

Maria Amelia Penido ¹
Carla Giglio ²
Larissa Lessa ³
Marcele Regine Carvalho ⁴
Wanderson Souza ⁵
Bernard Rangé ⁶

O uso do teatro do oprimido no tratamento em grupo para transtorno de ansiedade social

Using theater of the oppressed in group treatment for social anxiety disorder

RESUMO

O Teatro do Oprimido (TO), criado por Augusto Boal na década de 1960, é um conjunto de técnicas, exercícios e jogos teatrais que tem como objetivo principal colocar o teatro a serviço da transformação social. O transtorno de ansiedade social (TAS) é considerado um transtorno grave, de curso crônico, que pode chegar a ser incapacitante, e, atualmente, o tratamento considerado mais efetivo para esses casos é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Objetivou-se desenvolver um programa de tratamento psicológico estruturado para TAS, aliando a TCC em grupo às técnicas do TO, e avaliar sua eficácia em comparação a um grupo-controle em lista de espera. Foram avaliados 35 sujeitos que participaram do tratamento, e 21 em lista de espera. As avaliações ocorreram antes do início, ao final e um mês após a terapia. Foram realizadas 18 sessões, duas vezes por semana, com duração de duas horas cada. Os instrumentos utilizados foram os Inventários Beck de Depressão e Ansiedade, o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI), a Escala de Medo da Avaliação Negativa (FNE) e a Escala de Autoestima. O grupo experimental apresentou resultados significativos em comparação ao grupo-controle em todos os instrumentos aplicados. O grupo experimental melhorou, mas o grupo-controle, não. Os resultados encontrados indicam que o modelo proposto foi uma intervenção com resultado superior à passagem do tempo.

Palavras-chave: ansiedade social, terapia cognitivo-comportamental, terapia de grupo.

ABSTRACT

The Theatre of the Oppressed (TO) was created by Augusto Boal in the 1960's. It is a set of techniques, theater games, and exercises, that aims to put theater at the service of social transformation. Social Anxiety Disorder (SAD) is considered to be a serious disorder, of chronic course, that can lead to incapacity. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) is considered to be the most effective treatment for SAD. The objective of this research was to develop a structured psychological treatment for SAD, combining group CBT with techniques of TO and having those results compared with a stand-by list control group. Thirty-five patients that participated in the treatment, and twenty-one individuals from the stand-by list, were evaluated. The evaluations occurred one month prior to the beginning of the therapy, at the end of the therapy, one month after the therapy. The protocol had eighteen sessions of two hours each. The sessions happened twice a week and the instruments used in the research were the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the Social Phobia Anxiety Inventory (SPAI), the Fear of Negative Evaluation (FNE), and Self-Esteem Scale. The results found showed a significant statistical difference between the control group and the experimental group, all instruments considered. The experimental group improved in a significant way while the control group did not. The results indicate that the proposed protocol was more effective than the passage of time.

Keywords: social anxiety, cognitive-behavior therapy, group therapy.

¹ Doutora em psicologia pela UFRJ.

² Terapeuta cognitivo-comportamental.

³ Mestre em Saúde Mental pelo IPUB.

⁴ Pós-doutora e Professora do Instituto de Psicologia da UFRJ.

⁵ Professor Doutor da UFRJ.

⁶ Professor Doutor da UFRJ.

Consultório Particular

Correspondência:

Maria Amelia Penido
Av Rio Branco 277 sala 1603 Centro Rio de Janeiro, CEP: 22451-041.
E-mail: contato@mariaameliapenido.com.br

Artigo submetido em 20 de setembro de 2014.

Artigo aceito em 13 de abril de 2015.

DOI: 10.5935/1808-5687.20140005

INTRODUÇÃO

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (TAS)

O TAS, ou fobia social, é um transtorno psiquiátrico que tem como característica principal o medo de ser avaliado negativamente em situações sociais.

Apenas em 1980, com a publicação da terceira versão do *Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais* (American Psychiatric Association [APA], 1980), a fobia social apareceu como entidade nosológica. Desde então, muitas pesquisas têm investigado o transtorno e seu tratamento. As publicações seguintes do manual - o DSM-IV (APA, 1994), o DSM-IV-TR (APA, 2002) e o DSM-5 (APA, 2014) - mantêm essa categoria diagnóstica, avançando cada vez mais na compreensão do transtorno.

