos (S).		
13. Urinar em banheiro público (P).		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados (P).		
15. Ser o centro das atenções (S).		
16. Falar em uma reunião (P).		
17. Fazer uma prova (P).		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conhece bem (S).		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conhece bem (S).		
20. Relatar algo para um grupo (P).		
21. Tentar paquerar alguém (P).		
22. Devolver mercadorias para uma loja (S).		
23. Dar uma festa (S)		
24. Resistir as pressões de um vendedor (S).		

ESCORE TOTAL.		
ANSIEDADE DE PERFORMANCE (P).		
ANSIEDADE SOCIAL (S).		

ANEXO 3
Escala Transversal de Sintomas de Nivel 1

Anexo 3

ESCALA TRANSVERSAL DE SINTOMAS DE NÍVEL 1 Autoaplicável do DSM-5 ADULTO

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____ Sexo: () Masc. () Fem.
 Se a escala está sendo preenchida por um informante, qual é a sua relação com o indivíduo? _____
 Em uma semana típica, aproximadamente quanto tempo você passa com o indivíduo? _____ Horas/semana.

INSTRUÇÕES

As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS**.

	Nada (de modo algum)	Muito leve (Raramente, menos de um ou dois dias)	Leve (Vários dias)	Moderado (Mais da metade dos dias)	Grave (Quase todas os dias)	+
1	Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3	4
2	Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?	0	1	2	3	4
3	Sentiu-se mais irritado, mal-humorado, ou zangado do que o usual?	0	1	2	3	4
4	Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?	0	1	2	3	4
5	Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4
6	Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	0	1	2	3	4
7	Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	0	1	2	3	4
8	Evitou situações que ... deixam ansioso?	0	1	2	3	4
9	Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex., cabeça, costas, articulações, abdômen, pernas)?	0	1	2	3	4
10	Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	0	1	2	3	4
11	Pensamento de ferir a si mesmo?	0	1	2	3	4
12	Ouvia coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	0	1	2	3	4
13	Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4
14	Problemas com sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?	0	1	2	3	4
15	Problemas com a memória (p.ex., aprender informações novas) ou com localização (p. ex., encontrar o caminho para casa)?	0	1	2	3	4
16	Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	0	1	2	3	4
17	Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	0	1	2	3	4
18	Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?	0	1	2	3	4
19	Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	0	1	2	3	4
20	Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutos das suas relações com elas?	0	1	2	3	4
21	Bebeu no mínimo 4 drinks de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?	0	1	2	3	4
22	Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?	0	1	2	3	4
23	Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito? (p.ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam], ou drogas como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solvente [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes])?	0	1	2	3	4

ANEXO 4
Escala de Severidade de Ansiedade Social

Anexo 4

ANSIEDADE SOCIAL

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino

Data __/__/__

As questões abaixo estão relacionadas a pensamentos, sentimentos e comportamentos que você pode ter sobre situações sociais. Usualmente situações sociais incluem: falar em público, falar em encontros ou congressos, atender a eventos sociais ou festas, apresentar-se a outras pessoas, ter conversas com outras pessoas, receber ou dar elogios, fazer pedidos para outras pessoas, comer ou escrever em público, entre outros. Por favor, responda cada item colocando uma marca (X) em uma única opção por questão.

Nos últimos sete dias eu tenho...		Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
1	Sentido momentos súbitos de terror, medo ou temor em situações sociais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Me sentido ansioso, preocupado ou nervoso com relação a situações sociais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Tenho pensamentos de que poderia ser rejeitado, humilhado, ridicularizado, me sentir embaraçado ou ser ofendido por outras pessoas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Sentido o coração batendo forte, suando, com dificuldades de respirar, sensação de quase desmaio ou tremores em situações sociais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Senti os músculos tensos, inquietação e sensação de estar no limite, ou tendo muita dificuldade em relaxar em situações sociais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Me esquivei, não me aproximei ou me engajei em situações sociais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	Sai de situações sociais mais cedo ou participei o mínimo possível das mesmas (ex. falei pouco, evitei contato visual, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Gasto muito tempo preparando o que dizer ou como atuar em situações sociais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9	Tentado me distrair para evitar pensar sobre situações sociais.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10	Precisado de ajuda para lidar com situações sociais (ex. álcool, medicações, ou objetos supersticiosos, etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
						Escore Bruto
						Escore Total
						T-Escore

ANEXO 5
Inventário de Ansiedade de Beck

Anexo 5

BAI

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo esta 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 coluna próxima a cada sintoma.

