CRISTIANE MALUHY GIBARA

**Exposição à realidade virtual no tratamento da
fobia social: um estudo aberto**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

**São Paulo
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gibara, Cristiane Maluhy

Exposição à realidade virtual no tratamento da fobia social : um estudo aberto /
Cristiane Maluhy Gibara. -- São Paulo, 2014.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Terapia de exposição à realidade virtual 2.Fobia social
3.Transtorno de ansiedade 4.Terapia comportamental cognitiva 5.Software

USP/FM/DBD-134/14

Dedico aos meus amados filhos Thiago e Caio, por compreenderem o aperto da minha alma de mãe afastada pelos esforços na realização deste trabalho.

Meu coração está sempre com vocês.

Ao meu marido Tito, pelo companheirismo, pelo incentivo desde o início;
pela dedicação desmedida;
pelo amor que sempre acalenta meu coração.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais Myrna e Anis, que são meus exemplos de vida, meus braços auxiliares nas dificuldades dos vários obstáculos da vida.

Aos meus queridos irmãos Luciana e Anis, aos meus cunhados Fernando e Lidia, aos meus sobrinhos Caroline e Fernando Filho, aos amigos Malu Sanchez e Alexandre Sonvezzo; Taís Falavinha e Luiz Fernando Góes, que não mediram esforços na participação como atores, fazendo parte da realização deste sonho. Sou imensamente grata a vocês.

Ao meu orientador Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, que tanto admiro, pela confiança e pelo incentivo na ousadia deste projeto.

À Letícia Gertsenchtein, com competência e dedicação com as quais participou diretamente da pesquisa.

A todos os colegas do Programa Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do HC FMUSP, pela força de sempre.

Às bibliotecárias Érika Hayashi e Maria Umbelina Santos de Jesus, com prontidão, sempre colaboraram com as minhas solicitações.

À Valquíria Dias, sempre gentil ao me atender. A sua competência contribuiu na lapidação final desta tese.

A Tiago Mendonça, agradeço o apoio para a realização desta tese.

Aos pacientes, nosso objetivo maior, espero contribuir com este trabalho.

A Deus, meu mais profundo esteio!

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento da sua publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação.

Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3. ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação – SBD/FMUSP; 2011.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com “*List of Journals Indexed in Index Medicus*”.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURA

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	2
1.1 Fobia Social.....	2
1.1.1 Etiologia	2
1.1.2 Epidemiologia	4
1.1.3 Dados Sociodemográficos	5
1.1.4 Quadro Clínico e Diagnóstico	6
1.1.5 Diagnóstico Diferencial	8
1.1.6 Comorbidades.....	10
1.2 Tratamento psicoterápico	10
1.3 Exposição	11
1.4 Realidade Virtual (RV)	12
1.4.1 Exposição à Realidade Virtual (ERV)	16
1.4.2 Vantagens e Desvantagens da Exposição à Realidade Virtual	17
1.5 Exposição à Realidade Virtual em Fobia Social	18
1.5.1 Revisão da literatura	18
1.5.2 Ansiedade social na idade escolar.....	24
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS	29
4 A CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REALIDADE VIRTUAL PARA TRATAR FOBIA SOCIAL – PROGRAMA RVFS.....	31
4.1 Requisitos básicos	32
4.2 Cenários.....	33
5 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PROGRAMA REALIDADE VIRTUAL PARA TRATAR FOBIA SOCIAL	36

5.1 Hipótese	36
5.2 Método	36
5.3 Sujeitos	36
5.3.1 Súcumas de casos	37
5.4 Instrumentos	42
5.4.1 <i>Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, sessão de fobia social</i> (Anexo A)	42
5.4.2 <i>Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) – Liebowitz Social Anxiety Scale</i> (Anexo B)	42
5.4.3 <i>Escala de Impressão Clínica Global</i> (Anexo C)	42
5.4.4 <i>Avaliação de Qualidade de Vida SF 36</i> (Anexo D)	43
5.4.5 <i>Unidades Subjetivas de Desconforto</i> (Anexo E)	43
5.4.6 <i>Escala para Avaliar as Sessões de Terapia</i> (Anexo F)	43
5.4.7 <i>Inventário de Depressão de Beck</i> (Anexo G)	44
5.4.8 <i>Escala para Incapacitação Sheehan</i> (Anexo H)	44
5.4.9 <i>Escala de Adequação Social</i> (Anexo I)	44
5.4.10 <i>Questionário de Pensamentos Automáticos</i> (Anexo J)	45
5.4.11 <i>Escala de Atitudes Disfuncionais</i> (Anexo K)	45
5.5 Procedimento	46
5.6 Tratamento	47
6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	50
7 RESULTADOS	53
7.1 <i>Descrição da amostra</i>	53
7.2 <i>Escala de avaliação</i>	53
8 DISCUSSÃO	57
9 AVALIAÇÃO QUALIQUANTITATIVA	62
10 RESULTADOS QUALIQUANTITATIVOS	64
11 CONCLUSÕES	77
12 ANEXOS	79
Anexo A: <i>Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV</i>	79
Anexo B: <i>Escala de Ansiedade Social de Liebowitz</i>	84
Anexo C: <i>Escala de Impressão Clínica Global</i>	85
Anexo D: <i>Avaliação de Qualidade de Vida SF 36</i>	86
Anexo E: <i>Unidades Subjetivas de Desconforto</i>	92

Anexo F: <i>Escala para Avaliar as Sessões de Terapia</i>	94
Anexo G: <i>Inventário de Depressão de Beck</i>	95
Anexo H: <i>Escala para Incapacitação Sheehan</i>	97
Anexo I: <i>Escala de Adequação Social</i>	98
Anexo J: <i>Questionário de Pensamentos Automáticos</i>	106
Anexo K: <i>Escala de Atitudes Disfuncionais</i>	107
Anexo L: <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	109
Anexo M: <i>Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social</i>	114
Anexo N: Tabela 6 - Resultados do modelo de medidas repetidas	115
Anexo O: Tabela 7 - Resultados das comparações de cada instante de tempo para o modelo de medidas repetidas	120
Anexo P: Tabela 8 - Comparação dos instantes de tempo utilizando o teste de Friedman	121
13 REFERÊNCIAS	123

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANOVA	Análise da Variância
ATQ 30	Questionário de Pensamentos Automáticos
BDI	Inventário de Beck para Depressão
CAVE	<i>Computer Automatic Virtual Environment</i>
CGI	Escala de Impressão Clínica Global
CID-10	Código Internacional de Doenças
DAS	Escala de Pensamentos Disfuncionais
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSM – IV-TR	Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 4 ^a edição - texto revisado
DSM-5	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
EAS	Escala de Adequação Social
ERV	Exposição à Realidade Virtual
EUA	Estados Unidos da América
FNE-B	Escala de Medo da Avaliação Negativa
FS	Fobia Social
HAD	Escala de Ansiedade e Depressão do Hospital Zigmond e Snaith
HC/FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
LE	Lista de Espera
LSAS	Escala de Ansiedade Social de Liebowitz
NCS	<i>National Comorbidity Survey</i>
PRCS	Relatório Pessoal de Confiança como um Orador
RV	Realidade Virtual
RVFS	Realidade Virtual para tratar Fobia Social
RVTCC	<i>Exposição à Realidade Virtual e Terapia Cognitivo-Comportamental</i>
SAS-SR	<i>Social Adjustment Scale – Self Report</i>

SCID	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM
SPAI	Inventário de Ansiedade e de Fobia Social
SSPS	Escala de Automonitorização ao Falar em Público
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
USD	Unidades Subjetivas de Desconforto

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Fluxograma do estudo	19
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estudos Controlados.....	20
Tabela 2 - Dados demográficos	37
Tabela 3 - Estatísticas descritivas e resultados das comparações das médias inicial, final e seguimento	54
Tabela 4 - Estatísticas descritivas sobre as cenas apresentadas.....	55
Tabela 5 - Resultado de teste da redução proporcional na ansiedade após exposição à cena.	55
Tabela 6 - Resultados do modelo de medidas repetidas	115
Tabela 7 - Resultados das comparações de cada instante de tempo para o modelo de medidas repetidas.....	120
Tabela 8 - Comparação dos instantes de tempo utilizando o teste de Friedman.....	121

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição do número e percentual de Categorias frente à questão: ***Em que aspectos o tratamento o ajudou?*** São Paulo, 2013.65
- Gráfico 2** - Distribuição do número e percentuais de Categorias frente à questão: ***Em que aspectos o tratamento o atrapalhou?*** São Paulo, 2013.....68
- Gráfico 3** - Distribuição do número e percentuais de Categorias frente à questão: ***Em que o tratamento difere dos outros?*** São Paulo, 2013.69
- Gráfico 4** - Distribuição do número e percentuais de Categorias frente à questão ***“Quais situações da sua vida você percebeu mudança da ansiedade?”*** São Paulo, 2013.....71

RESUMO

Gibara CM. *Exposição à realidade virtual no tratamento da fobia social: um estudo aberto* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Objetivo: Construir um programa de Exposição à Realidade Virtual para tratar Fobia Social, avaliá-lo e aperfeiçoá-lo por meio de uma análise quantitativa e qualitativa. **Método:** Finalizaram o tratamento 21 sujeitos (11 homens e 10 mulheres) entre 18 e 63 anos diagnosticados pelo Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais 4^a edição- texto revisado (DSM –IV- TR) para fobia social. Foram excluídos os sujeitos com depressão grave, com risco de suicídio, transtornos psicóticos e abuso de substância. Principais medidas de avaliação quantitativa: *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz* – LSAS; *Escala de Impressão Clínica Global* – CGI; *Escala para Incapacitação de Sheehan*; *Escala de Adequação Social* – EAS; e *Questionário de Pensamentos Automáticos* – ATQ 30. Avaliação qualitativa: *Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social*. **Procedimento:** as Escalas e os Instrumentos foram aplicados no pré-tratamento, no pós-tratamento e no seguimento após seis meses de tratamento. O *Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social* foi aplicado no pós-tratamento. O tratamento consistiu em até 12 sessões de 50 minutos cada de exposição à Realidade Virtual. **Resultados:** Observou-se redução significativa no escore pós-tratamento que se manteve no seguimento, nas escalas que avaliaram ansiedade, fobia e disfunções cognitivas (LSAS, ATQ e EAS). Na CGI, houve redução na gravidade da doença após o tratamento e isto se manteve no seguimento. Os pacientes apresentaram melhora do transtorno que também se manteve no período do seguimento. A *Escala de Incapacitação de Sheehan* mostrou melhora significativa da vida profissional, social e familiar. O número médio de sessões para a diminuição da ansiedade social foi de 7. **Conclusão:** O tratamento utilizado neste estudo teve boa aceitação, boa adesão, auxilia na diminuição da ansiedade social como também no enfrentamento das situações temidas. Estudos controlados ulteriores deverão ser realizados para verificar se ratificam estes resultados preliminares.

Descritores: Terapia de exposição à realidade virtual; Fobia social; Transtorno de ansiedade; Terapia comportamental cognitiva; *Software*.

ABSTRACT

Gibara CM. *Virtual reality exposure in the treatment of social phobia: an open clinical trial* [Dissertation]. Sao Paulo: Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, 2014.

Objectives: To build a Virtual Reality Exposure software for the treatment of Social Phobia, to evaluate and improve it based on quantitative and qualitative analysis. **Method:** The treatment was completed by 21 subjects (11 men and 10 women) aged between 18 and 63, diagnosed with social phobia by the Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition - revised text (DSM - IV-TR). Subjects were excluded on account of deep depression, suicide risk, psychotic disorders or substance abuse. The main measurement instruments for quantitative evaluation were: Liebowitz Social Anxiety Scale - LSAS, Clinical Global Impression Scale – CGI, Sheehan Disability Scale, Social Adjustment Scale - SAS, Automatic Thoughts Questionnaire - ATQ 30. **Qualitative evaluation:** Methodological Qualitative Questionnaire for the Evaluation of Social Anxiety. **Procedure:** The Scales and Instruments were applied in the pre-treatment and post-treatment phases and in the follow-up assessment six months after treatment. The Methodological Qualitative Questionnaire for the Evaluation of Social Anxiety was applied in the post-treatment phase. The treatment consisted of twelve 50-minute sessions of exposure to Virtual Reality. **Results:** A significant decrease in the score in scales that measure anxiety, phobia and cognitive dysfunctions (LSAS, ATQ and SAS) was observed after treatment and it was maintained on follow-up. Patients have shown improvement of the disorder that was also preserved on follow-up. The Sheehan Disability Scale has shown significant improvement in professional, social and family life. The average number of sessions to achieve a reduction of social anxiety was seven. **Conclusion:** The treatment used in this study has been well received; patients have shown adherence to it and it has helped them to reduce their social anxiety and deal with situations they feared. Further controlled trials should be undertaken to endorse these preliminary results.

Descriptors: Virtual reality exposure therapy; Social phobia; Anxiety disorders; Cognitive behavioral therapy; Software.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Fobia Social

Esquivar-se de situações de desempenho, como falar em público, participar de reuniões e ter medo do contato com as pessoas, seja ao iniciar uma conversa, seja ao manter conversação com elas, e, também, dificuldade de flertar, olhar nos olhos, usar banheiros públicos, comer, beber e escrever na frente das pessoas são algumas das características clínicas da Fobia Social (FS). Estas pessoas enfrentam as situações temidas com intenso desconforto ou se esquivam, o que acarreta problemas nas várias áreas de suas vidas, como abandono de emprego, isolamento social, e, inclusive, empobrecimento da vida amorosa (Barros Neto e Gebara, 2011).

A Fobia Social foi descrita, pela primeira vez, por Marks e Gelder (1966) em um estudo no qual observaram que pessoas com fobias de situações sociais manifestas como: timidez, medo de corar em público, de comer em restaurantes, de conhecer pessoas, ir a festas e tremer quando observadas, diferiam de outras fobias, sobretudo no aspecto da idade de início do quadro. As fobias específicas se iniciavam mais comumente na infância ou na idade adulta e a fobia social comumente surgia na adolescência.

1.1.1 Etiologia

Os estudos sobre a etiologia buscam entender a Fobia Social como a interação de aspectos genéticos, neurobiológicos, cognitivos, relacionados a temperamento, a eventos traumáticos, a interações parentais e à aprendizagem social.

A etiologia da FS pode ser explicada do ponto de vista genético. Um estudo realizado em crianças com FS, quando comparadas a seus pares não fóbicos, apresentavam pais fóbicos sociais em uma proporção maior que os pais de seus pares não fóbicos (Lieb *et al.*, 2000). Há estudos que examinaram a influência genética relacionada a constructos como timidez, medo da avaliação negativa e inibição do comportamento. O estudo de Warren *et al.* (1999) observou que certos sintomas de ansiedade autorreportados por crianças de 7 anos, parecem resultar, ao menos em parte, de fatores genéticos. Sintomas de ansiedade fisiológica e social podem estar relacionados a comportamento inibido, parecem ser geneticamente influenciados. Para Stein *et al.* (2002), um aspecto cognitivo central na fenomenologia (e, possivelmente, causa da fobia social) – o medo de ser avaliado negativamente é moderadamente hereditário.

Do ponto de vista neurobiológico, em um estudo com amostra pequena, Irlé *et al.* (2010) observaram redução da amígdala e do hipocampo de fóbicos sociais comparados a controles. Um menor volume do lado direito do hipocampo estava intensamente relacionado à gravidade do transtorno. Este foi o primeiro estudo que encontrou redução volumétrica de estruturas cerebrais de fóbicos sociais.

Existem evidências sugestivas de que crianças que manifestam comportamento e temperamento inibidos apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de FS. Do ponto de vista neurofisiológico, o sistema límbico das crianças inibidas teria um limiar mais baixo de responsividade, especialmente da amígdala e do hipotálamo, acarretando aumento da frequência e estabilidade de batimentos cardíacos, sugestiva de maior influência do sistema simpático, aumento dos diâmetros pupilares e maior tensão motora. Níveis mais altos de cortisol matinal também foram encontrados. A manifestação de comportamento inibido requer influências de estressores ambientais, além da disposição, para apresentar o referido comportamento (Kagan *et al.*, 1984).

A FS pode ser desencadeada por fatores cognitivos, e mantida por meio de um círculo vicioso no qual os indivíduos se engajam em uma série

de processos cognitivos enviesados, antes e depois das interações sociais. Por conseguinte, a ansiedade gerada pode causar prejuízo no desempenho social. A esquivas social subsequente e as consequências socialmente adversas são utilizadas para reduzir a possibilidade de desenvolvimento social posterior e para perpetuar a suposição de que eventos sociais trarão sempre consequências negativas (Banerjee e Henderson, 2001).