O DSM-5 não difere muito da versão anterior quanto aos critérios diagnósticos, pois descreve a característica essencial do transtorno como medo ou ansiedade grande de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros. O fóbico social tem medo de agir, comportar-se ou mostrar sintomas de ansiedade de maneira que lhe seja embaraçoso ou humilhante, e procura evitar situações sociais ou suportá-las com bastante desconforto. Essas características causam prejuízo significativo nos âmbitos profissional e social, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Como mudança nessa versão do manual vale destacar a nomenclatura, modificada para transtorno de ansiedade social, mantendo fobia social entre parênteses. Houve a retirada dos subtipos generalizado e circunscrito, passando a definir apenas o especificador referente a desempenho. Nesse caso, as preocupações com desempenho aparecem mais associadas à vida profissional ou às situações em que precisa falar em público. Os indivíduos com esse especificador não temem ou evitam situações sociais que não envolvam o desempenho (APA, 2014).

Heimberg e colaboradores (2014) destacam ainda como mudanças significativas no DSM-5 (APA, 2014) ênfase maior no medo da avaliação negativa como característica diagnóstica relevante e influência de variáveis socioculturais para definir se uma resposta de ansiedade a uma situação social é desproporcional ou não.

O TAS é considerado o terceiro transtorno psiquiátrico mais comum, ultrapassado apenas por depressão e alcoolismo e, na população geral, é mais comum em mulheres do que em homens (com razão de RC variando de 1,5 a 2,2) (APA, 2014). O consenso atual é de que, nos países ocidentais, a prevalência para toda a vida do TAS esteja entre 7 e 13% (Furmark, 2009). Picon e Penido (2011) destacam que os estudos brasileiros ainda são poucos e não muito consistentes. A Organização Mundial da Saúde, em seu projeto transnacional de estimativas de prevalência de transtornos mentais (WHO-ICPE), divulgou

dados das taxas do TAS em amostra brasileira de um mês (1,7%), um ano (2,2%) e para toda a vida (3,5%) inferiores aos de alguns estudos internacionais.

Nos Estados Unidos, a idade média de início do TAS é de 13 anos, e 75% apresentam os sintomas entre 8 e 15 anos. Em estudos norte-americanos e europeus, o transtorno muitas vezes se desenvolve a partir de um histórico de timidez ou inibição social na infância. É raro desenvolver o transtorno já na vida adulta, porém, caso isso ocorra, está associado a um evento estressante ou humilhante ou após mudança em que novos papéis sociais são assumidos (APA, 2014).

Ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), o TAS aparece associado a taxas elevadas de evasão escolar, prejuízos na qualidade de vida e na produtividade no trabalho e padrão socioeconômico. É um transtorno que causa sofrimento e prejuízo social e impede atividades de lazer. Nas sociedades ocidentais, cerca de metade das pessoas com TAS busca tratamento, e tende a fazê-lo em torno de 15 a 20 anos após o aparecimento dos sintomas.

MODELO COGNITIVO

O modelo cognitivo do TAS, proposto por Clark e Wells (1995), entende que o aspecto central do transtorno é a preocupação em causar impressão favorável aos outros e a grande insegurança em relação à própria capacidade de alcançar esse objetivo. Ao entrar em uma situação social, os fóbicos sociais acreditam que se comportarão de modo inadequado e que, como consequência, serão rejeitados. Pessoas com esse problema veem as situações sociais como perigosas e ativam o modo de vulnerabilidade, o qual desencadeia mudanças cognitivas, fisiológicas, afetivas e comportamentais que têm o objetivo de proteger o indivíduo. Esses comportamentos, acompanhados de fortes reações autonômicas, têm o propósito de permitir que o indivíduo se defenda e sobreviva, mas, muitas vezes, o que acontece é que tais sintomas de ansiedade são percebidos como novas fontes de ameaça, por serem equivocadamente interpretados como prejudiciais à autoapresentação e ao autoconceito.

Essa ativação autonômica de medo influencia negativamente o desempenho, criando um registro negativo da situação social por meio de um processamento pós-evento. Esse registro passa a ser ativado sempre que existe a possibilidade de repetição da situação ansiogênica, gerando ansiedade antecipatória ou processamento pré-evento, no qual a expectativa de repetir falhas anteriores gera ativação autonômica, que favorece os comportamentos de evitação das situações sociais consideradas perigosas ou o enfrentamento com grande desconforto, instalando-se, assim, um ciclo negativo que tende a manter o transtorno. Outros dois processos que ajudam as pessoas com TAS a manterem as crenças negativas sobre os perigos sociais são os comportamentos de segurança e o efeito do comportamento fóbico sobre outras pessoas (Clark & Wells, 1995).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) PARA TAS

O modelo cognitivo do TAS é a base para o tratamento, e a TCC para esse transtorno foca na modificação do funcionamento cognitivo e comportamental por meio de diferentes técnicas. As revisões sistemáticas e metanálises sobre a TCC do TAS reforçam seu uso como tratamento de primeira escolha, principalmente em associação com tratamento farmacológico. Em extensa revisão sistemática da literatura sobre o tratamento do TAS, Rodebaugh (2004) reafirma que o tratamento psicológico mais investigado é a TCC e que todas as suas formas são eficazes, mas que pouca diferença se pode detectar entre elas.