	Absoluta mente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderada mente Foi muito desagradável mais pode suportar	Gravemente Dificilmente pode 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 lento.				
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 6
Inventário de Depressão de Beck

Anexo 6



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

_____ Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

- 14** 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

- 15** 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

- 16** 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

- 17** 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

- 18** 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.

- 19** 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.

- 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____

- 20** 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.

- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

- 21** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Score Total.

ANEXO 7
Questionário Inicial de Sessão

Anexo 7

Nome: _____

AVALIAÇÃO 1

O quanto na última semana sua vida foi afetada pela Ansiedade Social?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Totalmente
☹					☹					☹

Você conseguiu aplicar o que foi discutido na sessão anterior durante sua semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Totalmente
☹					☹					☹

Quão ansiosa você se encontra neste momento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Totalmente
☹					☹					☹

Você está com sintomas físicos de ansiedade **AGORA?** (sensação de calor, trêmulo, incapaz de relaxar, palpitação, nervoso, dificuldade de respirar, assustado, suor, entre outros). _____

Neste momento, como você está se sentindo?

	3	2	1	0	1	2	3	
Triste								Alegre
Preocupada								Relaxada
Corajosa								Temerosa
Ouvida								Ignorada
Nervosa								Tranquila
Animada								Desanimada
Insegura								Confiante
Calma								Ansiosa
Otimista								Pessimista
Acolhida								Rejeitada
	3	2	1	0	1	2	3	

ANEXO 8
Questionário Final de Sessão

Anexo 8

Nome: _____

AVALIAÇÃO 2

Quão ansiosa você se encontra neste momento?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada										Totalmente	
☺								☹		☹	

Você está com sintomas físicos de ansiedade **AGORA?** (sensação de calor, trêmulo, incapaz de relaxar, palpitação, nervoso, dificuldade de respirar, assustado, suor, entre outros). _____

Neste momento, como você está se sentindo?

	3	2	1	0	1	2	3	
Triste								Alegre
Preocupada								Relaxada
Corajosa								Temerosa
Ouvida								Ignorada
Nervosa								Tranquila
Animada								Desanimada
Insegura								Confiante
Calma								Ansiosa
Otimista								Pessimista
Acolhida								Rejeitada
	3	2	1	0	1	2	3	

Você considera que o conteúdo trabalhado hoje é importante para melhorar sua ansiedade social?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada										Totalmente	
☺								☹		☹	

O que você **MAIS GOSTOU?**

O que você **NÃO GOSTOU?**

ANEXO 9
Questionário de Avaliação da Intervenção

Anexo 9

Avaliação Geral do Tratamento					
<p><i>Este questionário tem o objetivo de colher informações acerca de diferentes aspectos do tratamento que acaba de ser finalizado. Procure responder da forma mais precisa possível às questões que se seguem. Ao lado de cada indicador há uma escala com cinco conceitos de julgamento (Ótimo, Muito Bom, Bom, Regular e Ruim). Leia cada indicador cuidadosamente, escolha o ponto da escala que melhor descreve sua opinião acerca de cada aspecto do tratamento e assinale com um X dentro do espaço correspondente.</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Desde já agradecemos sua colaboração!</i></p>					
Indicadores					
Quanto à organização...	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Ótimo
Clareza na definição dos objetivos do tratamento.					
Compatibilidade dos objetivos do tratamento com as suas necessidades.					
Carga horária das sessões de tratamento.					
Sequência do conteúdo das sessões (ordem em que foram apresentados).					
Materiais...	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Ótimo
Condições do espaço físico (sala, cadeiras, etc).					
Condições dos equipamentos (projeção do material, caixas de som).					
Compreensão e organização do material distribuído (folhetos informativos).					
Quantidade de material distribuído.					
Nível de profundidade com que os temas e os assuntos foram abordados.					
Relação com a terapeuta...	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Ótimo
Disposição para ouvir e acolher suas demandas.					
Qualidade das sessões de tratamento (domínio/entendimento do assunto).					
Condução das sessões de tratamento.					
Capacidade para relacionar os atendimentos as suas necessidades pessoais.					
Disposição para esclarecer dúvidas.					
O tratamento...	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Ótimo
Qualidade do atendimento recebido.					
Exposição atual à situações que antes eram causadoras de Ansiedade.					
Aprendizagem de novas possibilidades de enfrentamento das situações que causam Ansiedade.					
Possibilidade de aplicar os conhecimentos e habilidades adquiridas em situações sociais.					
Utilidade dos conhecimentos e habilidades enfatizadas no tratamento para sua vida.					