Os fóbicos sociais adultos, frequentemente, se recordam de experiências em que foram criticados, humilhados e de outras consequências sociais adversas por valorizarem a aceitação por parte dos outros (Rapee *et al.*, 1997).

McCabe *et al.* (2003) observaram que 92% dos adultos com fobia social da amostra do seu estudo relataram uma história de que foram fortemente humilhados na infância, o que pode implicar em um fator etiológico resultante de trauma.

O fato de observar o outro ser ridicularizado ou criticado é outro aspecto etiológico da fobia social – o da aprendizagem social, Ost e Hughdhal (1981), observaram que 13% dos sujeitos fóbicos sociais relataram experiências vicariantes que tiveram um papel importante na fobia social.

A interação entre pais e filhos é outro aspecto abordado sobre a etiologia da FS. Estes estudos evidenciam a importância da identificação de determinados padrões de relações entre os pais e as crianças com FS. Constata-se controle excessivo por parte dos pais, o que pode contribuir para sua origem (Hudson e Rapee, 2002; Moore *et al.*, 2004).

1.1.2 Epidemiologia

A FS foi o transtorno ansioso mais prevalente nos estudos epidemiológicos feitos nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa. A prevalência teve uma variação de 2% a 12% (Wittchen e Fehm, 2003). Um estudo epidemiológico e de comorbidades entre fóbicos sociais (Grant *et al.*,

2005) evidenciou sua prevalência ao longo da vida em 5,0% e elevada comorbidade com outros transtornos do Eixo I e do Eixo II do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais 4a versão - texto revisado (DSM-IV-TR), como os transtornos relacionados ao uso de álcool, que ocorreram em 48,2%, os transtornos de humor, em 56,3%, outros transtornos de ansiedade em 54,1%, além de transtornos de personalidade, presentes em 55,4% da amostra. Os transtornos comórbidos dificultam o diagnóstico e complicam o tratamento da FS.

Andrade e colaboradores, ao realizarem estudo com 1.464 participantes, usando os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em uma área de captação próxima ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), observaram uma prevalência de 3,5% para a FS (Andrade *et al.*, 2002). Já no estudo de Kessler *et al.* (2005) do *National Comorbidity Survey* (NCS), a prevalência da FS ao longo de 12 meses foi de 12,1%. Prevalências tão distintas podem ser explicadas por diferenças metodológicas utilizadas nesses estudos. Por exemplo, no estudo de Kessler *et al.* (2005), os critérios menos rígidos na seleção da amostra podem ter colaborado para o aumento da prevalência.

1.1.3 Dados Sociodemográficos

O início do quadro se dá na infância ou adolescência, e o curso é crônico e sem remissão, se não houver tratamento. A maioria dos fóbicos sociais é solteira e com baixo nível socioeconômico. A FS ocorre mais em mulheres do que em homens (Wittchen *et al.*, 1999; Faravelli *et al.*, 2000; Ohayon e Schatzberg, 2010; Barros Neto e Gebara, 2011).

1.1.4 Quadro Clínico e Diagnóstico

Vários sintomas físicos podem estar presentes, como palpitações, sudorese, tremor, boca seca, tensão muscular e a ruborização. Os sentimentos de vergonha e humilhação, a autodepreciação, a antecipação negativa e o medo da avaliação negativa são os sintomas psíquicos mais frequentes. O fóbico social, frente às situações temidas, procura evitá-las ou as enfrenta com muito desconforto. O grau de esquiva fóbica é determinante do prejuízo funcional e pode ser muito variável – desde a esquiva do contato visual até a esquiva de todos os contatos sociais, chegando ao isolamento social total.

CrITÉRIOS DO DSM-5 para o diagnóstico da fobia social

Ao se comparar a proposta do DSM-5 ao DSM-IV-TR, pode-se observar pequenas, mas importantes, mudanças na nova versão. Estas mudanças aparecem nos critérios 1 a 7 em artigos sobre perguntas, respostas e recomendações para o DSM-5 (Bögels *et al.*, 2010 e Lewis-Fernández *et al.*, 2010). Entre elas estão: 1. A ansiedade social em crianças pode ser também expressada através de comportamento pegajoso, retraimento ou incapacidade para falar em público e estes comportamentos não se limitam a pessoas estranhas. 2. Há um especificador para ansiedade de desempenho, se o medo restringir-se a falar ou realizar algo em público. No DSM-IV-TR, o especificador era para fobia social generalizada. 3. Ofender os outros aparece como um medo que não estava presente no DSM-IV-TR. 4. A duração do quadro clínico deve ser de pelo menos seis meses, ao contrário do DSM-IV-TR em que isto ocorria apenas em relação às crianças.

As situações de ansiedade social podem ser divididas em ansiedade de desempenho e de contato interpessoal. As situações mais comuns de ansiedade de desempenho são falar em público, submeter-se a um exame, comer, beber ou escrever na frente dos outros, usar banheiro público. Ir a

festas, ter contato com estranhos, iniciar ou manter conversas, lidar com pessoas em posição de autoridade, interagir com um pequeno grupo e falar ao telefone são algumas das situações de contato interpessoal.

Assim, os novos critérios são:

1. Medo ou ansiedade intensos de uma ou mais situações sociais nas quais o indivíduo é exposto à possível avaliação pelos outros. Os exemplos incluem interações sociais (conversar), ser observado (ao comer ou beber) ou realizar algo diante dos outros (fazer um discurso ou uma apresentação);
2. O indivíduo teme agir de uma forma tal ou mostrar sintomas de ansiedade que o levem a ser avaliado negativamente (exemplos: ser humilhado, constrangido ou rejeitado) ou ofender os outros;
3. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade (Nota: nas crianças, o medo ou a ansiedade podem ser expressados por meio do choro, fúria, imobilidade (por medo), indiferença, comportamento pegajoso, retraimento ou incapacidade para falar em público);
4. As situações sociais são ativamente evitadas ou suportadas com acentuado medo ou ansiedade;
5. O medo ou a ansiedade são desproporcionais a uma ameaça real que ocorra dentro de uma situação social (Nota: desproporcional se refere ao contexto sociocultural);
6. O medo, a ansiedade ou a esquiva são persistentes, e têm uma duração de, pelo menos, seis meses;
7. O medo, a ansiedade ou a esquiva causam sofrimento clinicamente relevante ou prejuízo significativo em alguma das áreas de funcionamento do indivíduo (social, trabalho, ou outra);
8. O problema não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo: uma droga de abuso, um medicamento), ou a outra condição médica;

9. O problema não é mais bem explicado por outro transtorno mental (por exemplo: ansiedade de ter ataques de pânico no transtorno de pânico, situações agorafóbicas na agorafobia, separação de figuras de apego no transtorno de ansiedade de separação, exposição pública às imperfeições físicas no transtorno dismórfico corporal, ou problemas de comunicação social no transtorno do espectro autista. A incapacidade de falar em público não é melhor explicada por gaguejar ou por problemas na linguagem expressa nos transtornos de comunicação, ou recusa a falar devido à oposição no transtorno desafiador opositivo;
10. Se outra condição médica (por exemplo: gagueira, doença de Parkinson, obesidade, deformação por queimaduras ou ferimentos) estiver presente, o medo, a ansiedade, ou a esquiva não está relacionado a ela ou será fora de proporção.

Especificar: se apenas ansiedade de desempenho, se o medo restringir-se a falar ou realizar algo em público.

Especificar se: mutismo eletivo: Incapacidade estável para falar em situações sociais específicas em que há uma expectativa para falar (por exemplo: na escola) apesar de falar em outras situações.

1.1.5 Diagnóstico Diferencial

As características clínicas apresentadas na fobia social, podem ser semelhantes às encontradas em outros transtornos psiquiátricos, tais como: no transtorno de ansiedade generalizada, no transtorno dismórfico corporal, na depressão atípica, na distímia, nas fobias específicas, no transtorno de pânico, na agorafobia e nos transtornos psicóticos.

O transtorno de ansiedade generalizada é caracterizado pelas preocupações excessivas sobre as situações do dia a dia e, na fobia social, a temática é única: o medo de ser avaliado.

O transtorno dismórfico corporal caracteriza-se por uma preocupação excessiva com um defeito físico imaginário ou real. A preocupação que os outros possam perceber este defeito vai além das situações que envolvem problemas de desempenho ou de situações de interação social.

A depressão atípica caracteriza-se pela presença de ansiedade acentuada e hipersensibilidade à rejeição, hipersônia, hiperfagia e lentificação, que vão além dos sintomas de esquiva e desconforto em situações sociais, sendo, assim, classificada como um transtorno depressivo.

Na distímia, a esquiva em situações sociais é comum quando os sintomas depressivos se manifestam com mais intensidade. Já na fobia social, a ansiedade social e a esquiva estão sempre presentes.

O foco principal de ansiedade das fobias específicas são objetos ou situações inteiramente diversas das situações sociais, como animais, relâmpagos, altura e escuridão, que não se relacionam em absoluto à presença de pessoas.

A característica principal do portador do transtorno do pânico é evitar ficar sozinho, além de evitar locais fechados, viagens, espaços abertos, pontes, o que diferencia do fóbico social que evita estar no meio das pessoas. A preocupação com a possibilidade de morrer ou de ficar doente com os sintomas do transtorno do pânico se diferencia da preocupação do fóbico social como o medo do outro perceber que está ruborizado, tremendo ou suando.

Na agorafobia, o medo está relacionado com estar longe de casa e a lugares cheios. Já na fobia social, o medo se relaciona a estar sendo observado nos locais em que se encontra (Barros Neto e Gebara, 2011).

As ideias delirantes são características dos quadros psicóticos, comuns na esquizofrenia e no transtorno delirante, diferentemente das ideias de referência que aparecem na fobia social. Estas ideias de referência não constituem um delírio, uma vez que não existe a certeza subjetiva.

1.1.6 Comorbidades

Grant *et al.* (2005), em seu estudo epidemiológico com 43.093 adultos nos EUA, observaram a comorbidade, ao longo da vida, de 56,3% de FS com transtornos de humor e de 54,1% com transtornos de ansiedade. A FS relacionada ao uso de álcool foi observada em 48,2% dos sujeitos, 22,3% tinham transtorno relacionado ao uso de substâncias, 33% eram tabagistas e 55,4% tinham algum transtorno de personalidade.

1.2 Tratamento psicoterápico

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem sendo utilizada com eficácia no tratamento da FS, modificando as crenças disfuncionais e mantendo respostas de comportamento mais adequadas. Ao identificar os pensamentos distorcidos e crenças disfuncionais, os pacientes identificam, também, a relação destes com seus sintomas e emoções, conseguindo ter maior autocontrole e autoconfiança perante a vida. (Ito *et al.*, 2008; Jorstad-Stein, 2009; Blanco *et al.*, 2010)

A abordagem psicodinâmica baseia-se no modelo de Bion em que a hipótese da recorrência e os conflitos inconscientes estavam conectados diretamente com os sintomas. Knijnik *et al.* (2004) compararam um grupo submetido à terapia psicodinâmica e outro submetido à terapia de apoio/placebo. O grupo de abordagem psicodinâmica foi superior ao grupo placebo.

Um protocolo utilizado por Leichsenring *et al.* (2007) para terapia psicodinâmica inclui que o foco no tema central do conflito influencia os sintomas primários do paciente, assim como o entendimento das demandas irrealistas. Há o confronto das situações sociais de medo pelos pacientes, um componente similar ao da exposição. Este protocolo foi utilizado em um estudo multicêntrico de Leichsenring *et al.* (2013), com 495 pacientes, que foram alocados em três grupos: TCC, terapia psicodinâmica e lista de

espera. Ambos os tratamentos foram significativamente superiores à lista de espera. A TCC foi significativamente superior à terapia psicodinâmica em relação à remissão.

A terapia interpessoal tem como um dos aspectos ajudar o paciente a identificar que o transtorno não é parte da sua personalidade. Em um segundo momento do tratamento, há a formulação da área problema, em que se esclarecem os papéis e as emoções associadas, utiliza-se *role-play*, se indicado, que incentiva o paciente a se comunicar e expressar sentimentos. As intervenções, geralmente, visam capacitar o paciente a construir uma rede social por meio da formação e manutenção de relações próximas e confiáveis. Um estudo que comparou terapia cognitiva com terapia interpessoal evidenciou que a terapia cognitiva foi mais eficaz do que a terapia interpessoal na redução dos sintomas de fobia social, embora as melhorias consideráveis de ambos os tratamentos foram mantidas um ano após o tratamento (Stangier *et al.*, 2011).

1.3 Exposição

Um dos tratamentos mais eficazes para tratar a fobia social é a técnica de exposição. Há estudos que respaldam a sua eficácia no tratamento da fobia social (Heimberg *et al.*, 1990; Fava *et al.*, 2001, e Lincoln *et al.*, 2003). A exposição aos estímulos temidos pode ser feita ao vivo ou na imaginação. A exposição na imaginação, na qual o terapeuta narra as cenas para o paciente imaginar, pode ser feita antes, para facilitar a exposição ao vivo, ou mesmo viabilizá-la. Uma hierarquia é construída pelo paciente e o terapeuta, isto é, uma lista de situações temidas e evitadas. A exposição se inicia da cena que causa menos desconforto em direção às que causam mais desconforto. Nos estágios iniciais do tratamento com exposição ao vivo, as situações podem ser enfrentadas junto com o terapeuta (exposição assistida), até que a ansiedade diminua e o paciente possa se expor sozinho. Quando um determinado item da hierarquia não eliciar mais

ansiedade, passa-se ao item seguinte da hierarquia. A exposição deve ser feita de forma repetida e prolongada.

O processo alcança seu objetivo quando o paciente enfrentar todos os itens da hierarquia com significativa redução da ansiedade e do desconforto. É importante que o paciente preste atenção na ansiedade eliciada na situação de enfrentamento com o intuito de vivenciá-la plenamente (Heimberg, 2002), pois isto leva à habituação.

É importante ressaltar que a exposição tem algumas limitações. Uma delas é a importância de verificar a viabilidade da situação que será enfrentada na exposição ao vivo, pois algumas dessas situações podem ter um tempo muito curto de exposição, impossibilitando a habituação; por exemplo, assinar um cheque (Garcia Palacios *et al.*, 2001). Outra limitação é a esquiva do paciente das situações sociais que pode ser determinada pela falta de habilidades sociais, dificultando seu engajamento na exposição ao vivo (Geiszt *et al.*, 2006). A dificuldade de visualização na exposição na imaginação (Riva *et al.*, 2003) também pode ser outra limitação.

1.4 Realidade Virtual (RV)

A Realidade Virtual (RV) é definida como “uma aplicação que permite aos navegadores interagirem com um ambiente computadorizado tridimensional em tempo real” (Pratt *et al.*, 1995). A comunicação é realizada pela interface com base na interatividade de visualização em três dimensões que integra um conjunto de dados em uma única experiência de vida real (Riva, 2003).

A RV é uma técnica avançada de interface na qual o usuário pode realizar imersão (sensação de estar dentro do ambiente), interação e envolvimento. A interatividade é fundamental para diferenciar a realidade virtual da mídia audiovisual comum. O que distingue a RV de outros meios de comunicação ou sistemas de comunicação é o sentido de presença, que é definida como a "sensação de estar lá" (Steuer, 1992) ou como a

"sensação de estar em um mundo que existe fora de si mesmo". Price *et al.* (2011) avaliaram a relação entre a presença, isto é, o nível de conexão que o indivíduo sente enquanto exposto a um ambiente virtual (envolvimento, realismo), a mensuração do medo durante, assim como a resposta ao tratamento da exposição à realidade virtual para fobia social. Participaram do estudo 41 sujeitos, sendo que a amostra foi utilizada de dois estudos maiores: 31 sujeitos de um dos estudos tiveram como tratamento a exposição à realidade virtual e dez de outro estudo que também receberam tratamento por exposição à realidade virtual. Os cenários virtuais incluíram uma sala de conferência (para cinco pessoas), uma classe com trinta e cinco pessoas aproximadamente e um auditório com cem ouvintes aproximadamente. Para que o conceito de presença fosse significativo na resposta ao tratamento, os autores identificaram a importância de maximizar variáveis, como apagar as luzes durante o tratamento de exposição. Frisaram a importância de serem feitos mais estudos que avaliem a presença no tratamento de exposição à realidade virtual, não só em situações de ansiedade de falar em público, como também em situações de contato interpessoal.