Turk, Heimberg e Magee (2008) destacam a importância das evidências crescentes de que três em cada quatro fóbicos sociais apresentam mudanças clinicamente significativas após um ensaio razoavelmente intensivo de TCC em grupo ou um programa semelhante combinado de exposição e reestruturação cognitiva. Clark e colaboradores (2003) realizaram um ensaio clínico randomizado com 61 pacientes comparando TCC, placebo e fluoxetina. Concluiu-se que a TCC foi superior aos outros dois grupos.

Hofmann e Otto (2008) revisaram várias pesquisas sobre TCC para TAS e concluíram que a maior parte dos tratamentos se baseiam na ideia de que o progresso é resultado de mudanças em esquemas cognitivos. Esse modelo de tratamento entende que o resultado é mais efetivo ao focar sistematicamente em mudar cognições disfuncionais. As exposições ou experimentos comportamentais em situações sociais reais têm como objetivo questionar esses pensamentos. Para os autores, o tratamento deve focar em exposições comportamentais, a reestruturação de pensamentos deve partir das exposições, que permitem um confronto entre o imaginado pelo paciente e a realidade da exposição.

Independentemente de maior foco em variáveis cognitivas ou comportamentais, a literatura aponta como tratamento efetivo para o TAS a combinação de reestruturação cognitiva e a exposição ao vivo. Os fóbicos sociais não evitam apenas estar em situações sociais, mas também fogem do contato social desviando o olhar, falando baixo e o menos possível, com a cabeça baixa e os ombros para dentro. Integrar técnicas de TO ao tratamento pode maximizar a eficácia da TCC em grupo para TAS, melhorando a qualidade de vida de pessoas com esse problema. Essa proposta possibilita trabalhar a reestruturação cognitiva e a exposição de maneira criativa, além de trabalhar o repertório gestual e a imagem dos pacientes fazendo com que, ao fim da terapia, eles tenham adquirido ferramentas suficientes para interagir socialmente.

De acordo com Caballo, Andrés e Bas (2001), o tratamento cognitivo-comportamental tradicional para TAS é dividido em quatro tipos de procedimentos: estratégias de relaxamento, treinamento em habilidades sociais, exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. Esses autores consideram que:

Os próximos anos serão testemunha de uma consolidação do tratamento cognitivo-comportamental para a fobia social, embora seja provável que a contribuição de cada um dos procedimentos incluídos nesse tipo de intervenção se torne mais conhecida, inclusive acrescentando alguma nova estratégia não empregada atualmente, de forma rotineira, no tratamento do transtorno. Mas aparentemente, o caminho escolhido é o correto e as futuras pesquisas fornecerão elementos para melhorar e aumentar a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental (Caballo et al., 2001, p. 81).

TEATRO DO OPRIMIDO

O TO foi criado por Augusto Boal na década de 1960 com o objetivo de desenvolver a capacidade de se expressar por meio do teatro e transformar o espectador em agente da ação dramática (Boal, 1985). O TO é um conjunto de técnicas, exercícios e jogos teatrais organizados em diferentes modalidades que tem como principal objetivo colocar o teatro a serviço da transformação social. É uma metodologia transformadora que propõe o diálogo como meio de refletir e buscar alternativas para conflitos interpessoais e sociais (Nunes, 2001).

A principal modalidade desenvolvida por Boal - e a mais praticada no mundo todo - é o teatro fórum. O fórum é um debate por meio da cena (Nunes, 2001). A característica principal do teatro fórum é a relação com a plateia, chamada por Boal (2005) de "spect-atores", uma vez que o espectador também é ator. A plateia é convidada a participar da peça, entrando em cena para atuar, não apenas usando a palavra, mas revelando seus pensamentos, desejos e propostas de solução para o conflito apresentado.

No teatro fórum se monta uma cena, baseada em conflitos reais experienciados pelo grupo, que se deseja modificar. Cada pessoa é convidada a contar situações de conflito em que se sentiu oprimida, e o grupo, então, escolhe uma história contada ou uma combinação das histórias contadas que melhor represente as opressões do grupo. Com base nessa escolha, monta-se a cena de teatro fórum, em que o conflito não se resolve, a cena apresenta o problema sem a solução, apenas o conflito entre opressor e oprimido.