Efeitos do tratamento...
De maneira geral, quão satisfeita você ficou com os atendimentos que você recebeu? () inteiramente satisfeita () satisfeita () mais ou menos satisfeita () Pouco satisfeita () insatisfeita
Quanto o atendimento ajudou a melhorar os sintomas físicos de Ansiedade? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento ajudou a melhorar os sintomas emocionais de Ansiedade? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento ajudou a melhorar os sintomas cognitivos de Ansiedade? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento ajudou a melhorar os sintomas sociais de Ansiedade? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento ajudou a sua exposição à situações que eram causadoras de Ansiedade? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento ajudou a melhorar seu desempenho em sintomas sociais, como resultado do uso das novas habilidades discutidas no tratamento? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento ajudou em sua capacidade de reconhecer situações sociais, onde é correto aplicar os novos conhecimentos? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento contribuiu para melhorar sua relação com seus familiares? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento contribuiu para melhorar sua relação com seus amigos? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento contribuiu para melhorar sua relação com professores e figuras de autoridade? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Quanto o atendimento contribuiu para melhorar sua relação com seus familiares? () Ajudou totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não ajudou
Aplicabilidade...
Quanto eu me dediquei em realizar as atividades propostas pelo terapeuta? () me dediquei totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não me dediquei
Quanto se sente capaz de transmitir os conhecimentos adquiridos no tratamento a outras pessoas? () totalmente () quase totalmente () parcialmente () muito pouco () Não consigo

O que você mais gostou nos atendimentos?

O que você menos gostou nos atendimentos?

Você tem alguma sugestão para melhorar a qualidade dos atendimentos no geral?

Você tem alguma sugestão para melhorar a qualidade dos atendimentos em relação à prática das técnicas de relaxamento?

Depois de aprender as técnicas de relaxamento, você colocou em prática durante o decorrer do tratamento?

Você tem alguma sugestão para melhorar a qualidade dos atendimentos em relação à prática das habilidades sociais?

ANEXO 10
Protocolo de Intervenção com sessões detalhadas

Anexo 10

DETALHAMENTO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Módulo 1: Psicoeducação sobre ansiedade

Tema: Ansiedade e Ansiedade Social

Objetivo: Identificar e descrever conceitos referentes a fenômenos e processos relativos a ansiedade e ansiedade social, em especial considerando elementos da vivências e contingências diárias das participantes.

Sessão 1 **Conteúdo/Atividades:** (1) Acolhida: explicação do funcionamento e das regras do grupo; (2) Preenchimento do questionário de avaliação de sessão inicial; (3) Apresentação das participantes; (4) Apresentação oral e discussão dos conceitos relacionados ao tema; (5) Preenchimento do questionário de avaliação de sessão final; (6) Despedida e entrega do folheto informativo.

Materiais: Questionário inicial e final de sessão, apresentação de slides, vídeo sobre ansiedade, folheto informativo sobre ansiedade e ansiedade social (Anexo 11).

Módulo 2: Treino em Relaxamento

Tema: Técnicas de Relaxamento

Objetivo: 1) Identificar e descrever a função das técnicas de relaxamento no tratamento da ansiedade. 2) Desenvolver atividades práticas relativas às técnicas de respiração e "consciência corporal".

Sessão 2 **Descrição:** (1) Acolhida: relatos sobre as experiências na última semana; (2) Exercício de consciência corporal (Anexo 11); (3) Apresentação oral sobre relaxamento e as técnicas de respiração profunda, relaxamento progressivo e relaxamento passivo; (4) Prática da respiração profunda; (5) Despedida e entrega do manual.

Materiais: Apresentação de slides, vídeo demonstrativo da respiração diafragmática, manual informativo da respiração profunda (Anexo 14).

Atividades para casa: Praticar a respiração profunda pelo menos uma vez ao dia durante a semana.

Tema: Respiração Profunda e Relaxamento Progressivo

Objetivo: Desempenhar as técnicas de respiração profunda e do relaxamento progressivo.

Sessão 3 **Descrição:** (1) Acolhida: Preenchimento do questionário de avaliação de sessão inicial e relatos sobre as experiências na última semana; (2) Vivência em grupo (Anexo 13); (3) Prática da respiração profunda; (4) Prática do relaxamento progressivo; (5) Preenchimento do questionário de avaliação de sessão final.

Materiais: Questionário inicial e final de sessão, música para vivência, apresentação de slides, música para a prática de relaxamento, manual informativo do relaxamento progressivo (Anexo 15).