O sistema de realidade virtual integra dois elementos: o *software* e o *hardware*. O *software* inclui os controladores de simulação/animação; ferramentas de autoria, bancos de dados de objetos virtuais, funções de interação, e interface de entrada e saída. A criação do conteúdo do mundo virtual implica a utilização de ferramentas de modelagem tridimensional, edição de imagem, som e vídeo, linguagem de programação, inserção de imagens capturadas por câmera de vídeo, criação de avatares ou animações. Os *softwares* utilizam uma plataforma de render em tempo real, ou seja, conforme a pessoa se movimenta, o ponto de referência é por meio do sistema de rastreamento de movimentos do capacete, todo o cenário, assim como iluminação, sombras e objetos, é desenhado no momento da apresentação das imagens (Tori e Kirner, 2006).

O *hardware* inclui os dispositivos de entrada, os dispositivos multissensoriais, processadores e rede. Os dispositivos de entrada podem

ser: rastreadores, luvas, mouses 3 D, teclado, *joystick* e reconhecedores de voz. Os dispositivos multissensoriais são os elementos sensoriais de saída, tais como dispositivos visuais, dispositivos de áudio e dispositivos hápticos (Tori e Kirner, 2006).

A realidade virtual pode ser categorizada em imersiva e não imersiva.

Realidade virtual imersiva

A realidade virtual imersiva é quando os sentidos sensoriais são focados para o que está acontecendo dentro desse ambiente. Há um isolamento do mundo exterior. A imersão, além de ser considerada um fator importante para a RV dentre os aspectos envolvimento e interação, é baseada no uso de dispositivos visuais como os capacetes e/ou visores, e de salas de projeção, luvas, rastreadores e mouse 3D.

Realidade virtual não imersiva

A realidade virtual não imersiva baseia-se no uso de monitores e o usuário é transportado, parcialmente, para o mundo virtual. (Tori e Kirner, 2006). Estas aplicações tecnológicas abrangem imagens em 3D apresentadas por monitores e óculos estereoscópicos polarizados, que permitem a visualização destas imagens a um custo menor que os sistemas de realidade virtual imersiva (Lister *et al.*, 2010). A classificação em RV imersiva e não imersiva depende do grau de percepção do usuário (pelos sentidos) em relação ao mundo real durante a simulação, o que implica na intensidade do estímulo sensorial dentro do sistema de RV e o isolamento das sensações vindas do mundo real.

Dispositivos de Realidade Virtual

O grau ou proporção de imersão são obtidos pelos dispositivos que transmitem ao usuário a sensação de entrada no ambiente virtual.

Esta tecnologia inclui desde imagens em tela de computador, até ambientes pequenos nos quais são projetadas imagens estereoscópicas no teto, paredes e chão, que permitem que o sujeito mergulhe em diferentes etapas de ambientes virtuais.

A *caverna* (CAVE – *Computer Automatic Virtual Environment*) é um sistema de RV baseado em projeção. O paciente permanece em um ambiente escuro e é rodeado por imagens estereoscópicas geradas por computador em 4 lados: nas laterais, na frente e em cima (Wiederhold e Wiederhold, 2004).

Os capacetes virtuais (*head mounted display*) têm sido a melhor escolha em diversos estudos para permitir, conforme a movimentação do sujeito, a mudança do campo de visão (Riva, 2003). O processo visual se dá de forma que um par de monitores de vídeo muito pequenos, colocados diretamente na frente de cada olho, proporciona à visão imagens que o cérebro vê como tridimensionais dinâmicas, que podem ser giradas, reduzidas, aumentadas ou manipuladas de qualquer forma.

Embora a CAVE seja a tecnologia que elicie mais ansiedade, no entanto, não é a que proporciona os melhores resultados em termos de redução da ansiedade (Krijn *et al.*, 2004). Seu custo é elevado para as realizações das pesquisas clínicas (Wiederhold e Wiederhold, 2004). Por outro lado, esses dispositivos não são necessariamente imprescindíveis (Wilderhold e Wiederhold, 2004).

Dispositivos de rastreamento de posição permitem que os usuários "tragam suas mãos" com eles por meio de uma luva e permite a percepção das informações a serem usadas por gestos. O dispositivo de rastreamento de posição cria um sistema de coordenadas clássico em três eixos. Isso permite ao usuário movimentar-se em três dimensões. Um dispositivo de rastreamento de posição é utilizado para medir o movimento do visor e outro é utilizado para medir cada luva ou outra parte do corpo que o usuário deseja colocar no espaço cibernético (Hosn e Costa, 1999; Bullinger 1998). A técnica é conhecida como aumento tátil que permite a interação dos

participantes com objetos virtuais que possuem propriedades físicas, tais como a solidez e peso.

São colocadas telas perto dos olhos do usuário do capacete virtual. Uma imagem ligeiramente diferente do mundo virtual é mostrada para cada olho. A imagem mostrada para o olho esquerdo é ligeiramente deslocada em relação à imagem vista pelo olho direito. O sistema de visão funde as duas imagens em uma imagem única em três dimensões, ajudando a dar aos usuários a ilusão de que o ambiente virtual tem profundidade. Uma dessas técnicas por si só pode ser convincente, principalmente quando combinada e sincronizada simultaneamente, convergindo para o cérebro a ação de pegar o objeto virtual. O usuário tem uma experiência única e convincente de "estar lá" no mundo virtual (Garcia-Pallacios *et al.*, 2001).

A ilusão de presença pode ser sensivelmente melhorada pela entrada coordenada de dados por meio da audição (Stanney, 2005). O usuário recebe a maioria das informações visualmente e pelos ouvidos, levando à criação de um ambiente virtual que prenda a atenção dele e produza uma sensação de estar presente, um sentimento de imersão.

Gerardi *et al.* (2008) introduziram a estimulação olfatória no mundo virtual, que exigem receptores no nariz e na boca para receberem moléculas reais e enviar sinais específicos para o cérebro.

1.4.1 Exposição à Realidade Virtual (ERV)

A realidade virtual tem sido aplicada na psicoterapia, em diversos tipos de fobias, por meio da técnica da exposição.

Os estudos em Exposição à Realidade Virtual (ERV) têm demonstrado eficácia nos tratamentos de transtornos fóbico-ansiosos, como fobia social (Klinger *et al.*, 2005; Wallack *et al.*, 2009; Lister *et al.*, 2010; Robillard *et al.*, 2010; Anderson *et al.*, 2013), fobias específicas, como fobia de voo (Rothbaum, 2006; Krijin, 2007), fobia de altura (Emmelkamp *et al.*, 2002; Krijn *et al.*, 2007), fobia de aranha (Garcia-Palacios *et al.*, 2002; Michaliszyn

et al., 2010); transtorno de pânico com ou sem agorafobia (Choi *et al.*, 2005; Botella *et al.*, 2007).

1.4.2 Vantagens e Desvantagens da Exposição à Realidade Virtual

A Exposição à Realidade Virtual apresenta vantagens em relação à exposição na imaginação e ao vivo. Uma delas é proporcionar um tratamento mais prático, promovendo estímulos quando há dificuldade de imaginar as cenas propostas e mantê-las. Outra vantagem é que é realizada dentro do consultório, preservando a privacidade do sujeito, quando ele apresenta um acentuado desconforto em experimentar situações reais, evitando um maior constrangimento (Geiszt *et al.*, 2006). Tem a qualidade de ser mais real que a exposição na imaginação por proporcionar ambientes padronizados e controlados, podendo as cenas serem passíveis de repetição respondendo aos propósitos terapêuticos (Glantz *et al.*, 1996; Botella *et al.*, 2004). Além disso, a exposição em ambientes de realidade virtual preenche a lacuna entre a situação imaginada e a real, pois permite que o paciente se exponha aos estímulos ansiogênicos como se fossem reais (Riva, 2003; Botella *et al.*, 2004).

Na exposição ao vivo, a ansiedade diante da situação real ainda é extrema, dificultando, assim, a entrada ou a permanência do paciente na situação de exposição, resultando em diminuição na frequência da exposição e abandono do tratamento (Jang *et al.*, 2000; Garcia Palacios *et al.*, 2001; Jang *et al.*, 2002; Cárdenas *et al.*, 2006). O paciente quando atua no mundo virtual e aprende a falar, mover-se, responder sem a preocupação das consequências dos atos reais, a aprendizagem tem início no consultório e se estende para o mundo real. O terapeuta tem acesso direto ao estímulo apresentado para o paciente, o que não é possível no caso da exposição na imaginação (Glantz *et al.*, 1996).

A exposição à realidade virtual (ERV) também tem a vantagem de ter um custo menos elevado do que a exposição ao vivo, por minimizar o tempo de tratamento (North *et al.*, 1997).

1.5 Exposição à Realidade Virtual em Fobia Social

1.5.1 Revisão da literatura

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Medline, PsycInfo, Scielo, Scopus, Proquest, por meio dos termos: *virtual reality; virtual reality exposure therapy, social phobia, social anxiety disorder, public speaking anxiety, cognitive behavior therapy*.

Levando-se em conta as especificidades de cada base de dados, a construção da estratégia de busca foram diferenciadas, no caso da Medline (PubMed), apesar da existência dos termos MeSH: *Phobic Disorders, Virtual Reality Exposure Therapy, Cognitive Therapy*, optou-se pela utilização de termos livres, assim como em outras bases de dados, visando ampliar o universo de pesquisa, utilizou-se os operadores booleanos adequados a cada caso: *AND- OR- AND NOT*.

Considerou-se um período de 10 anos de 2003 a 2014, nas línguas: Português, Inglês e Espanhol; **ensaios clínicos controlados**, com abordagem temática em fobia social, com intervenção terapêutica por meio da exposição à realidade virtual e terapia **cognitivo-comportamental** em adultos.

Foram excluídos os relatos de casos clínicos, estudos não controlados e abertos, bem como os estudos com abordagem temática em outros tipos de fobias e com intervenções medicamentosas.

Figura 1: Fluxograma do estudo.

Tabela 1 - Estudos controlados.

Autor e Ano	Transtorno	N	Duração da terapia	Grupos de tratamento	Resultados
Klinger <i>et al.</i> (2005)	Fobia social	36	12 sessões	TCC e ERV	Redução da ansiedade social em ambos os grupos
Wallack <i>et al.</i> (2009)	Fobia Social circunscrita	88	12 sessões	ERV TCC, TCC e Lista de espera	Redução da ansiedade social no grupo ERV TCC e no grupo TCC
Lister <i>et al.</i> (2010)	Fobia Social circunscrita	20	4 sessões	ERV e Lista de espera	Redução da ansiedade social no grupo VER
Robillard <i>et al.</i> (2010)	Fobia Social	45	16 sessões	ERV TCC, TCC e Lista de espera	Redução da ansiedade social no grupo ERV TCC e no grupo TCC
Safir <i>et al.</i> (2012)	Fobia Social circunscrita	49	Seguimento após um ano de tratamento	ERV TCC e TCC	Redução da ansiedade social mantida em ambos os grupos
Anderson <i>et al.</i> (2013)	Fobia Social circunscrita	97	8 sessões	ERV, EV e Lista de espera	Redução da ansiedade social no grupo ERV e no grupo EV

Legenda: EV: Exposição ao vivo em grupo; TCC: Terapia cognitivo-comportamental; ERV TCC: Exposição à realidade virtual e terapia cognitivo-comportamental; ERV: exposição à realidade virtual.

Estudos recentes têm sido conduzidos com terapia baseada em exposição à realidade virtual (Klinger *et al.*, 2004) para tratar a fobia social. Esta forma de tratamento ainda não consta entre as terapias baseadas em evidências que são recomendadas pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE, 2013).

Nos casos de dificuldade de visualização na técnica de exposição na imaginação, a interação com situações de exposição virtual é uma forma de eliciar ansiedade, atingindo os objetivos da técnica. O programa virtual pode modificar o ambiente sintético, criando a ilusão de interagir e estar imerso no ambiente (Gorini e Riva, 2008).

O primeiro estudo foi de North *et al.* (1998), com 16 sujeitos que se submeteram à exposição a um auditório virtual e observaram que houve redução significativa dos sintomas de ansiedade, como também maior habilidade em encarar situações fóbicas no mundo real.

Em 2002, Harris *et al.*, em um estudo com oito estudantes universitários, observaram que quatro sessões de exposição virtual levaram à redução da ansiedade de falar em público. Anderson *et al.* (2005), em um estudo aberto com 10 sujeitos com medo de falar em público que foram submetidos a 8 sessões em um auditório virtual, também observaram redução da ansiedade de falar em público.

O estudo de Klinger *et al.* (2005), com um número maior de participantes, consistia em 36 sujeitos com diagnóstico primário de fobia social, de acordo com os critérios do DSM-IV, que foram alocados em dois grupos, sendo que, em um deles, os pacientes foram submetidos à terapia cognitivo-comportamental e outro, à exposição à realidade virtual. Neste último, foram criados ambientes virtuais que reconstruíram quatro situações socialmente ansiogênicas, que haviam sido descritas por Holt *et al.* (1992): desempenho (falar em público), intimidade (estabelecer contatos, conversas, em situações de intimidade), assertividade (proteger os próprios interesses, defender pontos de vista, demandar respeito) e observacional (atuar enquanto está sendo julgado). Cada participante se submeteu a doze sessões de TCC ou de exposição à realidade virtual. Foi usada como medida primária de avaliação a *Escala de Liebowitz para Ansiedade Social* (LSAS), que evidenciou uma significativa redução da pontuação do escore total no pós-tratamento em ambos os grupos (89,7 x 47,6, na exposição virtual e 78,0 x 43,5 na TCC). Foram utilizadas a *Tabela de Assertividade Rathus*, um autorrelato que mede assertividade social; o *Questionário sobre Contextos Sociais que Induzem a Ansiedade* permite que se estabeleça a tipologia da fobia social bem como o subgrupo (desempenho, assertividade, intimidade, ou ansiedade de/por escrutínio); a *Escala de Ansiedade e Depressão do Hospital Zigmund e Snaith* (HAD); a *Escala de Incapacidade Sheehan*; e a *Escala de Impressão Clínica Global* (CGI).

Wallack *et al.* (2009) fizeram um estudo controlado e randomizado para avaliar se a Exposição à Realidade Virtual seria uma alternativa para substituir a Terapia cognitivo-comportamental. Participaram deste estudo 112 sujeitos com ansiedade de falar em público, o tipo mais frequente de

fobia social, ocorrendo em 40% dos que sofrem de fobia social. Abandonaram o estudo 24 sujeitos: 6 do grupo Realidade Virtual e TCC (RVTCC), 15 do grupo de TCC e 3 da Lista de Espera (LE). O tratamento foi realizado em 12 sessões. Foram aplicadas as *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz* (LSAS), que avalia medo e esquiva em situações de desempenho e de interação social, a *Escala de Automonitorização ao Falar em Público* (SSPS). Esta última acessa pensamentos negativos e positivos ao falar em público. A *Escala de Medo da Avaliação Negativa* foi usada para identificar pensamentos negativos acerca de estar sendo avaliado em situações sociais e de desempenho. Ao completar a avaliação, os sujeitos eram submetidos a uma tarefa que consistia em um discurso de 10 minutos de duração diante de cinco membros do *staff* que registravam a ansiedade experimentada em escalas lineares. A SSPS foi reaplicada após o término das sessões nos dois grupos. Os autores observaram que tanto o grupo de RVTCC como o de TCC foram eficazes na diminuição dos sintomas de ansiedade, observado em 4 das cinco medidas usadas para avaliar a redução da ansiedade social, embora tenha havido um elevado número de abandonos no grupo de TCC (15 no grupo de RVTCC vs 6 no de TCC). Utilizando a mesma amostra para um estudo de segmento, Safir *et al.* (2012) identificaram que, em todas as medidas, os resultados foram mantidos um ano após o tratamento em ambos os grupos.