A cena é passada para a plateia uma vez dessa forma e, em seguida, o coringa (facilitador que coordena o grupo de TO) pergunta se alguém ali imagina outra forma de agir para o oprimido, uma alternativa para a ação dele na cena. Então, a pessoa que vê tal solução é convidada pelo coringa a entrar em cena no lugar do oprimido e atuar sua alternativa e, em seguida, o grupo é convidado a debater a solução apresentada. Esse mecanismo se repete até que várias soluções apresentadas pela plateia sejam encenadas.

Uma das principais intervenções da TCC é a reestruturação cognitiva, que consiste em questionar nossos pensamentos buscando alternativas mais realistas de avaliação das situações vividas. O foco da terapia é no aqui-e-agora, isto é, no presente. O passado e o futuro são vistos como constantemente filtrados pelo momento presente (Beck, 1997).

No teatro, podemos trazer eventos passados para o presente, tendo o foco também no aqui-e-agora. No teatro fórum, são exploradas alternativas para uma situação problema, questionando e propondo diferentes formas de solução para um mesmo problema e refletindo sobre as alternativas apresentadas. Dessa forma, um problema é dramatizado (possibilitando algum grau de exposição) e todos podem participar buscando uma solução (solução de problemas e reestruturação cognitiva). Esse método possibilita um trabalho mais dinâmico, uma vez que teatro é ação. Além do teatro fórum, os jogos propostos por Boal (1985) têm muito em comum com os objetivos da TCC no tratamento do TAS.

Boal (2005) usa o termo *exercício* para designar todo movimento físico, muscular, respiratório, motor e vocal que permita melhor conhecimento de seu corpo. Os jogos tratam da expressividade dos corpos como receptores e emissores de mensagens, incluindo pensamentos, sentimentos e comportamentos. Seu objetivo é desenvolver uma liberdade de pensar, agir e se comportar que se expresse por meio do corpo e das atitudes, permitindo trabalhar com o fóbico social a preocupação com a avaliação e o julgamento negativo do outro.

Adaptar as técnicas dessa metodologia à TCC em grupo para TAS permitiria trabalhar de forma criativa os principais processos descritos no modelo cognitivo: a reestruturação cognitiva, a exposição ao vivo e o treino em solução de problemas, além de acrescentar a possibilidade de se trabalhar o repertório não verbal dos pacientes. O trabalho vivencial permite criar situações de exposição com intensidades variadas, ativando a ansiedade. De acordo com Hofmann e Otto (2008), as intervenções cognitivas devem ser usadas em conjunto com a exposição ao vivo, oferecendo aos pacientes um modelo que permita confrontar a expectativa em relação a uma situação social *versus* a realidade e construir uma interpretação adaptativa quanto ao significado de uma exposição bem-sucedida. Os exercícios de TO e a vivência no teatro fórum, no tratamento em grupo, favoreceriam a combinação da exposição ao vivo e a reestruturação cognitiva de forma gradual e criativa.

O objetivo da pesquisa foi desenvolver um programa de tratamento psicológico estruturado para TAS, aliando a TCC em grupo às técnicas do TO, e avaliar a eficácia desse tratamento em comparação a um grupo-controle em lista de espera.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na Divisão de Psicologia Aplicada, Prof.^ª Isabel Agrados - DPA da UFRJ no *Campus* da Praia Vermelha, vinculada ao Instituto de Psicologia da UFRJ. A amostra foi de adultos entre 18 e 65 anos, de ambos os gêneros,

que receberam o diagnóstico de TAS de acordo com os critérios diagnósticos do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* - DSM-IV-TR (APA, 2002), e a triagem foi feita na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ. Os critérios de exclusão foram apresentar *déficit* cognitivo, ter diagnóstico do Eixo II de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) e ter diagnóstico de esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos.

O total de participantes selecionados foi de 66, divididos aleatoriamente por sorteio entre o grupo experimental e o grupo-controle (lista de espera). O total avaliado foi de 35 sujeitos que participaram do tratamento e 21 sujeitos em lista de espera.

Os dois grupos sob investigação apresentaram características sociodemográficas similares, sem diferenças quanto à média de idade e à distribuição de gênero, ao estado civil e ao grau de escolaridade (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das variáveis demográficas segundo os grupos de comparação do estudo (controle e experimental).