Atividades para casa: Aplicar as técnicas de relaxamento pelo menos uma vez ao dia durante a semana.

Tema: Respiração Profunda, Relaxamento Progressivo e Relaxamento Passivo

Objetivo: 1) Desempenhar as técnicas de relaxamento passivo, progressivo e respiração profunda.

Sessão 4 **Descrição:** (1) Acolhida: retomada das técnicas aprendidas na sessão anterior e as experiências com a prática do relaxamento em casa; (2) Prática da respiração profunda; (3) Prática do relaxamento progressivo; (4) Prática do relaxamento passivo.

Materiais: Apresentação de slides e música para a prática de relaxamento, manual informativo do relaxamento passivo (Anexo 16).

Atividades para casa: Praticar as técnicas de relaxamento pelo menos uma vez ao dia durante a semana.

Módulo 3: Treino de Habilidades Sociais

<i>Sessão 5</i>	<p>Tema: Habilidades Sociais e Comportamento Assertivo</p> <p>Objetivo: 1) Definir e identificar os conceitos de habilidades sociais e assertividade, exemplificando cada um deles. 2) Discriminar e diferenciar estilos diversos de resolução de conflitos (ex. agressividade, assertividade e passividade)</p> <p>Descrição: (1) Acolhida: preenchimento do questionário inicial de avaliação de sessão, relatos sobre a tarefa prática do início da sessão e breve explicação sobre a importância da habilidade de cumprimentar; (2) Apresentação oral sobre Estratégias de Enfrentamento da Ansiedade: Habilidades Sociais e Comportamento Assertivo; (3) Atividade prática com vivência sobre assertividade (Anexo 16); (4) Preenchimento do questionário final de avaliação de sessão.</p> <p>Materiais: Questionário inicial e final de sessão, apresentação de slides.</p> <p>Atividades para casa: Usar em um dia da semana de alguma roupa ou acessório que não faz parte de sua rotina / mudar o penteado e observar a reação das pessoas à essa mudança.</p>
<i>Sessão 6</i>	<p>Tema: Habilidades Sociais Comunicativas</p> <p>Objetivo: Descrever e discriminar condições antecedentes, topografias de respostas e emissão de consequências relativas a habilidades sociais comunicativas (não verbais e verbais) mantidas por consequências positivas, favorecendo interações sociais.</p> <p>Descrição: (1) Acolhida: relatos sobre a tarefa prática da sessão anterior; (2) Apresentação oral sobre habilidades sociais comunicativas, comunicação não verbal e tipos de interação.</p> <p>Materiais: Apresentação de slides.</p> <p>Atividades para casa: Analisar os elementos não verbais ao redor de uma pessoa desconhecida e iniciar conversação sobre um assunto que possivelmente seja do interesse dela.</p>
<i>Sessão 7</i>	<p>Tema: Componentes privados das Interações Sociais</p> <p>Objetivo: Descrever e discriminar condições antecedentes, topografias de respostas e/ou consequências socialmente disponíveis relacionada a diferentes emoções (ex. frustração, medo, etc) e autoconceitos (ex. autoestima, autoconfiança, etc.)</p> <p>Descrição: (1) Acolhida: preenchimento do questionário de avaliação de sessão inicial e relatos sobre a tarefa prática da sessão anterior; (2) Apresentação oral sobre componentes afetivos e emocionais, colaterais presentes nas interações sociais.</p> <p>Materiais: Questionário inicial e final de sessão, apresentação de slides.</p> <p>Atividades para casa: Tarefa prática específica para dificuldade de cada participante.</p>
<i>Sessão 8</i>	<p>Tema: Finalização da Intervenção</p> <p>Objetivo: 1) Sumarizar os principais conceitos, fenômenos e processos apresentados na intervenção; 2) identificar a avaliação geral das participantes sobre o processo dos grupos.</p> <p>Descrição: (1) Acolhida: relatos sobre a tarefa prática da sessão anterior; (2) Apresentação oral com os principais conceitos do trabalhados na intervenção; (3) Finalização da intervenção em grupo e agendamento das sessões individuais de avaliação final.</p> <p>Materiais: Apresentação de slides.</p>

ANEXO 11
Folheto informativo sobre Ansiedade

Anexo 11

Transtornos de Ansiedade Social (Fobia Social)

Elaboração: Graziela Oliveira
Psicóloga
Programa de Pós-graduação UFSCar

2017

Os transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Estes quadros se diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem o medo e a ansiedade.