Lister *et al.* (2010) utilizaram, em seu estudo, imagens em 3D de um auditório que eram vistas por óculos polarizados por sujeitos diagnosticados com fobia de falar em público. Participaram do estudo 20 sujeitos, 16 mulheres e 4 homens, que foram aleatoriamente distribuídos em dois grupos: o grupo de realidade virtual e o grupo da lista de espera. Quatro pacientes da lista de espera abandonaram o estudo contra apenas um do grupo de realidade virtual. O tratamento incluiu quatro sessões, sendo que os sujeitos foram submetidos ao preenchimento de questionários de autoavaliação: a *Escala de Automonitorização ao Falar em Público* (SSPS), que acessa pensamentos negativos e positivos ao falar em público, o *Relatório pessoal de confiança como um orador* (PRCS); que identifica

aspectos cognitivos; o *Inventário de Ansiedade traço-estado* (IDATE); *Inventário de Ansiedade e Fobia Social* (SPAI), que acessa sintomas somáticos, cognições e comportamentos de esquiva. Os sujeitos foram expostos a um auditório virtual usando óculos polarizados e um monitor de TV 3D de 32'. Eles permaneceram em pé em um pódio e discursavam para uma plateia virtual durante alguns minutos. Este discurso incluiu a leitura de um trecho de um livro. No cenário virtual, se encontrava uma classe em que as pessoas conversavam entre si e prestavam atenção ao discurso do sujeito, mas tossiam e amassavam folhas de papel. Esta plateia virtual podia ser manipulada pelo terapeuta, pedindo para que o sujeito falasse mais alto ou rissem entre eles. Os resultados demonstraram que houve a diminuição do nível de ansiedade ao falar em público após a quarta sessão, assim como houve diminuição dos pensamentos negativos ao falar em público.

No estudo de Robillard (2010), 45 adultos foram randomicamente distribuídos em três braços: 16 receberam tratamento tradicional de Terapia cognitivo-comportamental (com exposição ao vivo); 14 foram tratados com exposição à realidade virtual combinada à TCC e 15 integraram a lista de espera. Os dois grupos tratados receberam 16 sessões de terapia individual. Ambos os grupos de tratamento tiveram sessões de exposição individual semanal tanto no que se refere a falar em público como em outras situações sociais (virtuais ou ao vivo, dependendo da condição/grupo do participante). No grupo de exposição virtual, foi usado o mesmo programa desenvolvido por E. Klinger e usado no estudo de Klinger *et al.* (2005). Foram utilizadas a *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz* (LSAS), a *Avaliação de preocupações sociais*, a *Escala de Medo da Avaliação Negativa*, o *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (IDATE), o *Self-efficacy single-item measure* e o *Inventário de Beck para depressão* (BDI). Houve melhora significativa nas duas condições de tratamento, quando comparadas à lista de espera.

Anderson *et al.* (2013) estudaram 97 pacientes com fobia de falar em público (em todos os pacientes, este era o medo primário) que foram randomicamente alocados para um de três grupos: 1. Exposição à realidade virtual, 2. Exposição ao vivo em grupo e, 3. Lista de espera. Pacientes foram

submetidos a 8 sessões de terapia em cada grupo, e à lista de espera. Medidas de autoavaliação padronizadas foram coletadas antes, no final do tratamento e no seguimento de 12 meses. Os seguintes instrumentos foram utilizados: a *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV* (SCID) como medida de remissão do quadro de ansiedade social. Uma tarefa padronizada – realizar um discurso – era feita antes, depois do tratamento e com 3 meses de seguimento – *Relatório pessoal de confiança como um orador* (PRCS; Paul, 1966). *Escala de Medo da Avaliação Negativa* (FNE-B) – forma abreviada. Na análise da variância, somente os pacientes que receberam tratamento ativo melhoraram, exceto no parâmetro da extensão do discurso. O *Teste de Esquiva Comportamental* foi baseado em um protocolo de avaliação padronizado do discurso no qual os participantes se preparavam para discutir temas controversos, o que se deu ao longo de 8 sessões. Os participantes eram solicitados para discursar sobre três temas durante dez minutos. A audiência era composta de estudantes com certo nível de graduação, mas nunca o terapeuta. Na avaliação da melhora como um todo, foi utilizada a *Escala de Impressão Clínica Global* (CGI). Foram também avaliadas a aliança terapêutica e a satisfação com o tratamento. O seguimento de 12 meses evidenciou acentuada melhora em todas as medidas dos pacientes dos grupos de tratamentos ativos. Os autores concluíram que a exposição por realidade virtual é eficaz para tratar medos sociais, e que este benefício se estendeu por um ano. A exposição à realidade virtual mostrou-se tão eficaz quanto a exposição ao vivo em grupo no tratamento da fobia social de falar em público.

1.5.2 Ansiedade social na idade escolar

O medo de ir à escola pode surgir de forma irracional e a criança desenvolve sintomas de ansiedade, muitas vezes, associados com sintomas físicos, como náuseas, vômitos e dores de cabeça. As consequências disto levam à perda da motivação ou à diminuição da frequência em ir à escola, o

que pode culminar com a recusa total. No caso de adolescentes, o risco de um baixo desempenho escolar pode aumentar. A ansiedade social na idade escolar é caracterizada pelo medo de diversos eventos associados à escola, como exemplo, medo de ser intimidado ou criticado em frente à classe, ter que falar em público, fazer exames, tirar a roupa para a prática de esportes. Gutiérrez-Maldonado *et al.*, 2009, desenvolveram uma série de ambientes virtuais que foram integrados em um programa de tratamento para crianças e adolescentes com fobia escolar. Para estudar a sua eficácia, 18 participantes com altos escores em medidas de fobia escolar foram distribuídos aleatoriamente em um grupo de tratamento, enquanto que outros 18 participantes foram atribuídos em um grupo de lista de espera. Os resultados sugeriram que a exposição por meio de ambientes virtuais pode ser um tratamento eficaz para a ansiedade social na idade escolar.

2 JUSTIFICATIVA

A técnica da Exposição à Realidade Virtual tem sido utilizada para o tratamento da fobia social. Este projeto tem por finalidade a construção de um programa, um *software* em Três Dimensões, para tratar os pacientes com fobia social por meio da Exposição à Realidade Virtual. Para aperfeiçoá-lo e verificar sua viabilidade terapêutica, foi idealizado este estudo para avaliar e aprimorar este programa de Realidade Virtual.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

1. Construir um programa de Exposição à Realidade Virtual para tratar fobia social;
2. Avaliar e aperfeiçoar este programa por meio de uma análise quantitativa e qualitativa.

4 A CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REALIDADE VIRTUAL PARA TRATAR FOBIA SOCIAL – PROGRAMA RVFS

4 A CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE REALIDADE VIRTUAL PARA TRATAR FOBIA SOCIAL – PROGRAMA RVFS

O Programa Realidade Virtual para tratar Fobia Social (RVFS) foi idealizado pela autora e executado pela Empresa Outra Vista.

Os cenários criaram situações sociais em três dimensões para eliciar ansiedade, aliando captura de vídeo de personagens reais e interativos que simulam a realidade. As cenas foram gravadas com atores e captadas por uma câmera modelo **Panasonic** (3 Dimensões) em um estúdio com fundo infinito. A faixa etária dos atores variou da adolescência à terceira idade. As cenas filmadas abrangeram o gênero masculino, o feminino e pequenos grupos, levando em consideração as dificuldades dos fóbicos sociais.

Foram criados dois cenários virtuais em uma rua e em uma festa. As cenas foram: caminhar na rua, abordagem de pessoas na rua, entrada na festa, diálogo na festa, recepção de convidados na festa e discurso na festa.

Para a construção do Programa RVFS, em um primeiro momento, foram contatadas algumas empresas que tinham expertise em projetos com a técnica em três Dimensões, no entanto, algumas delas eram produtoras de filmes e não atendiam aos princípios da elaboração do Projeto do Programa, isto porque um filme em três Dimensões é contínuo não tendo a possibilidade de que a personagem responda em tempo real para o paciente. As possibilidades ficaram restritas e somente uma delas foi escolhida por atender a estes princípios. A pedido da autora, foram apresentados pela Empresa cenários virtuais para serem definidos conforme as cenas previamente elaboradas no Projeto. Em um segundo momento, atores amadores foram escolhidos e filmados por uma câmera e em estúdio específico para filmes em três dimensões. A Equipe técnica foi escolhida pela empresa. A autora forneceu instruções para o diretor de cena em relação à distância da câmera dos atores, como também os comportamentos específicos e falas que seriam necessários para os atores. As cenas tem ponto de vista fixo, e os cenários e as personagens têm suas imagens

geradas previamente e compiladas na programação tipo plataforma DVD, para, assim, serem apresentadas de forma pré-determinada de acordo com os comandos do terapeuta por meio do teclado auxiliar.

Foi assinado um contrato com a Empresa Outra Vista que transfere os direitos autorais do Programa para a autora. O Programa Realidade Virtual para tratar Fobia Social – Programa RVFS – foi protocolado no Instituto Nacional da Propriedade Industrial. O pedido de registro do *software* recebeu o nº 130820. O programa RVFS ficou pronto em junho de 2011, pronto para ser avaliado e testado.

4.1 Requisitos básicos

O Programa RVFS opera com uma plataforma PC com sistema operacional *Microsoft Windows 7* ou superior, capacitado para exibição de vídeo tridimensional.

Hardware: processador Intel i7 ou superior, 4Gb de memória RAM, placa de vídeo Nvidia GTX 540M ou superior, leitor óptico de DVD. Para exibição do conteúdo 3D, é preciso uma tela LCD com, pelo menos, 1366 x 768 pixel, do tipo micropolarizada 3 Dimensões (*Row-Interleaved*).

Software: a máquina deve estar equipada com programa para exibição de filmes em 3D, como *Cyberlink DVD 10* ou superior ou similar, no formato lado a lado, em tela cheia.

Aplicação e dispositivos: Para ativar a ilusão de óptica que gera a imagem em três Dimensões ao usuário, deve-se usar um óculos 3D polarizado passivo e fones de ouvido para imersão sonora no ambiente. O terapeuta deve auxiliar o paciente no correto posicionamento em relação à tela, buscando sempre um ângulo reto dos olhos do paciente. O Programa apresenta imagens com taxa de 30 quadros por segundo, com distância focal equivalente a 50mm (50 graus de campo de visão).

Os comandos para ativação de interação e mudança de cenas são feitos pelo terapeuta por meio de um teclado USB com ou sem fio utilizando-

se os atalhos padrões para mudança de capítulo (“R”, no Cyberlink DVD) e mudança de ângulo (“ENTER”, no Cyberlink DVD).

4.2 Cenários

O Programa RVFS apresenta um ícone para calibragem das cenas, tanto do áudio quanto do vídeo.

Os cenários criaram situações realistas em três dimensões para eliciar ansiedade, aliando captura de vídeo de personagens reais e interativas que simulam a realidade. As cenas foram gravadas com atores amadores e captadas por uma câmera em três dimensões em um estúdio com fundo infinito também utilizado para esta finalidade. Além dos 11 atores, a equipe no estúdio continha um diretor, sob orientação da autora e uma equipe técnica. A faixa etária dos atores variou da adolescência à terceira idade. As cenas filmadas abrangeram tanto o gênero masculino, como o feminino e em pequenos grupos, levando em consideração as dificuldades dos fóbicos sociais.

O fóbico social teme ter um mau desempenho em situações sociais. Por definição, situação social é aquela em que o indivíduo está próximo ou sob a avaliação dos outros, portanto, foram criados dois cenários virtuais de uma rua e de uma festa. O sujeito interagiu com uma cena que contém uma rua, em uma das situações, e foi observado por pessoas. Em outra situação, interagiu perguntando onde é a farmácia mais próxima, por exemplo, para as pessoas que passavam por ele, na rua. No cenário da festa, o sujeito interagiu, entrando numa casa na qual há uma festa e foi observado pelos convidados. Em outra situação, interagiu com uma cena que respondeu às perguntas feitas por um convidado da festa. Em outro momento do cenário da festa, os convidados o observavam e o sujeito interagiu fazendo um discurso de agradecimento aos convidados por terem vindo à sua festa.

As cenas encontram-se descritas abaixo:

Cena 1– Caminhar na rua. O sujeito anda por uma rua e é observado pelas pessoas que estão passando por ali: dois adolescentes conversando e rindo, uma senhora com uma criança, uma mulher falando no celular e dando risadas altas.

Cena 2 – Abordagem na rua. O sujeito anda por uma rua e pede informação para um desconhecido de onde fica a farmácia mais próxima, por exemplo. Ele agradece e repete a mesma pergunta para outro desconhecido. As personagens são: um adolescente, uma mulher, um homem, e um grupo com um senhor e um casal.

Cena 3 – Entrada na festa. O sujeito entra numa casa na qual há uma festa e é observado pelos convidados.

Cena 4 – Diálogo na festa. O sujeito é apresentado por uma das personagens para uma desconhecida na festa que trava um diálogo com ele.

Cena 5 – Recepção (convidados). O sujeito é o anfitrião e recebe os convidados em sua festa.

Cena 6 – Discurso na festa. O sujeito é o anfitrião e faz um discurso de agradecimento aos convidados. Dependendo da situação temida, o sujeito pode comer, beber ou escrever em frente aos convidados. Uma das personagens atende o celular, a outra tosse e a outra cochicha com a pessoa ao lado e ri alto.

5 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PROGRAMA REALIDADE VIRTUAL PARA TRATAR FOBIA SOCIAL

5 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DO PROGRAMA REALIDADE VIRTUAL PARA TRATAR FOBIA SOCIAL

5.1 Hipótese

A Exposição à Realidade Virtual diminui a ansiedade em situações sociais.

5.2 Método

Estudo aberto com 21 pessoas com fobia social, avaliadas antes e após o tratamento com a finalidade de verificar se a exposição à realidade virtual melhora a sintomatologia.

5.3 Sujeitos

Entraram em contato por *e-mail*, cerca de 40 pessoas que leram sobre a pesquisa em matéria do jornal “O Estado de São Paulo”, datada de 13 de julho de 2012, atendidas em consultório particular. Foram convidadas para participar da triagem realizada pelo psiquiatra T.P.B.N. 25 sujeitos, que foram selecionados por ordem de chegada. Os critérios de exclusão eram depressão maior grave com risco de suicídio, dependência de substâncias psicoativas e que se encontravam em psicoterapia. Participaram do estudo 22 sujeitos diagnosticados com fobia social pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID). Foram excluídos 3 sujeitos por não haverem recebido o diagnóstico de fobia social. Houve um participante que não continuou o tratamento por incompatibilidade de horários. Concluíram o seguimento, após seis meses de tratamento, 21 sujeitos.

Tabela 2 - Dados demográficos.

Variável	Categoria	N	%
Gênero	Feminino	10	47,6%
	Masculino	11	52,4%
Escolaridade	Pós-graduação	2	9,5%
	Superior completo	13	61,9%
	Superior incompleto	1	4,8%
	Ensino Médio completo	5	23,8%
Fobia	Generalizada	13	61,9%
	Circunscrita	8	38,1%
Idade	Entre 18 e 25 anos	1	5%
	Entre 25 e 45 anos	14	67%
	Entre 45 e 65 anos	6	28%

5.3.1 Súmulas de casos

1. A.A.R., solteiro, sexo masculino, 50 anos, representante de vendas. Idade de início do quadro: 10 anos; tratamento anterior: escitalopram. Apreensão e medo é o que lhe causa o contato com as pessoas. Este é o centro de seus problemas, principalmente em relação ao âmbito profissional.

2. C. G. C., solteira, sexo feminino, 29 anos, vigia de patrimônio. Idade de início: 14 anos. Como a paciente apresentava isolamento social total, optou-se por tratamento medicamentoso, paroxetina, combinado com a exposição virtual. Ela sofre muito nas situações de comer, falar e escrever diante das pessoas. Os sintomas são vários: sentia fraqueza, enjoo e dizia que os músculos não a obedeciam. Quando vai ao mercado, diz que espera não ter ninguém por perto para colocar as compras no carrinho. Ela tem vergonha dos outros saberem o que ela consome em casa.

3. C. M. L., divorciada, sexo feminino, 41 anos, administradora de empresa. Idade de início: 18 anos; tratamento anterior: psicanálise. Ela é solicitada para fazer palestras para um público grande devido ao cargo que ocupa na empresa em que trabalha, e, quando não pode evitar, enfrenta com muita ansiedade, se incomoda com o rubor facial, e, por vezes, tem “brancos”. Sofre com o constrangimento destas situações.