	Grupos			P-valor
	Controle (n = 21)	Experimental (n = 35)	Total (n = 66)	
Idade*	34,1 (10,6)	34,2 (10,9)	34,1 (10,7)	NS ¹
Sexo**				NS
Feminino	52,4 (11)	60,0 (21)	57,2 (32)	
Masculino	47,6 (10)	40,0 (14)	42,8 (24)	
Estado civil**				NS
Solteiro	90,5 (19)	71,4 (25)	78,6 (44)	
Casado	9,5(2)	20,0 (7)	16,1 (9)	
Separado	0 (0)	8,6 (3)	5,4 (3)	
Escolaridade**				NS
1º incompleto	0 (0)	2,9 (1)	1,8 (1)	
2º incompleto	4,8 (1)	2,9 (1)	3,6 (2)	
2º completo	14,3 (3)	8,6 (3)	10,7 (6)	
3º incompleto	52,4 (11)	42,8 (15)	46,4 (26)	
3º completo	28,6 (6)	42,8 (15)	37,5 (21)	

*Média (Desvio-padrão) **Percentual (n) ¹NS = Não significativo.

USO DE MEDICAÇÃO

Ao compararmos a frequência do uso de medicação (“antidepressivo” e “ansiolítico”) entre os dois grupos do estudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($X^2 = 0,44$; NS e $X^2 = 0,37$; NS) para antidepressivos e ansiolíticos, respectivamente (Tabela 2). Nos dois grupos do estudo, a maior concentração foi na categoria de não uso: 71,4% do grupo-controle não usavam antidepressivo, e do grupo experimental, 62,9%; 66,7% do grupo-controle não faziam uso de ansiolítico, e do grupo experimental, 74,3%.

O protocolo de tratamento cognitivo-comportamental em grupo desenvolvido para essa pesquisa adaptou os jogos e exercícios do TO para trabalhar a psicoeducação, o treinamento em habilidades sociais, a reestruturação cognitiva e a exposição

Tabela 2. Distribuição dos pacientes por uso de antidepressivo e ansiolítico segundo os dois grupos de investigação (controle e experimental)

	GRUPOS			P valor
	Controle	Experimental	Total	
Uso de antidepressivo				
sim	n	6	13	19
	%	28,6	37,1	
não	n	15	22	37
	%	71,4	62,9	
Total	n	21	35	56
	%	100	100	
Uso de ansiolítico				
sim	n	7	9	16
	%	33,3	25,7	
não	n	14	26	40
	%	66,7	74,3	
Total	n	21	35	56
	%	100	100	

¹NS: Não significativo.

ao vivo. Ao final do tratamento, cada grupo montou uma peça de teatro fórum e apresentou a uma plateia aleatória, convidada no dia da apresentação no *campus* da universidade. Os pacientes eram encorajados a se expor gradualmente às situações temidas trabalhadas na sessão daquela semana.

Os grupos tiveram um total de 18 sessões, com duração de duas horas, e a frequência dos encontros foi de duas vezes na semana. Os instrumentos para avaliação da efetividade da terapia foram aplicados antes do início do tratamento, na última sessão e um mês após esta.

INSTRUMENTOS

1) Ficha de identificação. Foi criada pelos autores com o objetivo de coletar as informações de idade, sexo, estado civil, escolaridade e medicação utilizada.

2) Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) (Turner, Beidel, Dancu, & Stanley, 1989). Traduzido e validado no Brasil por Picon, Gauer, Fachel e Manfro (2005). Esse instrumento avalia quantitativamente a gravidade dos sintomas de fobia social e agorafobia. Apresenta um total de 45 itens, divididos nessas duas subescalas.

3) Inventário Beck de Ansiedade (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). É uma escala sintomática composta por 21 itens que tem por objetivo medir a gravidade dos sintomas de ansiedade, que foi validada no Brasil por Cunha (2001).

4) Inventário Beck de Depressão (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961). É utilizado para medir a

intensidade da depressão a partir do escore resultante da soma do total de pontos. Assim como o BAI, também foi validado no Brasil por Cunha (2001).

5) Escala de Medo e Avaliação Negativa (FNE) (Watson & Friend, 1969). Avalia o componente cognitivo da fobia social. Não foi validada para o Brasil.

6) Escala de Autoestima (Rosenberg, 1985). Esse instrumento tem o objetivo de avaliar o sentimento de satisfação de um indivíduo em relação a si mesmo. Avancine e cols(2007) realizou a sua adaptação à realidade brasileira.

ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga filho (UFRJ) CEP-MEMO nº 1162/05.

ANÁLISE DE DADOS

Para a comparação dos grupos-controle e experimental sob investigação no estudo, a análise dos resultados incluiu o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando aplicável. Ou seja, quando o valor esperado de alguma das células da tabela de contingência for inferior a cinco (Arango, 2001). Foi ainda verificada as diferenças ao longo do tempo através do Teste de Friedman, isto é, se ocorreu a modificação das médias dos escores totais ao longo do tempo em cada um dos grupos (avaliações pré-teste, pós-teste e após um mês). Por fim foi realizada a avaliação da diferença entre os grupos (Teste de Mann-Whitney), ou seja, se existia diferença entre os resultados do grupo-controle e os resultados do grupo experimental. Todos os testes estatísticos foram realizados ao nível de significância de 5% (Arango, 2001).