O Transtorno de Ansiedade Social, também chamado de Fobia Social, é o **MEDO** ou **ANSIEDADE** acentuados em situações sociais, como interagir com pessoas e ser observado ao desempenhar alguma atividade.

As situações sociais passam a ser evitadas ou suportadas com dificuldades, pois a pessoa teme que seu **desempenho seja avaliado negativamente**.

Este tipo de transtorno de ansiedade acomete a população feminina em maior quantidade.

Sintomas Físicos da Fobia Social

- Rubor
- Tremores
- Transpiração excessiva
- Palpitação/aceleração do coração
- Formigamento
- Sensação de calor

Sintomas Cognitivos da Fobia Social

- Pensamentos depreciativos
- Medo que aconteça o pior
- Medo de perder o controle
- Medo de avaliação negativa

Sintomas Emocionais da Fobia Social

- Incapacidade de relaxar
- Terror
- Nervosismo
- Prejuízos no bem-estar

Sintomas Sociais da Fobia Social

- Isolamento
- Dificuldades escolares
- Menor produtividade no trabalho

Por que sentimos ansiedade?

As respostas de ansiedade são normais e necessárias para o ser humano. A ansiedade em relação a um acontecimento, faz com que nos preparemos para ele. Contudo, as reações da ansiedade podem se tornar desproporcionais, caracterizando uma patologia.

Qual a diferença entre Fobia Social e Timidez?

A timidez é um traço de personalidade comum e não é por si só patológica. Entretanto, quando existe um impacto adverso significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, um diagnóstico de transtorno de ansiedade social deve ser considerado.

Referência:

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, Porto Alegre: Artmed.

ANEXO 12
Exercício de Consciência Corporal

Anexo 12

(2) Exercício de Consciência Corporal

Agora, vamos começar a sessão fazendo uma atividade de percepção. Peço que vocês se sentem confortavelmente, respire profundamente três vezes, e gostaria que cada uma de vocês olhassem para esta sala e me relatasse algo que você está percebendo, de preferência algo que você não havia percebido antes. Neste momento, gostaria que relatassem algo que vocês estão ouvindo ou sentindo através do tato, olfato ou paladar. (Isso mesmo, muito bem!). Vamos aprofundar um pouco este exercício de percepção: cruze as mãos. Podem fechar os olhos, não tem a necessidade de resposta agora, apenas tente direcionar sua atenção aos aspectos que eu mencionar.

- Primeiro preste atenção em sua respiração, sinta o ar entrar pelo seu nariz e o modo como ele sai do seu corpo. Sinta a movimentação causada no seu corpo pela respiração. (Muito bem).
- Sinta a pressão que seu corpo exerce na cadeira. Sinta o contato que sua pele tem ao estar sentada.
- Tente perceber a temperatura do seu corpo, existe alguma parte mais quente?
- Direcione sua atenção para as suas mãos que estão entrelaçadas, sinta o toque de uma mão com a outra. Sinta o modo como cada dedo está tocando o outro (muito bem!).
- Volte a se concentrar na sua respiração. O modo como o ar entra, se ele entra devagar ou rápido. Quanto tempo demora para ele sair.
- Você consegue sentir as batidas do seu coração ou se existe algum tremor em seu corpo? Se você conseguir direcione sua atenção, perceba essas alterações (muito bem!).
- Podemos abrir os olhos.

ANEXO 13
Vivência em Grupo

Anexo 13

Nossa primeira atividade tem o objetivo de fortalecer a atenção e o foco em nossos pensamentos e imagens mentais. Parece complicado, né. Mas é só o nome que é. Vamos exercitar a imaginação. Vocês perceberam que para fazer o relaxamento é necessário que nossa consciência interna esteja funcionando bem, para perceber as pequenas alterações que vão ocorrer.

Nesta atividade eu vou levar vocês a pensarem a se sentirem em vários contextos, e vocês precisam se concentrar e pensar que realmente estão vivenciando este contexto. Então, vocês fecharão os olhos e vão imaginar que estão passando pelo que eu indicar, ok?

----- COLOCAR MÚSICA -----

Vocês estão caminhando em um terreno íngreme, de difícil locomoção. E estão cansadas, muito cansadas... O sol está forte, e estão suando e caminhando com dificuldade... Suas pernas estão tremendo, mas vocês continuam caminhando...

Agora o terreno está plano e vocês chegam à um gramado. A grama é bem macia e verdinha. A relva molhada refresca os pés e as grandes árvores proporcionam uma sombra agradável. O vento bate em seu rosto e vocês continuam a caminhada...