4. D. M. M. M., solteira, sexo feminino, 18 anos, estudante. Idade de início: 7 anos; tratamento anterior: psicoterapia. O medo de conhecer pessoas é muito intenso. Há a preocupação de como será avaliada. Em uma situação, ao ser convidada para jantar na casa do namorado, mal conseguiu comer na frente dos pais dele. Tem medo de quem irá conhecer quando entrar na faculdade.

5. F. E., solteira, sexo feminino, 25 anos, analista de investimentos. Idade de início: 15 anos; tratamento anterior: psicoterapia. O cerne de seus problemas se voltam para a dificuldade de se expor em reuniões de trabalho e o quanto isto atrapalha sua vida profissional. Ela enfrenta as reuniões com muita tensão, rubor na face e tremor.

6. F. D., casado, sexo masculino, 63 anos, representante comercial. Idade de início: 33 anos; tratamento anterior: psicoterapia e sertralina; tratamento atual: escitalopram, alprazolam e clonazepam. A ansiedade é intensa quando precisa assinar algum documento na frente dos outros e o tremor das mãos é tanto que, por muitas vezes, os documentos eram invalidados. Sente tristeza e sentimento de autodepreciação.

7. H. P. S., casada, sexo feminino, 30 anos, bancária. Idade de início: infância; tratamento atual: escitalopram. A principal situação que ela teme são as reuniões com o chefe. Muito ansiosa, tem insônia na noite que antecipa a reunião. Tem dificuldade em solicitar ajuda para o chefe, porque tem medo da avaliação negativa dele.

8. I. N., casado, sexo masculino, 43 anos, gerente de projetos. Idade de início: 16 anos; tratamento anterior: psicoterapia; tratamento atual: divalproato de sódio. A ansiedade é intensa quando precisa falar com o chefe. Suas mãos suam e percebe a voz trêmula, dificultando seu raciocínio. Sente, também, estes sintomas nas reuniões com mais pessoas.

9. J. I. S., casado, sexo masculino, 51 anos, psicólogo. Idade de início: 15 anos; tratamento anterior: lorazepam, fluoxetina; tratamento atual: paroxetina, alprazolam. Tem medo das pessoas. Acredita estar sempre sendo observado por elas. Fica muito envergonhado quando participa de grupos.

10.K. E. K., solteiro, sexo masculino, 26 anos, administrador de empresas. Idade de início: 7 anos; tratamento anterior: risperidona, ritalina; tratamento atual: sertralina e escitalopram. Desde a época escolar, era muito tímido e tinha dificuldade na interação com os amigos na classe. Sente medo de ser avaliado negativamente, principalmente quando está em grupos, tanto no trabalho como com amigos. Por muitas vezes, não conseguiu ir a entrevistas de emprego, ficando longos períodos desempregado.

11. K. C. O., solteiro, sexo masculino, 26 anos, desempregado. Idade de início: 6 anos. Desde criança, era acanhado. Não tem muitos amigos, tem dificuldade de pedir informações porque se sente o tempo todo avaliado negativamente pelos outros. Quando precisa conversar com alguém, “trava” e dá “branco”. Sofre muito e fica triste porque acredita que não conseguirá modificar esta condição.

12. L. K., solteira, sexo feminino, 37 anos, gerente de vendas. Idade de início: 17 anos. Tem medo de falar com pessoas em posição de autoridade. Sente tontura, suor, taquicardia, “dá branco” e gagueja quando fala. Sente medo de ser julgada.

13. M. E. B., casado, sexo masculino, 45 anos, bancário. Idade de início: 17 anos; tratamento anterior: psicoterapia e florais de Bach; tratamento atual: florais de Bach. Sente muito medo de se expor em público. Fez curso de oratória para tentar ajudar, mas a ansiedade ainda é intensa

quando participa de reuniões, que, geralmente, contém um grupo grande de pessoas. Quanto maior o nível da plateia, ele se sente pior.

14. M. O. C. R., divorciada, sexo feminino, 52 anos, secretária. Idade de início: 7 anos. A sua maior dificuldade é de falar em público. Sente nervosismo, tremor, boca seca e “dá branco”. Como trabalha com a área de advocacia, seu grande sonho é de cursar Direito, mas o medo a impede. Sente-se muito constrangida e limitada.

15. M. D. R., casada, sexo feminino, 32 anos, médica. Idade de início: infância; tratamento atual: escitalopram. Tem dificuldade em dialogar com amigos e familiares, principalmente quando tem que expressar desacordo; Sente muita tensão e rubor quando fala com desconhecidos. Quando vai a um Congresso da sua área, teme ser abordada por algum conhecido. Falar com pessoas em posição de autoridade causa muita ansiedade e medo.

16. M. S. M., solteiro, sexo masculino, 45 anos, engenheiro agrônomo. Idade de início: 7 anos; tratamento atual: paroxetina. A hora do almoço é um dos momentos do dia de mais tensão. Esquiva-se do convite dos colegas de trabalho e vai sozinho almoçar. Senta em uma mesa no fundo do restaurante, de costas para as pessoas com medo de ser visto e abordado para conversar. Quando vai a um shopping ou a um mercado, sente-se o centro das atenções e fica com muita ansiedade. Para relaxar, faz uso de substâncias, como benzodiazepínicos ou uma cerveja para enfrentar situações sociais, que se restringem a esporádicos encontros familiares.

17. P. M. S., divorciado, sexo masculino, 38 anos, analista de sistemas. Idade de início: 12 anos; tratamento anterior: paroxetina; tratamento atual: sulpirida e daforim. Sempre muito tímido, evita locais com muitas pessoas. No trabalho, quando conversa em pequenos grupos, sente-se muito desgastado porque fica pensando o tempo todo sobre o que estão pensando do jeito dele, além de sentir taquicardia e sudorese.

18. R. P. S., casado, sexo masculino, 35 anos, empresário. Idade de início: 17 anos; tratamento atual: escitalopram. Tem dificuldade de escrever, comer e beber na frente dos outros, sente ansiedade e treme. Em sua profissão, a situação de assinar documentos é muito comum. Como sente muita ansiedade e treme muito, precisa se retirar daquele ambiente e assinar os documentos em área reservada. Sente-se muito humilhado e constrangido porque não consegue “controlar” seu tremor. Evita situações sociais, como convites para jantar com amigos porque treme muito ao pegar nos talheres. Sente-se o centro das atenções.

19. S. R. A., casado, sexo masculino, 48 anos, tecnólogo. Idade de início: desde muito cedo; tratamento anterior: maracugina e fórmulas com calmante. Ansiedade e vergonha o acompanham o todo tempo quando interage com as pessoas. O olhar do outro está sempre o julgando – sente medo, sudorese e tontura. Evita situações sociais e só se sente seguro em casa.

20. T. T., casada, sexo feminino, 52 anos, médica. Idade de início: 12 anos; tratamento atual: venlafaxina. Foge do contato das pessoas, porque teme ser o centro das atenções. Frequenta reuniões familiares e perdeu o contato com os poucos amigos da adolescência. Tem forte sentimento de autodepreciação.

21. T. S. N., solteira, sexo feminino, 33 anos, professora. Idade de início: 21 anos; tratamento anterior: paroxetina, rivotril. Aflição e angústia são os sintomas que ela sente ao conversar com um grupo de amigos. A dificuldade é tanta que desvia o olhar a maior parte do tempo, se sentindo humilhada. Percebe-se como inadequada.

5.4 Instrumentos

5.4.1 Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV, sessão de fobia social (SCID I/P DSM-IV- TR; First *et al.*, 2002) (Anexo A)

Entrevista semiestruturada com intuito de fazer diagnóstico de acordo com os critérios do DSM-IV-TR. Possibilita classificar a fobia segundo a gravidade (leve, moderada, grave). As perguntas são dirigidas e trazem questões sobre medo e ansiedade nas situações típicas, grau de esquiva da situação, o sofrimento que ocorre se esta não pode ser evitada, crítica reformulada sobre o problema. Foi usada para estabelecer o diagnóstico.

5.4.2 Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) – Liebowitz Social Anxiety Scale (Liebowitz, 1987) (Anexo B)

Esta é uma escala que pode ser administrada pelo clínico ou pode ser de autoaplicação, com 24 situações fóbico-sociais, e avalia a ansiedade social de desempenho e de interação social. Cada item é avaliado segundo duas escalas, uma para medo ou ansiedade (0- nenhuma a 3- profunda) e outra para esquiva (de 0- nunca a 3- geralmente). Foi usada com sucesso em vários estudos farmacológicos e em estudos com tratamento cognitivo-comportamental (Blanco *et al.*, 2010, Ravindran *et al.*, 2009).

5.4.3 Escala de Impressão Clínica Global (CGI; Guy, 1976) (Anexo C)

Foram usadas duas escalas, o índice de gravidade e o índice de melhora. Na primeira, foi avaliada a gravidade do transtorno do paciente no momento da entrevista, baseado em sua experiência em pessoas com o mesmo diagnóstico. A segunda escala, também com 7 pontos, requer que o clínico avalie o quanto a pessoa melhorou ou piorou em relação ao início da intervenção.

5.4.4 Avaliação de Qualidade de Vida SF 36 (Ware e Gandeka, 1998) (Anexo D)

Versão em Português do *Medical Outcome Studies* 36 item *short form health survey*. É autoaplicável e avalia a percepção do sujeito sobre seu próprio estado de saúde. Possui um questionário multidimensional formado por 36 itens, subdivididos em oito escalas: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e comparação do estado atual com um ano atrás. Avalia aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) e positivos (bem-estar). Foi traduzida e validada no Brasil (Ciconelli *et al.*, 1999).

5.4.5 Unidades Subjetivas de Desconforto (USDs; Wolpe e Lang, 1964) (Anexo E)

Idealizadas por Wolpe para o tratamento por Dessensibilização Sistemática, em que o paciente é treinado a classificar a intensidade de seu mal-estar numa escala de zero a cem (zero, sem qualquer desconforto; cem, o pior que já sentiu).

5.4.6 Escala para Avaliar as Sessões de Terapia (Anexo F)

Foi desenvolvida para este estudo. Trata-se de uma escala que permite ao sujeito avaliar a intensidade da ansiedade durante a exposição à cena virtual, o quanto a cena é parecida com situações reais, a ansiedade sentida no início e no fim do exercício, e o grau máximo de ansiedade experimentada. São usadas em cada item escalas do tipo Likert que variam de 0 a 5, sendo que 0 = nenhuma; 1= pouquíssima; 2= leve; 3= moderada; 4= muita; 5 = extrema.

5.4.7 Inventário de depressão de Beck (BDI; Beck *et al.*, 1961) (Anexo G)

O Inventário de Depressão de Beck ("*Beck Depression Inventory*") é, provavelmente, a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (e.g. Dunn *et al.*, 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, ao pessimismo, à sensação de fracasso, à falta de satisfação, à sensação de culpa, à sensação de punição, à autodepreciação, a autoacusações, a ideias suicidas, a crises de choro, irritabilidade, à retração social, à indecisão, à distorção da imagem corporal, à inibição para o trabalho, ao distúrbio do sono, à fadiga, à perda de apetite, à perda de peso, à preocupação somática e à diminuição de libido. É um instrumento que possibilita medir a gravidade da depressão.

5.4.8 Escala para Incapacitação Sheehan (Sheehan *et al.*, 1996) (Anexo H)

É uma escala autoaplicável que avalia a incapacitação no trabalho, e na vida familiar e social. As categorias são expressas de modo analógico, numa escala de 0 a 10 (0 a 3 - prejuízo leve; 4 a 6- prejuízo moderado; 7 a 10 - prejuízo grave).

5.4.9 Escala de Adequação Social (EAS; Gorenstein *et al.*, 2002) (Anexo I)

Tradução da *Social Adjustment Scale – Self Report – SAS-SR* (Meissmann e Bothwell, 1976). Possui 54 questões autopreenchíveis e permite uma avaliação individual de sete áreas específicas: trabalho, vida social e lazer, relação com a família, relação marital, relação com os filhos, vida doméstica e situação financeira. Os itens avaliam aspectos do

desempenho, a qualidade das relações interpessoais, e os sentimentos e satisfações pessoais, em relação às duas semanas anteriores à pesquisa. Foi traduzida para a Língua Portuguesa e validada – *Escala de Adequação Social* – EAS.

5.4.10 Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ 30; Hollon *et al.*, 1980) (Anexo J)

O ATQ-30 é um instrumento que tem por finalidade medir a frequência de pensamentos automáticos negativos associados com a depressão. Quatro fatores relacionados com a depressão são observados na aplicação do ATQ-30, que são: a) mau ajustamento pessoal, b) concepção negativa de si, c) expectativas negativas para si próprio, e d) inferioridade. O teste possui cinco respostas que devem ser dadas para cada um dos 30 itens: 1- nunca; 2- às vezes; 3- moderadamente; 4- frequentemente e 5- todo tempo. Foi traduzido e validado para o Brasil (Garcia, 2001; Garcia e Legal, 2004).

5.4.11 Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS; Weissman, 1979; Orsini *et al.*, 2006) (Anexo K)

Avalia crenças e pressupostos que tornam a pessoa vulnerável à depressão. O instrumento possui duas formas (DAS-A/DAS-B), 40 itens em cada versão e uma escala de pontuação do tipo Likert com sete alternativas de resposta. Cada item expressa uma crença ou atitude, por exemplo: meu valor enquanto pessoa depende muito do que os outros pensam de mim, sendo acompanhados de sete alternativas de respostas, em que: 1= concordo totalmente e 7= discordo totalmente.

5.5 Procedimento

Na primeira consulta, estes sujeitos foram entrevistados por um psiquiatra com aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID) e a *Escala de Impressão Global* (CGI). Os sujeitos que preencheram os critérios para diagnóstico primário de fobia social de acordo com o DSM-IV foram incluídos no estudo. Em seguida, após a obtenção do termo de consentimento (Anexo L), foram submetidos aos instrumentos e às escalas acima descritos.

Foram aplicadas na semana 0 a *Escala de Liebowitz*, a *Avaliação de Qualidade de Vida SF 36*, a *Escala de Adequação Social* (EAS), *Inventário de Depressão de Beck* (BDI), *Escala de Incapacitação de Sheehan*; o *Questionário de Pensamentos Automáticos* (ATQ 30); e a *Escala de Pensamentos Disfuncionais* (DAS).

No final de cada sessão, foi aplicada a *Escala para avaliar a sessão* e medidas as *Unidades Subjetivas de Desconforto* (USD).

Na semana 12 ou ao término do tratamento, foram encaminhadas pelo googledocs, novamente, todas as escalas e os instrumentos. O *Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social* com entrevista transcrita e analisada foi aplicado presencialmente. As entrevistas foram gravadas e, depois, transcritas. O material foi analisado segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC – Lefèvre e Lefèvre, 2000). Esta consiste em extração e análise do material verbal coletado do depoimento de cada sujeito, por meio de questões abertas, extraindo uma opinião coletiva.

Após seis meses do final do tratamento, os sujeitos foram contatados por ligação telefônica com duração de 15 minutos em média, como também houve o encaminhamento de todas as Escalas por googledocs para preenchimento.

5.6 Tratamento

O programa foi aplicado por duas terapeutas C. M. G. e L. G. com formação na abordagem cognitivo-comportamental e treinadas para atuar com o programa de realidade virtual. O tratamento foi realizado em até 12 sessões, de 50 minutos cada, com as situações que eliciavam ansiedade apresentadas via computador, expondo o sujeito gradual e repetidamente. As cenas usadas tinham curta duração e ocorriam em um *looping*, permitindo repetições da exposição às cenas até que houvesse a habituação. Nas cenas com diálogos, havia uma programação em que o terapeuta utiliza um teclado, para que as respostas das personagens ocorram. O sujeito respondia diretamente para a personagem, sem o auxílio de microfone. As sessões eram encerradas se houvesse uma queda de 50% ou mais na ansiedade. O sujeito que não apresentasse ansiedade em uma determinada cena passava para a seguinte. Os sujeitos podiam ter o tratamento encerrado antes das doze sessões preconizadas caso as cenas não eliciassem mais ansiedade.

1ª sessão: apresentação da técnica ao sujeito com as devidas explicações sobre a natureza dos procedimentos.

2ª e 3ª sessões: exposição virtual – Caminhar na rua. O sujeito anda por uma rua e é observado pelas pessoas que estão passando por ali.

4ª e 5ª sessões: exposição virtual – Abordagem na rua. O sujeito anda por uma rua e pede informação para um desconhecido de onde fica a farmácia mais próxima, por exemplo. Ele agradece e repete a mesma pergunta para um outro desconhecido.