RESULTADOS

ANSIEDADE (BAI) E DEPRESSÃO (BDI)

Foram encontradas diferenças importantes entre os grupos quanto à gravidade de sintomas de ansiedade e depressão. Apesar de ter sido encontrada redução significativa em tais sintomas no grupo experimental ao longo do tempo, o mesmo não foi encontrado no grupo-controle (Tabela 3).

ANSIEDADE E FOBIA SOCIAL (SPAI)

A Tabela 4 apresenta os escores na escala de ansiedade social entre os grupos e ao longo do tempo de segmento. Ao comparar os escores totais médios, os grupos-controle e experimental não apresentaram diferenças (94,7 e 86,2, respectivamente), mas, ao avaliar a trajetória dos sintomas ao longo do tempo, foi encontrada redução significativa nos sintomas de ansiedade social no grupo experimental, o que não se repetiu para o grupo-controle.

Tabela 3. Distribuição das médias dos Inventários Beck de Depressão e Beck de Ansiedade segundo os grupos de comparação nos três períodos de avaliação do estudo (pré-teste, pós-teste e após um mês).

Testes	Grupo	Avaliações			P_valor(*)	Total	P_valor(**)
		Pré-teste	Pós-teste	Após um mês			
Beck Ansiedade	Controle	Média	17,7	18,1	21,2	NS ¹	18,6
		n	21	21	11		53
	Experimental	Média	18,1	11,8	11,4	p < 0,05	14,3
		n	35	25	24		84
Beck Depressão	Controle	Média	18,5	20,4	19,0	NS ¹	19,4
	Experimental	Média	16,8	6,0	7,2	p < 0,001	10,8

NS¹: Não significativo. * Teste não paramétrico de Friedman - diferenças entre as 3 avaliações. ** Teste não paramétrico de Mann-Whitney - diferença entre controle X experimental.

Tabela 4. Distribuição das médias dos escores do Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) segundo os grupos de comparação nos três períodos de avaliação do estudo (pré-teste, pós-teste e após um mês).

Testes	Grupo	Avaliações			p_valor(*)	Total	P_valor(**)
		Pré-teste	Pós-teste	Após um mês			
SPAI	Controle	Média	99,7	93,5	87,5	NS ¹	94,7
		n	21	21	11		53
	Experimental	Média	104,6	75,7	70,4	P < 0,001	86,2
		n	35	25	24		84

¹NS= Não significativo. * Teste não paramétrico de Friedman - diferenças entre as 3 avaliações. ** Teste não paramétrico de Mann-Whitney - diferença entre controle X experimental

ESCALA DE MEDO DA AVALIAÇÃO NEGATIVA (FNE)

Ao comparar as diferenças das médias dos resultados da FNE ao longo do tempo, observou-se que no grupo-controle essa diferença não foi significativa ($X^2 = 2,32$; ns), enquanto no grupo experimental ocorreu o contrário ($X^2 = 27,98$; $p < 0,001$). Comparando o grupo experimental com o grupo-controle no tocante às médias dos escores totais, foram encontradas diferenças significativas. Os resultados médios do grupo experimental são significativamente menores que os resultados do grupo-controle ($U = 93,5$; $p < 0,05$) (Tabela 5).

ESCALA DE AUTOESTIMA

Ao comparar as diferenças das médias dos resultados da Escala de Autoestima no tempo, observou-se que no grupo-controle não houve alteração ($X^2 = 0,63$; ns), mas houve um aumento da autoestima no grupo experimental antes e após o tratamento ($X^2 = 13,72$; $p < 0,001$). Comparando os dois grupos em relação às médias dos escores totais, foram encontradas diferenças significativas ($U = 173,0$; $p < 0,001$) (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que o grupo-controle foi similar ao experimental e que ambos são estatisticamente homogêneos, tomando o primeiro mais confiável pela similaridade com o segundo nas variáveis idade, escolaridade, sexo e estado civil.

Na variável uso de medicação, podemos destacar que ambos os grupos, em relação ao uso de ansiolítico e antidepressivo, tiveram maior concentração na categoria não uso. Devido ao pequeno número da amostra, não foi possível avaliar se ocorreram diferenças no resultado dos grupos em pacientes que usaram medicação e pacientes que não usaram.

O TAS é um transtorno de curso crônico e considerado grave por causar prejuízo significativo à vida de quem sofre desse problema, portanto são comuns comorbidades associadas ao transtorno, principalmente outros transtornos de ansiedade (APA, 2002). Pode ocorrer o desenvolvimento de uma depressão secundária ao diagnóstico de TAS, precipitada pelos prejuízos causados pelo transtorno primário.