De repente, o terreno se modifica, muitas pedras pelo caminho, você tenta desviar, mas você está se machucando ao pisar nas pedras... mas você não pode parar... cuidado com as pedras... sigam em frente! Agora além das pedras, surgem também espinhos... muitos espinhos pelo caminho!

Finalmente, o terreno melhora, as pedras começam a diminuir no caminho...

Agora começa a chover. Uma chuva muito forte, com rajadas de vento, o que torna a caminhada muito difícil... A terra molhada começa a ficar escorregadia e você tem dificuldade de manter o equilíbrio, está muito escorregadio... Cuidado! É preciso caminhar: chuva, frio, terreno liso... Continue a caminhar... Quanta dificuldade! Você está escorregando...

E então a chuva lentamente vai parando. A chuva está cada vez mais calma... o vento está diminuindo... Adiante vocês observam um lago... O solo possui uma areia fina que é muito agradável aos pés...

O sol está saindo novamente, aquecendo seu corpo... Surgem flores pela estrada e pássaros começam a cantar em suas árvores... O caminhar agora é tranquilo... Tudo é agradável... sinta o quão prazerosa é sua caminhada...

REFLEXÃO:

Como foi a caminhada? Foi difícil? Foi tranquila? Foi difícil todo o tempo?

E a nossa vida? É difícil ou é tranquila?

*Atividade baseada na vivência “Regressão no Tempo” do Livro de Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo (Del Prette & Del Prette, 2001).

ANEXO 14
Manual para Respiração Profunda

Anexo 14



1 Inspire lenta e profundamente. Deixe o ar preencher os pulmões e resista à vontade de expirar rapidamente. Encha completamente os pulmões de ar. Tente respirar ao máximo pelo nariz, cujos pelos filtram a sujeira e impedem que todas entrem no pulmão.



2 Deixe seu abdômen expandir. Conforme você inspira, seu abdômen deve expandir alguns centímetros. O ar deve percorrer toda extensão do aparelho respiratório e chegar ao diafragma, causando a extensão do abdômen.

* Deite-se, fique de pé ou sente-se com a coluna ereta.

* Coloque uma das mãos na barriga conforme você inspira. Para saber se está respirando corretamente, observe se a mão se movimenta para cima e para baixo durante a respiração.



3 Expire todo o ar. Solte o ar pelo nariz ou pela boca. Durante a expiração, comprima o abdômen e esvazie o pulmão por completo. Em seguida, inspire novamente e continue a respirar. Tente soltar o dobro do ar que você inspirou.



4 Tente fazer essa respiração ao menos cinco vezes seguidas. Você vai se sentir mais relaxado, com o coração desacelerado e a pressão arterial mais baixa, além de distrair-se de pensamentos estressantes.

* Lembre-se que o abdômen deve expandir mais que o peito.

* Quando estiver com prática, tente respirar com essa técnica 10 a 20 vezes seguidas.



5 Faça esse exercício a qualquer hora. Agora que você já sabe como respirar profundamente, use a técnica quando precisar diminuir o estresse e a ansiedade a qualquer momento.

* Cada vez que você sentir que está respirando de maneira rápida e curta, mude para respiração profunda. Você vai se sentir imediatamente mais calmo.

* Quanto mais você praticar, mais natural vai ficar.

Referências

Davis, M.; Eshelman, E. R. & McKay, M. (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Stress*. São Paulo: Summus.

WikiHow (site).

ANEXO 15
Manual para o Relaxamento Progressivo

Relaxamento Progressivo

Preparação Inicial



1 Escolha um momento em que não estiver sonolento. Para não dormir no meio da prática e aprender a utilizá-la durante o dia, o melhor é não tentá-la em um momento de sono.



2 Use roupas confortáveis e fique descalço. Não use roupas apertadas, prefira as mais folgadas para ter liberdade de movimentos. Além disso, tire os sapatos para conseguir tensionar e relaxar os pés.



3 Deixe um cobertor à mão. O relaxamento pode causar frio. Tenha um cobertor ou manta por perto para se cobrir. Ficar aquecido o ajudará a relaxar ainda mais.



4 Vá a um lugar tranquilo. Use um cômodo calmo e limpo de sua casa, se possível reduza a luminosidade e procure um lugar em que não haja barulhos altos e repentinos.



5 Esforce-se para não ser interrompido. Uma sessão completa dura entre 10 e 15 minutos, não é muito tempo. Desligue o celular e peça para as pessoas que moram com você para não entrarem no cômodo durante este tempo.