5ª e 6ª sessões: exposição virtual – Entrada na festa. O sujeito entra numa casa na qual há uma festa e é observado pelos convidados.

7ª e 8ª sessões: exposição virtual – Diálogo na festa. O sujeito encontra um conhecido e conversa com ele.

9ª e 10ª sessões: exposição virtual – Recepção (convidados). O sujeito é o anfitrião e recebe os convidados.

11ª e 12ª sessões: exposição virtual – Discurso na festa. O sujeito é o anfitrião e faz um discurso de agradecimento aos convidados.

A cena Discurso foi desmembrada em Discurso; Discurso escrever; Discurso comer; e Discurso trabalho; conforme situação temida pelo sujeito.

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na análise estatística comparou-se os resultados das Escalas em 3 instantes: pré-tratamento, pós-tratamento e o seguimento de 6 meses do término do tratamento.

Utilizou-se, para testar a hipótese de normalidade dos dados, o teste de Kolmogorov-Smirnov. Foram utilizados modelos de Análise da Variância (ANOVA) para medidas repetidas em algumas Escalas. Inicialmente, utilizou-se o modelo de medidas repetidas considerando-se as covariáveis de gênero, fobia, faixa etária e grau de escolaridade. Como não se observou um efeito significativo dessas covariáveis, ajustou-se um modelo considerando apenas os instantes de avaliação. Quando adequado para as outras Escalas, utilizou-se o teste de Friedman.

Além disto, compararam-se algumas Escalas para determinadas variáveis, utilizando os testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis.

As análises estatísticas foram feitas utilizando o *software* SPSS.

Foi utilizado o teste t para verificar a alteração proporcional da ansiedade dos sujeitos relativa ao início da exposição ao olhar a cena. Para as comparações das Escalas, foi utilizado o nível de significância de 5%.

Medidas primárias usadas na avaliação dos resultados:

- *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS);*
- *Unidades Subjetivas de Desconforto (USD).*

Medidas secundárias usadas na avaliação dos resultados:

- *Escala de Impressão Clínica Global (CGI);*
- *Avaliação de Qualidade de Vida – SF 36;*
- *Escala para avaliar as sessões de terapia;*

- *Inventário de Depressão de Beck (BDI);*
- *Escala para Incapacitação Sheehan;*
- *Escala de Adequação Social (EAS);*
- *Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ 30);*
- *Escala de Pensamentos Disfuncionais (DAS).*

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

7.1 Descrição da amostra

Finalizaram o estudo 11 homens e 10 mulheres, sendo 61,9% diagnosticados com fobia social e 38,1% com fobia social circunscrita. Quanto ao grau de escolaridade: 9,5% com pós-graduação; 61,9% com superior completo; 4,8% com superior incompleto e 23,8% com ensino médio completo. A idade variou: 5% (18 a 25 anos); 67% (25 a 45 anos) e 6% (45 a 65 anos).

7.2 Escalas de avaliação

Nas escalas que avaliam ansiedade, fobia, depressão e disfunções cognitivas: *Escala de Ansiedade Social de Liebowitz* (LSAS), no *Questionário de Pensamentos Automáticos* (ATQ), no *Inventário de Depressão de Beck* (BDI) e na *Escala de Adequação Social* (EAS) observou-se redução significativa no escore pós-tratamento que se manteve no seguimento (Tabela 3; Anexos N e O).

Quanto a *Escala de Impressão Clínica Global* (CGI), houve redução na gravidade da doença após o tratamento e isto se manteve no seguimento (Tabela 3; Anexo P). Os pacientes apresentaram melhora que também se manteve no período do seguimento.

A *Escala de Incapacitação de Sheehan* mostrou melhora significativa da vida profissional, social e familiar (Tabela 3; Anexos N, O e P).

Na *Escala de Pensamentos Disfuncionais* (DAS) observou-se também melhora significativa mostrada pelo aumento das médias após o tratamento e sua manutenção no seguimento (Tabela 3; Anexos N e O).

Quanto a *Escala de Qualidade de Vida* (SF36), os parâmetros dor, estado geral de saúde, capacidade funcional e limitação dos aspectos físicos, não apresentaram diferença significativa (Tabela 3; Anexos N, O e P). Houve diferença significativa entre o pré- tratamento e o pós-tratamento para os parâmetros vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. Apenas os parâmetros aspectos emocionais e saúde mental mantiveram a melhora no seguimento.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas e Resultados das comparações das médias inicial, final e seguimento.

	Inicial			Medida Final			Follow up			P-Valor
	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	N	Média	Desvio Padrão	
LSAS – Medo	21	37,33	15,24	21	17,43	13,41	21	20,10	13,73	< 0,0001*
LSAS – Esquiva	21	36,62	14,73	21	15,57	14,78	21	21,38	14,41	< 0,0001*
LSAS – Total	21	73,95	28,32	21	33,00	27,42	21	41,48	26,89	< 0,0001*
ATQ_Pensamentos Automáticos	21	85,19	26,33	21	55,57	20,92	21	61,19	22,99	< 0,0001*
Sheehan 1 - Trabalho / escolar	21	5,95	2,60	21	1,95	2,16	21	1,57	1,89	< 0,0001 *
Sheehan 2 - Vida social	21	6,14	3,07	21	2,48	2,18	21	2,24	2,00	< 0,0001 *
Sheehan 3 - Vida familiar / responsabilidades do lar	21	3,24	3,02	21	0,86	1,49	21	1,29	1,85	0,0010**
CGI Gravidade Doença	21	4,38	0,67	21	2,38	0,80	21	2,38	0,74	< 0,0010 **
EAS Total	21	2,24	0,42	20	1,84	0,43	21	1,97	0,47	0,0110 *
SF-36 Capacidade Funcional	21	89,05	18,95	21	89,76	14,27	21	80,00	23,66	0,1090 **
SF-36 Limitação Aspectos Físicos	21	76,19	35,77	21	85,71	25,70	21	75,00	40,31	0,6560 **
SF-36 Dor	21	83,48	20,02	21	83,71	15,84	20	72,80	26,29	0,0730 *
SF-36 Estado Geral Saúde	21	71,52	17,24	21	79,19	20,11	21	75,52	21,78	0,1439 *
SF-36 Vitalidade	21	42,86	22,28	21	65,95	16,25	21	51,43	24,86	0,0001 *
SF-36 Aspectos Sociais	21	55,36	28,11	21	79,17	17,82	21	60,12	31,03	0,0110 *
SF-36 Aspectos Emocionais	21	33,33	40,82	21	85,71	29,00	21	63,49	44,60	< 0,0010 **
SF-36 Saúde Mental	21	49,52	21,11	21	70,10	16,81	21	61,90	22,83	0,0009 *
DAS	21	107,76	29,69	21	133,00	25,84	21	131,38	31,61	0,0001 *
CGI Melhora Global	-	-	-	21	2,10	0,54	21	1,90	0,62	-
BDI	21	12,62	6,74	21	7,00	5,80	21	11,33	9,35	0,0121 *

*Modelo linear generalizado para medidas repetidas

**Teste de Friedman

No que concerne à percepção dos sujeitos sobre as cenas apresentadas, em média, os participantes atribuíram um alto valor para o realismo das cenas e para o quanto elas são parecidas com situações que enfrentam em suas vidas. Os participantes apresentaram ainda valores médios para o grau máximo de ansiedade que sentiram ao olhar as cenas (Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas descritivas sobre as cenas apresentadas.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
		1,5		2,89	0,57
Real Verdadeira	21	2,5	5,0	4,19	0,69
Parecidas Vida	21	3,0	5,0	4,240	0,55
Grau Máximo	21	2,3	3,8	3,23	0,45

Observou-se uma redução média da ansiedade de 72,5% após exposição às cenas (Tabela 5).

Tabela 5 - Resultado de teste de redução proporcional na ansiedade após exposição à cena.

Medida	Média	Desvio Padrão	T	G.L.	P-Valor
Ansiedade	0,725	1,148	2,896	20	0,009

O número médio para completar o tratamento foi de 7 sessões e o tempo médio de exposição de cada sessão, até que houvesse habituação, foi de 20,6 minutos.

8 DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

A ansiedade extrema diante da situação real, muitas vezes, dificulta a entrada ou a permanência do paciente na situação de exposição, podendo resultar em uma diminuição na frequência da exposição e abandono do tratamento (Jang *et al.*, 2000; Garcia Palacios *et al.*, 2001; Jang *et al.*, 2002; Cárdenas *et al.*, 2006).

A exposição à realidade virtual tem sido estudada no tratamento da fobia social. Os ambientes padronizados e controlados possibilitam as repetições das cenas (Glantz *et al.*, 1996; Botella *et al.*, 2004). Além disto, é realizada dentro do consultório, preservando a privacidade do sujeito, quando ele apresenta um acentuado desconforto em experimentar situações reais, sem violar a confidencialidade e evitando um maior constrangimento. Geiszt *et al.* (2006) e Garcia-Palacios *et al.* (2001) evidenciaram que 80% dos participantes de seu estudo preferiam exposições virtuais a exposições ao vivo. No entanto, observaram que, inicialmente, a exposição à realidade virtual poderia ser utilizada como preparação para futura exposição ao vivo.

Este estudo sugere o uso da exposição à realidade virtual para facilitar o tratamento do fóbico social, e corrobora com os estudos que demonstraram a sua eficácia (Klinger *et al.*, 2005; Wallack *et al.*, 2009, Lister *et al.*, 2010; Robillard *et al.*, 2010; Price *et al.*, 2011). No entanto, estes estudos usaram um sistema de realidade virtual mais complexo, com o uso de capacetes de imersão virtual, o que inviabilizaria a utilização pelo clínico pelo custo elevado (Wallack *et al.*, 2009). No caso do sistema apresentado neste estudo, os valores são reduzidos, facilitando a adoção de técnicas de realidade virtual para os clínicos no tratamento da fobia social.

O presente estudo utilizou apenas a exposição, enquanto que os trabalhos de Klinger *et al.* (2005) e Robillard *et al.* (2010) utilizaram esta técnica em associação com a TCC, dificultando, assim, a identificação de qual ou quais tratamentos estariam envolvidos na melhora.

A avaliação presente no método desse estudo foi mais completa. Os outros trabalhos mensuraram apenas diminuição da ansiedade, deixando de lado o impacto na vida social, familiar e profissional (Wallack *et al.*, 2009; Lister *et al.*, 2010; Robillard *et al.*, 2010; Safir *et al.*, 2012, Anderson *et al.*, 2013). Todos os pacientes que completaram o tratamento neste estudo, apresentaram melhora com relato de diminuição de medo, ansiedade, esquiva de situações sociais. Esta melhora se refletiu em outras áreas avaliadas, como sintomas depressivos, qualidade de vida, atitudes disfuncionais e estilo de pensar. Os pacientes consideraram, também, uma repercussão positiva na sua vida profissional, familiar e social.

O estudo de Lister *et al.* (2010) utilizou um sistema de ERV muito semelhante ao deste estudo, mas sua amostra foi constituída de sujeitos com fobia de falar em público (FS circunscrita), o que limita a generalização dos resultados. Os estudos de Wallack *et al.* (2009), Safir *et al.* (2012) e Anderson *et al.* (2013) também utilizaram pacientes com FS circunscrita. O presente estudo utilizou uma amostra que não se restringia a pacientes com medo de desempenho em público.

Os cenários e as cenas foram elaborados de modo que constituíssem as situações que os fóbicos sociais se defrontam no seu cotidiano. Desta forma, no cenário Rua, o sujeito é observado pelas pessoas, como também interage com elas solicitando informações (para jovens, pessoas adultas e de idade, de ambos os sexos). No cenário Festa, o sujeito se torna o centro das atenções em diferentes cenas: entrada na Festa, há uma porta que abre e os olhares de pessoas desconhecidas convergem para ele. Em outra cena da Festa, é explicado para o sujeito que estará em uma festa de um(a) amigo(a) de longa data e será apresentado para uma pessoa desconhecida. Esta pessoa desconhecida, em um outro contexto, pode ser também uma pessoa em posição de autoridade ou hierarquicamente superior. Em outra cena, o sujeito recebe os convidados que vêm para sua festa e agradece a presença deles. Por fim, ao fazer um discurso de agradecimento para todos os convidados da festa, o sujeito se dirige a um público nem sempre atento, ou interessado (um tosse, outro ri e um terceiro atende o celular). Esta última

cena também pode ser usada para as situações de comer, beber ou escrever diante das pessoas. Além disto, pode, ainda, dar lugar para uma apresentação em ambiente de trabalho. O Programa da Klingler *et al.* (2005) apresenta cenários semelhantes ao deste estudo.

No presente estudo, o terapeuta tinha o controle de variáveis de algumas cenas. Nas cenas em que houve a interação das personagens com os sujeitos, as respostas podiam ser inseridas pelo terapeuta por meio do teclado auxiliar, propiciando maior imersão no ambiente virtual, diferentemente dos estudos de Klinger *et al.* (2005) e Robillard *et al.* (2010), em que os sujeitos utilizavam um *mouse* para deslocar-se no ambiente virtual.

Price *et al.* (2011) avaliaram a experiência de pessoas que se submeteram à ERV. Mostraram a importância da imersão no ambiente virtual ao escurecer o ambiente, como também com a solicitação do uso de vestimentas como o fariam quando se apresentavam ou que segurassem objetos que seriam usados em apresentações. Este estudo atendeu a estes quesitos. Os participantes atribuíram um alto valor para o realismo das cenas e para o quanto elas eram parecidas com situações que enfrentavam em suas vidas. A exposição às cenas eliciou valores moderados de ansiedade, corroborando com o impacto realista das situações fóbicas, sem, entretanto, obrigar a esquivar pelo mal-estar decorrente. Notou-se uma redução média da ansiedade de 72,5% após exposição às cenas no presente estudo, o que não foi possível identificar em outros estudos.

No estudo em questão, o fone e os óculos utilizados pelos participantes, não causaram desconforto para nenhum deles, o que não aconteceu no estudo de Jang *et al.* (2000) que submeteu sujeitos diagnosticados com agorafobia ao tratamento com exposição virtual. Os autores verificaram que a maioria dos participantes não conseguiu se sentir imersa nos ambientes virtuais e as exposições foram suspensas após a segunda sessão. Algumas variáveis que influenciaram negativamente a imersão foram observadas pelos autores: o tempo (20 minutos) de uso do capacete com visor (*head mounted display*), que deixou os participantes

desconfortáveis, e o seu campo de visão de 50 graus, que dificultou a imersão; a luz, que permitia visão pela fenda do capacete com visor; o desconforto dos sensores acoplados ao corpo para mensurar dados fisiológicos. No presente estudo, um sujeito abandonou o tratamento por dificuldades com sua agenda, o que é sugestivo de que o tratamento com ERV poderia propiciar maior adesão. O mesmo foi observado no estudo de Wallack *et al.* (2009).

Os bons resultados se mantiveram ao longo do tempo (seis meses), o que também foi encontrado por Safir *et al.* (2012) e Anderson *et al.* (2013) no seguimento de um ano.

Outra limitação da exposição ao vivo é pelo fator do medo exagerado do paciente ao se expor à situação proposta (Jang *et al.*, 2000; Garcia Palacios *et al.*, 2001; Jang *et al.*, 2002; Cárdenas *et al.*, 2006). Isto implica em postergar ou até abandonar o tratamento. Foi observado com os resultados deste estudo que o número médio de sessões para diminuição da ansiedade social foi de 7, com isso, é possível concluir que o tratamento pode ser mais curto, implicando em maior adesão.

O objetivo deste estudo, criar um programa de Exposição à Realidade Virtual, um *software* em três dimensões, para tratar a fobia social, foi realizado. Isto é seu ponto forte. O estudo quantitativo foi feito com intuito de avaliar sua viabilidade e aprimorar este Programa. É necessário, agora, estudar sua eficácia e efetividade. A principal limitação do presente estudo foi ter feito uma avaliação inicial de forma aberta e com tamanho de amostra reduzido, o que implica na dificuldade da generalização dos resultados. Estudos controlados ulteriores deverão ser realizados para verificar se ratificam estes resultados preliminares.