Ruscio e colaboradores (2007), em um estudo que buscou replicar os resultados do National Comorbidity Survey nos Estados Unidos, concluiu, confirmando dados da literatura, que o TAS é um fator precipitante de depressão e abuso de substância. Dessa forma, justifica-se o uso do BDI na pesquisa.

Os resultados encontrados no estudo foram significativamente positivos tanto na comparação das diferenças das médias entre grupos e ao longo do tempo quanto na distribuição de frequência no tempo. Após a intervenção, o grupo experimental teve melhora significativa ao longo do tempo em relação à depressão, mas o grupo-controle não. Em relação à ansiedade, medida por meio do BAI, as mesmas conclusões foram constatadas.

Tabela 5. Distribuição das médias da FNE segundo os grupos de comparação nos três períodos de avaliação do estudo (pré-teste, pós-teste e após um mês).

Grupos		Avaliações			p valor (*)	Total	p valor (**)
		Pré-teste	Pós-teste	Após um mês			
FNE	Controle	n	21	21	NS ¹	53	0,05
		média	23,6	23,2		23,8	
	Experimental	n	35	25	P < 0,001	84,0	
		média	25,1	19,1		16,6	

(*) Teste não paramétrico de Friedman - diferenças entre as 3 avaliações.

(**) Teste não paramétrico de Mann-Whitney - diferença entre controle X experimental.

¹NS = Não significativo.

Tabela 6. Distribuição das médias da Escala de Autoestima segundo os grupos de comparação nos três períodos de avaliação do estudo (pré-teste, pós-teste e após um mês).

Grupos		Avaliações			p valor (*)	Total	p valor (**)
		Pré-teste	Pós-teste	Após um mês			
Escala de Auto-estima	Controle	n	21	21	NS ¹	53	p < 0,001
		média	24,6	25,2		25,4	
	Experimental	n	35	25	P < 0,001	84	
		média	25,5	28,8		29,1	

(*) Teste não paramétrico de Friedman - diferenças entre as 3 avaliações.

(**) Teste não paramétrico de Mann-Whitney - diferença entre controle x experimental.

¹NS = Não significativo.

No SPAI, os resultados encontrados indicaram que o grupo-controle não se modificou ao longo do tempo, mas o experimental, sim. Porém, na comparação entre as médias dos escores totais do grupo-controle e as do grupo experimental, os resultados não indicaram diferenças significativas entre os resultados de ambos os grupos em relação. Possivelmente tais resultados refletem o pequeno tamanho da amostra e a dispersão dos resultados.

Na Escala de Medo de Avaliação Negativa, os resultados encontrados foram positivos em todas as análises realizadas tanto na distribuição das frequências no tempo quanto nas diferenças das médias. Podemos afirmar que apenas o grupo experimental se modificou ao longo do tempo, o que poderia sinalizar efeitos da reestruturação cognitiva praticada no tratamento.

A avaliação da autoestima realizada na pesquisa pela Escala de Autoestima (Rosenberg, 1985) mostrou resultados positivos em todas as análises realizadas tanto na distribuição das frequências no tempo quanto nas diferenças das médias.

Na literatura, a autoestima é definida como a tendência relativamente estável de sentir-se bem ou mal a respeito de si mesmo. Ela pode ser definida como a avaliação que a pessoa efetua e mantém a seu respeito, que envolve sentimento de valor próprio, expressando uma atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si mesma (Bandeira, Quaglia, Bachetti, Ferreira, & Souza, 2005; Rosenberg, 1985). A autoestima tem sido relacionada com o desempenho social uma vez que pode influenciar a expectativa que as pessoas têm sobre o resultado de seu próprio desempenho. Essa expectativa,

por sua vez, tem sido considerada uma variável importante para o desempenho social, em particular do comportamento assertivo (Del Prette & Del Prette, 1999).

Diversos artigos na literatura apontam uma correlação positiva entre habilidades sociais e o grau de autoestima (Riggio, Throckmorton, & DePaola, 1990; Riggio, Watring, & Throckmorton, 1993; Bandeira et al., 2005). Um estudo realizado por Kernis, Cornell, Sun, Berry e Halow (1993) com 125 universitários mostrou que a autoestima afeta a resposta das pessoas ao *feedback* dos outros, e que os indivíduos com alto grau de autoestima aceitavam melhor o *feedback* positivo do que os indivíduos com baixa autoestima. Ao contrário, aqueles com baixa autoestima aceitavam melhor o *feedback* negativo do que os indivíduos com alta autoestima.