6 Fique em uma posição confortável. O relaxamento pode ser feito em pé, sentado ou deitado. Assim que estiver pronto feche os olhos, descruze as pernas e repouse as mãos no colo.



7 Encerrada a preparação, respire profundamente cinco vezes. Inspire profundamente, segure por quatro segundos e relaxe os músculos enquanto expira. Preste atenção ao seu abdômen inflando e esvaziando a cada respiração. Depois de cinco vezes você pode começar.

Começando o Relaxamento



1 Inspire enquanto tensiona os músculos. Comece com um grupo muscular por vez. Contrai esse grupo ao máximo por cinco segundos, tomando cuidado para não sentir dor ou causar lesões.



2 Espire e relaxe ao mesmo tempo. Solte o ar devagar pela boca, liberando a tensão dos músculos rapidamente.



3 Pause por 10 segundos antes de prosseguir para o próximo grupo. Não tenha pressa, faça o exercício devagar e com cuidado. A pausa entre cada parte do corpo é importante para ajudá-lo a relaxar.

PÉS



Comece pelos dedos dos pés. Inspire profundamente pelo nariz, retraindo os dedos e tensionando a sola dos pés, segure por cinco segundos e solte. Depois a tensão se esvai e compare essa sensação de relaxamento à anterior, de tensão. Descanse por 10 segundos antes de continuar com as pernas.

PERNAS



Prossiga para as pernas. Tensione e relaxe os músculos da panturrilha primeiro, depois os da coxa e canela. Como dito anteriormente: inspire pelo nariz quando tensionar e espire pela boca quando soltar:

- panturrilha: puxe os dedos dos pés para cima, na direção dos joelhos, tensionando a panturrilha.
- coxas: empurre o calcanhar no chão, se estiver deitado, estique bem a perna.
- nádegas: contraia os músculos juntos.

ABDÔMEN



Relaxe o abdômen. Contraia os músculos do abdômen por no máximo cinco segundos. E depois relaxe.

COSTAS



Passa para a parte superior das costas. Segure a tensão nas costas colocando os braços para trás e contraindo a musculatura. E depois relaxe.

OMBROS E PESCOÇO



Prossiga para os ombros e pescoço. Encolha os ombros como se quisesse encostar nas orelhas. Ao mesmo tempo, coloque a cabeça para trás, para tensionar o pescoço também. A tensão desta área é uma das causas mais comuns de dores de cabeça e tórax. Podem ser necessárias duas ou três repetições nessa área do corpo.

BRAÇOS E MÃOS



Continue com os braços. Trabalhe os músculos dos braços, lembre-se de inspirar pelo nariz e expirar pela boca.

- mãos: feche os punhos com força.
- Antebraço e bíceps: dobre o braço e leve a mão em direção ao ombro.

ROSTO



Encerre pelos músculos do rosto. O rosto é um dos lugares mais tensos do corpo, principalmente os músculos da mandíbula.

- olhos e lábios: feche os olhos bem apertados e contraia os lábios formando um "O".
- mandíbula: feche a boca e pressione os dentes.
- testa: pressione a testa erguendo bastante as sobrancelhas.

Finalizando o Relaxamento



Relaxe. Agora você acabou, dê-se alguns minutos para curtir o relaxamento. Se quiser dormir agora não tem problema.

ANEXO 16
Manual para Relaxamento Passivo

Anexo 16



1 Escolha um momento em que não estiver cansado. Para não dormir no meio da prática e aprender a utilizá-la durante o dia, o melhor é não tentá-la em um momento de sono.



2 Use roupas confortáveis e fique descalço. Não use roupas apertadas, prefira as mais folgadas para ter liberdade de movimentos. Além disso, tire os sapatos para conseguir tensionar e relaxar os pés.



3 Deixe um cobertor à mão. O relaxamento pode causar frio. Tenha um cobertor ou manta por perto para se cobrir. Ficar aquecido o ajudará a relaxar ainda mais.



4 Vá a um lugar tranquilo. Use um cômodo calmo e limpo de sua casa, se possível reduza a luminosidade e procure um lugar em que não haja barulhos altos e repentinos.



5 Evite-se para não ser interrompido. Uma sessão completa dura entre 10 a 20 minutos, não é muito tempo. Desligue o celular e peça para as pessoas que moram com você para não entrarem no cômodo durante este tempo.

Começando o Relaxamento



Comece deixando todo seu corpo relaxado. Focalize sua atenção em suas mãos direita e deixe que desapareça dela qualquer tensão... deixe-as cada vez mais soltas.