9 AVALIAÇÃO QUALIQUANTITATIVA

9 AVALIAÇÃO QUALIQUANTITATIVA

Após a última sessão, os pacientes foram entrevistados com o *Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social* (Anexo M). As entrevistas foram gravadas e, depois, transcritas pela autora do estudo. O material foi analisado segundo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC- Lefèvre e Lefèvre, 2000). Esta consiste em extração e análise do material verbal coletado do depoimento de cada sujeito, por meio de questões abertas, extraindo uma opinião coletiva. A síntese de depoimentos procura revelar as opiniões, os significados e os posicionamentos dos sujeitos sobre um determinado tema. As respostas destes sujeitos são categorizadas em respostas do mesmo sentido e são a expressão da soma destes depoimentos, pois remetem uma única ideia ou opinião.

O instrumento tem base, sobretudo, nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais (Jodelet, 2002), elenca e articula uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas. No final do processo, as operações culminam em discursos coletivos confeccionados com fragmentos de diferentes depoimentos individuais. Cada um desses depoimentos do sujeito veicula uma determinada e distinta opinião ou posicionamento, sendo tais depoimentos redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir, no receptor, o efeito de uma opinião coletiva, expressando-se, diretamente, como fato empírico, pela "boca" de um único sujeito de discurso.

Como cada depoimento origina-se de um determinado sujeito, o Discurso de Sujeito Coletivo também pode utilizar um aspecto quantitativo. Foram desenvolvidas técnicas específicas e ferramentas computacionais de tabulação, que quantificam os dados e segmentam os resultados.

10 RESULTADOS QUALIQUANTITATIVOS

10 RESULTADOS QUALIQUANTITATIVOS

Os resultados obtidos pela análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lefevre e Lefevre 2003) consistem em extração e análise do material verbal coletado do depoimento de cada sujeito, por meio de questões abertas, extraíndo uma opinião coletiva. As entrevistas foram feitas no final do tratamento, gravadas e transcritas. As expressões-chave foram identificadas e constituem a essência do conteúdo discursivo que foi compilado por ideias centrais que são as afirmações que traduzem o conteúdo discursivo. A análise quali quantitativa tem aspecto qualitativo, pela análise de um ou mais discursos, e aspecto quantitativo, por avaliar o número ou frequência de resposta em cada discurso.

As questões abertas feitas aos sujeitos e as ideias centrais foram:

1. Em que aspectos o tratamento o ajudou?
DSC A- Autoconhecimento
DSC B- Aumento da sociabilidade
DSC C- Aumento da segurança, calma e coragem para enfrentar seus problemas.
DSC D- Ajudou de um modo geral.
2. Em que aspectos o tratamento o atrapalhou?
DSC A- Em nenhum aspecto
DSC B- Atrapalhou o horário e ansiedade antes de vir.
3. Em que o tratamento difere dos outros?
DSC A- Possibilita a vivência da realidade.
DSC B- É rápido, objetivo, busca soluções.
DSC C- Não tem como comparar porque não fez outros tratamentos.

DSC D- É um ambiente controlado, assim permite a vivência das cenas várias vezes.

4. Quais situações de sua vida você percebeu mudança de ansiedade?

DSC A- Em todas as áreas (trabalho, amigos, família)

DSC B- No trabalho

DSC C- Na vida social

DSC D- Adquiriu coragem, calma e segurança para enfrentar a vida.

1) Em que aspectos o tratamento o ajudou?

Dados quantitativos

Gráfico 1 - Distribuição do número e percentual de Categorias frente à questão: ***Em que aspectos o tratamento o ajudou?*** São Paulo, 2013.

OBS: Uma pessoa pode ter emitido mais de uma ideia central

Dados qualitativos

DSC A- Autoconhecimento

Trouxe para o conhecido o que, até então, não tinha percebido.

Enquanto conversava com familiares e amigos, passei a aprender como reagia e como eu pensava. Na prática, passei a sentir menos ansiedade por entender mais sobre ela e meus medos. Então, o tratamento me levou à reflexão e me tirou daquele "coitadinho". Acho que, no dia a dia, saía de mim e me observava.

DSC B- Aumento da sociabilidade

Estou menos ansioso, visitando mais clientes e mais amigos, indo a shoppings e praça de alimentação (que eu não ia há muito tempo), indo a encontros para ver se arrumo uma namorada, conversando mais com as pessoas. Não evito sair e me sinto à vontade. Percebo que é importante ter interação com as pessoas. Em alguns momentos, me sinto menos incomodado para fazer coisas em público e tenho ficado mais à vontade na presença de pessoas estranhas. Tenho conversado mais com amigos, cunhadas, irmãs e, em casa tenho, falado mais com familiares.

DSC C- Aumento da segurança, calma, coragem para enfrentar seus problemas

Diminuiu muito minha ansiedade, perdi a vergonha. Ficava muito vermelha e agora não fico mais, ou, se fico, é muito pouco. Em ambientes em que sou o centro das atenções, fico mais tranquila e perdi o medo dos outros me sentindo menos ameaçada pelas pessoas. Comecei a pensar que as pessoas não estavam incomodadas comigo, como eu pensava. No meu dia a dia, percebi que eu poderia me expor mais, falar mais e propor ideias estruturadamente.

No tratamento, eles simularam as situações e me trouxeram novamente a perspectiva e a confiança que depende de mim me expor para que a ansiedade baixe. Então, eu consegui me expor de forma mais natural.

A minha ansiedade reduziu bastante em momentos que tinha que fazer alguma exposição. Hoje, me sinto mais livre para colocar minhas ideias, falar com meus amigos. Sinto menos censura própria, menos autocrítica para colocar minhas ideias. O tratamento me deixou mais tranquila para enfrentar as situações, mais relaxada em situações de grupo, também mais segura em dar opiniões e me tornou mais espontânea. Quando caminho em restaurantes, sinto que estou mais tranquila, meus relacionamentos melhoraram bastante, fiquei mais segura para me relacionar com as pessoas e olhar nos olhos.

DSC D- Ajudou de um modo geral.

De um modo geral, ajudou na minha ansiedade em falar em público e escrever em público. Senti mudanças da ansiedade em reuniões em que tinha algumas dificuldades, comunicação ascendente e, até, mudança na vida social.

O tratamento me ajudou no meu trabalho, na minha vida pessoal, na convivência com a sociedade.

Ajudou em todos os aspectos, na vida social e familiar, e convívio com as pessoas e no trabalho. Sou professora e as aulas ficam mais assertivas.

2) Em que aspectos o tratamento o atrapalhou?

Dados quantitativos

Gráfico 2 - Distribuição do número e percentuais de Categorias frente à questão: ***Em que aspectos o tratamento o atrapalhou?*** São Paulo, 2013.

Dados qualitativos

DSC A- Em nenhum aspecto

Não atrapalhou em nenhum aspecto.

DSC B- Atrapalhou o horário e ansiedade antes de vir.

Na questão do horário, sentia ansiedade antes de vir, mas não consigo apontar algo mais grave.

3) Em que o tratamento difere dos outros?

Dados quantitativos

Gráfico 3 - Distribuição do número e percentuais de Categorias frente à questão: ***Em que o tratamento difere dos outros?*** São Paulo, 2013.

OBS: Uma pessoa pode ter emitido mais de uma ideia central.

Dados qualitativos

DSC A- Possibilita a vivência da realidade

Difere no sentido desta técnica ser 3D, a simulação das imagens em 3D é muito próxima da realidade. A realidade virtual parece de verdade. A gente sente muito mais próximo à cena e, a partir daí, sinto que estou com mais pessoas em volta, prestando atenção e me expondo mais.

Então, é a prática, como se fosse igual pessoalmente, faz vivenciar mesmo não estando na situação. E eu me entreguei às cenas. As cenas são próximas à realidade, assim entramos em ação no próprio consultório.

Eu já fiz terapia por anos. O que diferencia é o enfrentamento em si, o contato com a realidade, confrontando, e isso mexe profundamente. Neste tratamento, temos o acesso a uma coisa real, a uma ferramenta virtual, porém muito real. O realismo é muito grande.

DSC B- É rápido, objetivo, busca soluções

Já fiz outras terapias, mas nunca focada na fobia social. Esta é focada na solução e isso me tranquiliza. Fiz outros tratamentos em que ficava mais ansiosa. Esta terapia é mais rápida e confortável. Atuou sobre o meu problema de uma maneira objetiva e foi muito rápida, é evidente a melhora que senti. Me sinto feliz de ter sido tratado de forma mais prática e direta no ponto,

O tempo de tratamento é super curto: como não depende de outras pessoas para compor as cenas possibilita uma aceleração dos resultados. Realmente, senti mudança no meu comportamento em um curto espaço de tempo.

A tecnologia da realidade virtual é fantástica. Eu não conhecia este tipo de terapia. Para mim, foi uma surpresa positiva.

DSC C- Não tem como comparar porque não fez outros tratamentos.

Nunca fiz nenhum tratamento antes.

DSC D- É um ambiente controlado assim permite a vivência das cenas várias vezes.

A exposição, o fato de estar em um ambiente controlado, é muito relevante. É em um consultório fechado e as cenas se repetem, conseguimos fazer várias vezes a mesma situação. Esta técnica me fez praticar justamente o que eu tenho medo, me fez acostumar com situações que me constrangem.

4) Quais situações da sua vida você percebeu mudança da ansiedade?

Dados quantitativos

Gráfico 4 - Distribuição do número e percentuais de Categorias frente à questão “**Quais situações da sua vida você percebeu mudança da ansiedade?**” São Paulo, 2013.

OBS: Uma pessoa pode ter emitido mais de uma ideia central.

Dados qualitativos

DSC A- Em todas as áreas (trabalho, amigos, família)

Em reuniões de trabalho, contato com o público, fechamento de negócios, conhecer, pessoas novas, salas abertas, visitas a clientes, restaurantes (que não ia sozinho há dois anos), shoppings (antes eu não passeava), na vida familiar, ou seja, de um modo geral.

O tratamento me deixou mais natural e espontânea em fazer amizades. Agora tenho mais amigos, mais colegas e mais conhecidos. Estou visitando mais a família e amigos. Diminuiu minha ansiedade em debater e discutir assuntos mais delicados com meu marido. A minha ansiedade também reduziu bastante em relação ao transporte público, pois sempre esperava vir um ônibus vazio. As pessoas na rua, quando ando, não me incomodam mais. Tenho conversado mais com vizinhos. Tenho ficado menos isolado em

lanchonetes e sento mais voltado para rua, janelas, perto das pessoas. Na rua, perguntaram as horas e respondi mais natural. No trabalho, minha rede de comunicação aumentou. Tenho feito muitos telefonemas, mandado e-mails e reuniões. Não rejeito mais os convites de tomar café com meus colegas. Tenho ido mais às aulas da faculdade. Passo na frente das pessoas tranquilamente para ir ao banheiro, por exemplo. Em lugares públicos, como hospital e cabeleireiro, tenho sentido menos ansiedade. Percebi mais facilidade na dinâmica em restaurantes, como exemplo, para pedir o prato e comer.

DSC B- No trabalho

Senti mais mudanças em processos para entrevista de emprego. Passei a entender melhor minhas ansiedades e meus medos. Passei a praticar mais o que tenho que falar nas entrevistas e isto me deixou mais calmo. Também, principalmente no trabalho, consigo me expor de forma mais natural, me sentir mais seguro e confortável, mais à vontade. Na semana passada, falei com minhas assistentes sobre metas e elas disseram que falei muito bem. Tive um ganho enorme nestes dois meses. O nível de ansiedade reduziu bastante em várias situações, por exemplo, entrar em uma reunião já em andamento. Senti progresso também em solicitar informação de forma mais natural, ser observado no trabalho, escrever na frente dos outros, falar em pequenos grupos. Também, na comunicação ascendente, sinto a pressão e a ansiedade menor.

Outro dia, houve um problema de um pronto atendimento de uma pessoa e, se fosse em outros tempos, teria ficado atônita, mas percebi que me mantive calma e consegui executar a tarefa em tempo.

DSC C- Na vida social

Me (sinto) mais confortável na presença de pessoas, assim como dos meus familiares, entre amigos. Sempre recordando um pouco das cenas trabalhadas, pude tratá-las com semelhança ao meu dia a dia.

Estou mais à vontade para conversar com os colegas. Mais à vontade na rua, com menos incômodo com pessoas que imagino falando de mim. Também, em ocasiões sociais, eu era mais retraído e, agora, estou falando mais. Percebi mudança de ansiedade claramente com pessoas como porteiros, de atendimentos, que não são do meu ciclo de amizade, no dia a dia. Procurei amigos quando estava em Curitiba. Tive momento agradáveis que fazia tempo que não tinha. Me sinto mais solto e confiante tanto profissionalmente como com a família, filhos, com meu neto. Quando me deparo com situações que vou ficar ansioso, me comporto diferente. Me libertei do meu eu bobinho. Eu sei que posso.

DSC D- Adquiriu coragem, calma e segurança para enfrentar a vida.

Consigo me controlar mais. No trânsito, estou mais tranquila. Não deu mais incômodo em reuniões. Também fico mais à vontade quando chego ao trabalho. As pessoas estão em rodinhas e estou mais presente. Estou mais receptiva.

Assinei tranquila na eleição, também falei meu CPF com tranquilidade para a moça do mercado. Senti menos vergonha dos produtos que compro no mercado, fui ao banco e assinei na frente de outras pessoas, sem nenhuma ansiedade e tive um conforto grande depois. Meu marido e outros perceberam que estou com uma postura mais solta, andei com menos ansiedade na praça. Minha mãe disse que estou falando mais.

Fui também no Ibirapuera com minha irmã, que não tenho muito contato e fiquei lá por três horas, tranquila. Consegui conversar com um antigo colega de trabalho pelo telefone, sem ansiedade. Reencontrei uma amiga de escola e não evitei, a cumprimentei e dei meu telefone. Ganhei uma festa surpresa e não tive problema, não fiquei vermelha, nem envergonhada

Outra coisa, cheguei atrasada na sala de aula e todos estavam sentados e não tive vergonha. Fui assaltada, embora assustada, consegui me controlar. Estou menos tensa e menos preocupada, no geral. Tenho

ansiedade de falar em público, então, mudou nisto. Percebo que hoje desejo mais esta situação e sei que vai melhorar mais a cada dia.

Outra coisa, ainda, tenho conseguido falar com meus funcionários, conversar com os parentes do meu marido, falar mais o que penso e sinto. Também tenho me esquivado menos das situações sociais, porque me sinto mais segura, menos inadequada. Por fim, estou mais assertiva com meus familiares e amigos. Sustento mais as conversas.

A metodologia do DSC (Lefevre e Lefevre, 2003) foi utilizada neste estudo, pois tem enfoque no pensamento, no sentimento, no julgamento e na opinião. Os vários discursos extraídos das entrevistas são abstraídos em um só discurso, que representa a essência de todos eles.

Na questão 1, “Em que aspectos o tratamento o ajudou?”, verificou-se que 45,83% relataram que enfrentam seus problemas com mais coragem e se sentem mais seguros e mais calmos; 25% dos relatos demonstra que o tratamento ajudou de um modo geral e o que foi constatado também foi o aumento da sociabilidade (16,67%) (Gráfico 1). O medo do contato com as pessoas e a dificuldade no relacionar-se com o outro são características limitadoras dos fóbico-sociais. Os relatos observados de aquisição de mais calma e coragem para lidar com as situações sociais nos leva a crer que há menos esquiva e, portanto, menos prejuízo nesta área. Interessante que 12,50% dos entrevistados relataram autoconhecimento, o que é sugestível de maior percepção e identificação sobre o transtorno.

Quanto à questão 2, foi praticamente unânime o relato de que o tratamento não atrapalhou em nenhum aspecto da vida dos entrevistados (Gráfico 2), o que nos leva a concluir que é um fator favorável à maior adesão ao tratamento. Esta conclusão foi reforçada pela questão 3: “Em que o tratamento difere dos outros?”, em que 42,31% dos entrevistados responderam que é rápido, objetivo e busca soluções, e 15,38% relataram que é um ambiente controlado e que permite a vivência das coisas várias vezes. Outro fator importante observado foi que 34,62% relataram que possibilita a vivência da realidade (Gráfico 3), um dado importante

identificado que caracteriza o conceito de presença e imersão, corroborando com a eficácia de estudos com ERV (Price *et al.*, 2010, Lister *et al.*, 2010)

A questão 4 abrange as situações em que houve a percepção da mudança da ansiedade, e os relatos foram: no trabalho (26,92%); em todas as áreas (15,38%) e 34,62% relataram, novamente, ter adquirido coragem, calma e segurança para enfrentar a vida. (Gráfico 4)

É possível concluir que o tratamento utilizado neste estudo teve boa aceitação, boa adesão, auxilia na diminuição da ansiedade social, como também no enfrentamento das situações temidas, e contribui para uma melhor qualidade de vida dos portadores da fobia social.