Bandeira e colaboradores (2005) realizaram uma pesquisa investigando a relação do comportamento assertivo com ansiedade, locus de controle e autoestima em universitários, e os resultados indicaram que, quanto maior o grau de assertividade dos sujeitos, maior seu escore de autoestima.

Também podemos considerar o modelo cognitivo do TAS (Clark & Wells, 1995) em que a autoavaliação negativa do desempenho realizada, assim como autoverbalizações negativas sobre si presentes no quadro afetam negativamente a autoestima. Dessa forma, os resultados encontrados na pesquisa para essa variável são relevantes, confirmando os dados da literatura.

Os resultados observados na pesquisa vão ao encontro dos dados da literatura, em que Picon e Penido (2011) destacam diversos estudos de metanálise sobre o assunto. A partir desse

estudo, podemos concluir que a exposição, a reestruturação cognitiva, a exposição associada à reestruturação cognitiva e o treinamento de habilidades sociais produzem efeitos semelhantes no tratamento do TAS; a exposição associada à reestruturação cognitiva teve resultado superior a grupo-placebo; não houve diferenças entre tratamento em grupo ou individual; e todos os tipos de abordagem cognitivo-comportamental produzem resultados superiores aos de lista de espera.

Esse estudo tem algumas limitações, como o pequeno número da amostra, que restringe a generalização dos resultados. Não foi possível avaliar quais intervenções específicas usadas (TO, videofeedback e reestruturação cognitiva) foram efetivas, nem comparar os resultados dessa proposta com outros tratamentos cognitivo-comportamentais em grupo para TAS. Esses temas devem ser contemplados em pesquisas futuras.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo desenvolver um protocolo estruturado em grupo para TAS, combinando a TCC a técnicas de TO, além de aplicar esse tratamento avaliando sua eficácia em comparação a um grupo-controle em lista de espera. O protocolo desenvolvido para essa pesquisa permitiu trabalhar de forma criativa a TCC para TAS, apresentando resultado superior à passagem do tempo.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Press. PMID: 18358502
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arango, H. G. (2001). *Bioestatística: Teórica e computacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. C. (2007). Adaptação transcultural de escala de auto-estima para adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 397-405.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachetti, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(2), 111-121. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a01.pdf>
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Boal, A. (1985). *Playing boal: Theatre, therapy, activism*. London: Routledge.
- Boal, A. (2005). *Teatro do oprimido e outras poéticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Caballo, V. E., Andrés, V., & Bas, F. (2001). Fobia social. In V. E. Caballo (Org). *Manual para o tratamento cognitivo comportamental dos transtornos psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. São Paulo: Santos.
- Clark, D., & Wells, A. A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, M., ... Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1058>
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Furmark, T. (2009). Neurobiological aspects of social anxiety disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(1), 5-12. Recuperado de http://doctoronly.co.il/wp-content/uploads/2011/12/2009_1_2.pdf
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A., Stein, M. B., Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 31(6), 472-479. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.22231>
- Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1190-1204. PMID: 8295118 DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1190>
- Hofmann S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. New York: Routledge.
- Nunes, S.B. (2001). 3 ou 4 perguntas para um bom fórum. *Metaxis: A revista do teatro do oprimido*, 1(1), 26-27. Recuperado de <http://institutoaugustoboal.org/2011/10/30/3-ou-4-perguntas-para-um-bom-forum/>
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Fachel, J. M. G., & Manfro, G. G. (2005). Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 40-50. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n1/v27n1a05.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082005000100005>
- Picon, P., & Penido, M. A. (2011). Terapia cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social. In Rangé, B. P. (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2. ed., pp. 269-300). Porto Alegre: Artmed.

- Riggio, R. E., Throckmorton, B., & DePaola, S. (1990). Social skills and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 11(8), 799-804. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90188-W](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(90)90188-W)
- Riggio, R.E., Watring, K.P., & Throckmorton, B. (1993). Social skills, social support, and psychosocial adjustment. *Personality and Individual Differences*, 15(3), 275-280. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90217-Q](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(93)90217-Q)
- Rodebaugh, T. L. (2004). I might look OK, but I'm still doubtful, anxious, and avoidant: The mixed effects of enhanced video feedback on social anxiety symptoms. *Behaviour Research Therapy*, 42(12), 1435-1451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.004>
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. In Leahy, R. L. (Ed.). *The development of self* (pp. 205-246). Orlando: Academic Press.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2007). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15-28.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Magee, L. (2008). *Social anxiety disorder. In Barlow, D. H. (Ed.). Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual (4th ed., pp. 123-163). New York: Guilford.*
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. R. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.1.1.35>
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0027806>