Direcione sua atenção para seu antebraço. Deixe que ele relaxe mais e mais. Deixe seu antebraço direito completamente relaxado, solto.



Relaxe toda a musculatura do braço. Sinta todo o seu braço leve, cada vez mais e mais relaxado. Todo seu braço está solto e profundamente relaxado.

- Repita todo o exercício com no lado oposto, começando pelas mãos, depois antebraço e braço.



O relaxamento vai se entender pelo seu rosto. Relaxe os músculos da sua testa e ao redor de suas sobrancelhas.



Relaxando as nádegas e coxas. Concentre-se em deixar os músculos muito relaxados, muito soltos. Sinta todo corpo em completo relaxamento.



Relaxe sua mandíbula. Deixe sua boca solta. Mais e mais leve. Abandone toda tensão.



Estendendo o relaxamento até os pés. A sensação de relaxamento vai passar por sua canela e panturrilha e vai chegar aos seus pés. Relaxe sua canela mais e mais. Deixe a região solta e sem tensão alguma. Agora relaxe os seus. Deixe-os cada vez mais leves.



Relaxando o pescoço. Deixe a musculatura totalmente solta. Deixe os ombros soltos e leves. Relaxe o máximo que puder.



Estenda a sensação de relaxamento, solte os músculos das costas o máximo que puder. Deixe as costas está cada vez mais solta e relaxada. Sinta a calma e a tranquilidade.

Finalizando o Relaxamento



Relaxe. Agora você acabou, dê-se alguns minutos para curtir o relaxamento. Se quiser dormir agora não tem problema.

ANEXO 17
Vivência sobre Assertividade

Anexo 17

4) Vivência: Nem passivo, nem agressivo: assertivo!

As participantes serão divididas em dois grupos e cada grupo irá discutir uma situação. Tentando identificar os desempenhos e criando um desempenho assertivo para a situação.

Situação 1

Joana está participando de um trabalho com mais 3 colegas de sua turma. Eles combinaram de se encontrar antes da aula para começarem a programar a tarefa, mas nenhum deles apareceu. Durante a aula, eles também não foram dar explicações do que havia acontecido à Joana. Ao serem dispensados da aula, Joana:

Desempenho A: apesar de querer saber o que houve, fica sentada na sala, olhando para seus textos, enquanto os demais alunos se retiram.

Desempenho B: se levanta e vai em direção aos colegas de sala dizendo: “Vocês estão pensando que sou boba, é? Nós tínhamos combinado de fazer o trabalho, vocês tem amnésia? Esqueceram! Só podem estar de brincadeira!”

Situação 2

Carla sai para uma festa com sua amiga. Chegando ao local, a amiga de Carla encontra um grupo de amigos e passa boa parte da festa se divertindo com eles e se esquece de apresentá-la ao grupo, deixando Carla deslocada que:

Desempenho A: olha bem para sua amiga e diz “Escuta aqui, foi pra isso que você me chamou pra sair? Tá achando que sou estepe? Só sirvo quando você está sozinha?!”

Desempenho B: vai para um canto da festa e começa a mexer no celular à espera que sua amiga queira ir embora.

*Atividade retirada do Livro de Psicologia das Relações Interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo (Del Prette & Del Prette, 2001).

ANEXO 18
Análise de Comparação dos Grupos A e B

Anexo 18

Valores da análise de comparação dos dois grupos numa mesma condição, utilizando estatística não-paramétrica Mann-Whitney, *two tailed*, $p < 0,05$.

Item Escala e Subescalas	Avaliação	U	Significância (p)
Ansiedade	Inicial	19,500	0,818
	Intermediária	14,500	0,589
	Final	12,500	0,841
	Follow up	8,000	1,000
Evitação	Inicial	17,000	0,937
	Intermediária	19,000	1,000
	Final	16,000	0,548
	Follow up	8,000	1,000
Ansiedade Desempenho	Inicial	21,000	0,699
	Intermediária	16,500	0,818
	Final	18,000	0,310
	Follow up	8,500	0,786
Ansiedade Interação Social	Inicial	15,000	0,699
	Intermediária	14,000	0,589
	Final	10,500	0,690
	Follow up	8,500	0,786
Evitação Desempenho	Inicial	14,500	0,589
	Intermediária	21,000	0,699
	Final	18,000	0,310
	Follow up	8,500	0,786
Evitação Interação Social	Inicial	17,000	0,937
	Intermediária	19,000	1,000
	Final	11,000	0,841
	Follow-up	8,500	0,786