11 CONCLUSÕES

11 CONCLUSÕES

Um Programa de Realidade Virtual para facilitar o tratamento de pessoas com Fobia Social foi criado e aperfeiçoado. O estudo qualitativo mostrou a sua boa receptividade e aceitação pelos pacientes. Isto foi corroborado pelos resultados quantitativos que evidenciaram diminuição da ansiedade social e melhora nas diversas áreas. Este estudo aberto de eficácia mostrou que este instrumental merece continuar a ser estudado, pois evidenciou impacto, com melhora significativa, em todos os sintomas e aspectos complexos que compõem a fobia social.

12 ANEXOS

Anexo A: Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV.

Marcelo Tavares, Coordenador
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

SCID-I (DSM-IV) Versão 2.0, 15 de março de 1996
Transtornos de Ansiedade, F.11

Fobia Social

FOBIA SOCIAL

CRITÉRIOS PARA FOBIA SOCIAL

A RESPOSTA À QUESTÃO Nº 6 DO SCREENING FOI: SIM NÃO

→ SE A RESPOSTA À QUESTÃO Nº 6 DO SCREENING FOI "NÃO", IR PARA *FOBIA SIMPLES*, F. 16.

→ SE A RESPOSTA À QUESTÃO Nº 6 DO SCREENING FOI "SIM": Você disse que existem coisas que você tem medo de fazer na frente de outras pessoas, como falar, comer ou escrever...

SE NÃO: IR PARA *FOBIA SIMPLES*, F. 16

→ SE O SCREENING NÃO FOI UTILIZADO: Houve alguma coisa que você teve medo de fazer ou se sentiu desconfortável em fazer na frente de outras pessoas, como falar, comer ou escrever?

A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, onde o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas. O indivíduo teme agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade) que lhe seja humilhante e embaraçoso.

? 1 2 3

IR PARA *FOBIA SIMPLES*, F. 16

Fale mais sobre isso.

O que você tinha medo que pudesse acontecer quando _____?

SE APENAS MEDO DE FALAR EM PÚBLICO: (Você acha que se sente mais desconfortável que a maioria das pessoas naquela situação?)

SITUAÇÃO/ÕES FÓBICA(S) Assinalar:

— falar em público

— comer na frente de outros

— escrever na frente de outros

— generalizada (a maioria das situações sociais)

— outro (Especificar: _____)

Nota: Em adolescentes, deve haver evidência de capacidade para relacionamentos sociais com pessoas familiares e a ansiedade deve ocorrer em ambientes com os colegas, e não apenas em interações com os adultos.

F47

F48

F49

F50

F51

F52

Você sempre se sentiu ansioso(a) quando (CONFRONTADO COM ESTÍMULOS FÓBICOS)?

B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico ligado à situação ou predisposto por situação.

Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressada por choro, ataques de raiva, imobilidade ou afastamento de situações sociais com pessoas estranhas.

? 1 2 3

IR PARA *FOBIA SIMPLES*, F. 16

F53

?=informação inadequada 1=ausente ou falso 2=subliminar 3=limiar ou verdadeiro

Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília		Transfomos de Ansiedade, F. 12	
Fobia Social			
Você achava que tinha mais medo de (A ATIVIDADE FÓBICA) do que devia ter (ou do que fazia sentido ter)?	C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: Em crianças, esta características pode estar ausente.	? 1 2 3	F54
		IR PARA •FOBLA SIMPLES* F. 16	
SE NÃO ESTIVER ÓBVIO: Você se deu ao trabalho de _____?	D. As situações sociais e de desempenho temidas são evitadas ou suportadas com intensa ansiedade e sofrimento.	? 1 2 3	F55
		IR PARA •FOBLA SIMPLES* F. 16	
SE NÃO: O quanto é difícil para você _____?			
CASO ESTEJA CONFUSO SE O MEDO ERA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO: Até que ponto _____ interferiu na sua vida?	E. A esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento na situação social ou de desempenho temida interferem significativamente na rotina, funcionamento ocupacional (acadêmico), atividades sociais ou relacionamentos do indivíduo, ou existe sofrimento acentuado por ter fobia.	? 1 2 3	F56
		IR PARA •FOBLA SIMPLES* F. 16	
SE NÃO INTERFERIU NA VIDA: Até que ponto o fato de você ter esse medo tem incomodado você?			
SE MENOS DE 18 ANOS: (Há quanto tempo você tem tido esses medos?)	F. Em indivíduos com menos de 18 anos, a duração é de no mínimo 6 meses.	? 1 2 3	F57
		IR PARA •FOBLA SIMPLES* F. 16	

=informação inadequada 1=ausente ou falso 2=subliminar 3=limiar ou verdadeiro

Fobia Social

Pouco antes de você começar a ter esses medos, você estava usando drogas, cafeína, remédios para emagrecer, ou outros medicamentos?

(Quanto você toma de café, chá ou refrigerante com cafeína por dia?)

Pouco antes dos ataques, você estava fisicamente doente?

SE SIM: O que o médico disse?

G. O temor ou esquivas não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicamento) ou uma condição médica geral.

SE UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL OU SUBSTÂNCIA PODEM SER ETIOLOGICAMENTE ASSOCIADAS COM A ANSIEDADE, IR PARA A *CMG/ SUBSTÂNCIA*, F.36 E RETORNAR AQUI PARA AVALIAR DE "1" OU "3"

Condições etiológicas médicas gerais incluem hiper- e hipotireoidismo, hipoglicemia, hiperparatireoidismo, feocromocitoma, parada cardíaca congestiva, arritmias, embolismo pulmonar, doença pulmonar crônica obstrutiva, pneumonia, hiperventilação, deficiência de B-12, porfiria, neoplasma do sistema nervoso central, disfunção vestibular, encefalites.

Substâncias etiológicas incluem intoxicação com estimulantes do sistema nervoso central (p.ex., cocaína, anfetaminas, cafeína) ou canábis, alucinógenos, PCP, ou álcool, ou abstinência de depressores do sistema nervoso central (p.ex., álcool, sedativos, hipnóticos) ou de cocaína.

... e não é melhor explicado por outro transtorno mental (p.ex., Transtorno de Pânico Sem Agorafobia, Transtorno de Ansiedade de Separação, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou Transtorno de Personalidade Esquizóide).

? 1 3 F5

DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIA OU UMA CMG

IR PARA *FOBLA SIMPLER* F. 16

TRANS-
TORNOS DE
ANSIEDADE
PRIMÁRIA

CONTINUAR

? 1 2 3 F59

IR PARA *FOBLA SIMPLER* F. 16

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

Fobia Social

SE AINDA NÃO ESTIVER CLARO:
RETORNAR A ESTE ITEM DEPOIS
DE COMPLETAR A ENTREVISTA.

H. Em presença de uma condição médica geral ou outro transtorno mental, o medo no Critério A não tem relação com estes; por ex., o medo não diz respeito a Tartamudez, tremor (na doença de Parkinson) ou apresentando um comportamento alimentar anormal (na Anorexia ou Bulimia Nervosa).

? 1 2 3 F6

IR PARA:
•TRANSTORNO
DE
ANSIEDADE
DE SOZ*,
F. 40

FOBIA SOCIAL CRITÉRIOS A, B, C,
D, E, F, G, E H SÃO CODIFICADOS
"3"

1 3 F6

IR PARA:
•FOBIA
SIMPLES*,
F. 16

FOBIA
SOCIAL

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

Fobia Social

CRONOLOGIA DE FOBIA SOCIAL

SE DÚBIO: Durante o último mês, você tem se sentido incomodado(a) por (A SITUAÇÃO DE FOBIA SOCIAL)?

Os critérios foram preenchidos para Fobia Social durante o último mês.

? 1 3

F62

F63

INDICAR A SEVERIDADE ATUAL:

1- **Leve:** Poucos, se algum, sintomas a mais dos requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas resultam apenas em um leve prejuízo no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros (ou critérios preenchidos para Dependência no passado e alguns problemas atuais).

2- **Moderado:** Sintomas ou prejuízos funcionais entre "leve" e "severo"

3- **Severo:** Muitos sintomas a mais dos requeridos para fazer o diagnóstico, e os sintomas interferem acentuadamente no funcionamento ocupacional ou nas atividades sociais habituais ou nos relacionamentos com os outros.

F64

CONTINUAR COM A *IDADE DE INÍCIO*, ABAIXO.

SE OS CRITÉRIOS ATUAIS NÃO FOREM PREENCHIDOS TOTALMENTE (OU SEQUER PREENCHIDOS):

4- **EM REMISSÃO PARCIAL:** Todos os critérios para o transtorno foram previamente preenchidos, mas atualmente apenas alguns dos sintomas ou sinais do transtorno permanecem.

5- **EM REMISSÃO COMPLETA:** Não há mais qualquer sintoma ou sinais do transtorno, mas é ainda clinicamente relevante anotar o transtorno--p.ex., um indivíduo com episódios de ASHTP que não apresenta mais os sintomas, fazendo uso de agentes anti-ansiedade nos últimos três anos.

F65

6- **HISTÓRIA PRÉVIA:** Há uma história dos critérios preenchidos para o transtorno, mas o indivíduo é considerado como recuperado dele.

Quando você teve pela última vez (QUALQUER SINTOMAS DE FOBIA SOCIAL)?

Número de meses anteriores à entrevista quando teve pela última vez um sintoma de Fobia Social.

IDADE DE INÍCIO

SE DESCONHECIDO: Quantos anos você tinha quando você teve pela primeira vez (OS SINTOMAS DE FOBIA SOCIAL)?

Idade de início de Fobia Social (CODIFICAR 99 SE DESCONHECIDO)

IR PARA *FOBIA SIMPLES*, F. 16

F66

?=informação inadequada

1=ausente ou falso

2=subliminar

3=limiar ou verdadeiro

Anexo B: Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS).

Sente medo ou ansiedade

0=Nenhum (a)
1=Pouco (a)
2=Moderado (a)
3=Profundo (a)

Evita

0=Nunca
1=Ocasionalmente
2=Freqüentemente
3=Geralmente

Situações	Medo	Esquiva
1. Telefonar em público (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
2. Participar de grupos pequenos (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. Comer em lugares públicos (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. Beber com outras pessoas em lugares públicos (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
5. Falar com autoridades (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Representar ou discursar (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Ir a uma festa (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
8. Trabalhar com alguém o observando (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
9. Escrever com alguém o observando (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
10. Chamar alguém que você não conhece bem (S).	0 1 2 3	0 1 2 3
11. Falar com pessoas que você não conhece bem (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
12. Encontrar-se com desconhecidos (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
13. Usar banheiro público (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
14. Entrar em um ambiente quando outras pessoas já estão sentadas (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
15. Ser o centro das atenções (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
16. Falar em reunião (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
17. Submeter-se a algum tipo de exame (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
18. Expressar desacordo em relação a pessoas que você não conhece bem (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
19. Encarar pessoas que você não conhece bem (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
20. Fazer um discurso (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
21. Tentar namorar alguém (D)	0 1 2 3	0 1 2 3
22. Devolver mercadorias a uma loja (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
23. Dar uma festa (S)	0 1 2 3	0 1 2 3
24. Resistir à pressão de um vendedor (S)	0 1 2 3	0 1 2 3

Pontuação total:

Subescala de ansiedade de desempenho (D):

Subescala de ansiedade social (S)

Anexo C: Escala de Impressão Clínica Global

Escala de Impressão Clínica Global (CGI)

Gravidade Da Doença

1. Normal, não doente
2. Limítrofe para a doença mental
3. Levemente doente
4. Moderadamente doente
5. Marcadamente doente
6. Gravemente doente
7. Doença mental grave

Melhora Global

1. Muito melhor
2. Melhor
3. Ligeiramente melhor
4. Sem alteração
5. Ligeiramente pior
6. Pior
7. Muito pior

Anexo D: Avaliação de Qualidade de Vida SF 36.

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE MOS SF-36

SOBRE ESTAS PERGUNTAS Esta pesquisa questiona você sobre a sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

2.			(circule uma)
Co	Excelente	.....	1
mpa	Muito Boa	.....	2
rad	Boa	.....	3
o há	Ruim	.....	4
um	Muito Ruim	.....	5
ano			
atrás			
S,			
com			
o			

você classificaria sua saúde em geral, agora:

3.			(circule uma)
Os	Muito melhor agora do que há um ano atrás	.....	1
seg	Um pouco melhor agora do que há um ano	.....	2
uint	atrás	.....	3
es	Quase a mesma de há um ano atrás	.....	4
iten	Um pouco pior agora do que há um ano	.....	5
s	atrás	.....	
são	Muito pior agora do que há um ano atrás	.....	
sobr			
e			
ativi			
dad			

es que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde você teria dificuldade para fazer essas atividades? Nesse caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

<u>ATIVIDADES DIÁRIAS</u>	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta nada
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço tais como correr, levantar pesos, participar de esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou atividade diária regular, como consequência da sua saúde física?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupos?

(circule uma)

7.			
Qua	De forma	.....	1
nta	nenhuma	.....	
dor			
no	Ligeiramente	.....	2
corp			
o	Moderadamente	.....	3
voc			
ê	Bastante	.....	4
teve			
dur	Extremamente	.....	5
ante			
as <u>últimas 4 semanas</u> ?			

(circule uma)

Nenhuma	.....	1
Muito leve	.....	2
Leve	.....	3
Moderada		4
Grave	.....	5
Muito grave	.....	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho (incluindo o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

9. Estas quest ões são sobre como você se sente e como tudo			(circule uma)
	De maneira nenhuma	.....	1
	Um pouco	.....	2
	Moderadamente	.....	3
	Bastante	.....	4
	Extremamente	.....	5

tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho (incluindo o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

9.			(circule uma)
Estas	De maneira	.....	1
quest	nenhuma		
ões			
são	Um pouco	.....	2
sobre			
como	Moderadamente	.....	3
você			
se	Bastante	.....	4
sente			
e	Extremamente	.....	5
como			
tudo			

tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

(circule um número em cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, familiares etc.)?

		(circule uma)
Todo o tempo	.....	1
A maior parte do tempo	.....	2
Alguma parte do tempo	.....	3
Uma pequena parte do tempo	.....	4
Nenhuma parte do tempo	.....	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdade	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

SF-36® Health Survey © 1988, 2002 by JE Ware, Jr., MOT, Health Assessment Lab, QualityMetric Incorporated – All rights reserved

SF-36® is a registered trademark of the Medical Outcomes Trust (MOT)

(IQOLA SF-36 Portuguese Standard Version 1.0)

Anexo E: Unidades Subjetivas de Desconforto.

Unidades Subjetivas de Desconforto (USDs)

Avaliação da ansiedade social em uma escala de 0 a 100, sendo:

0 – sem qualquer desconforto

100 – o pior que já sentiu

2ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

3ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

4ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

5ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

6ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

7ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

8ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

9ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

10ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

11ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

12ª sessão (Avaliação das USDs)

Antes –

Depois –

Anexo F: Escala para Avaliar as Sessões de Terapia.

Escala para avaliar as sessões de terapia

DATA:.....

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M Ž F Ž

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

E-MAIL:.....

ASSINATURA:.....

.

Escala para avaliar a sessão

Pontue de 0 a 5 a intensidade de sua ansiedade, sendo que 0 = nenhuma;

1= pouquíssima; 2= leve; 3= moderada; 4= muita; 5 = extrema.

1. O quanto de medo e ansiedade você sentiu ao olhar esta cena? []
2. O quanto ela pareceu real e verdadeira? []
3. O quanto ela é parecida com as situações que você enfrenta em sua vida? []
4. Qual foi o grau máximo de ansiedade que você sentiu? []
5. Quanto de ansiedade você sentiu antes do exercício? []
6. Quanto de ansiedade você sentiu no final do exercício? []

Anexo G: Inventário de depressão de Beck.

Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____
 Profissão: _____ Escolaridade: _____ Data de aplicação: _____ Pontuação: _____

Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.	6.
0 Não me sinto triste.	0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).
1 Sinto-me triste.	1 Sinto que posso ser punido(a).
2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.	2 Sinto que mereço ser punido(a).
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.	3 Sinto que estou a ser punido(a).
2.	7.
0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.	0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.	1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto que não tenho nada a esperar.	2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.	3 Eu odeio-me.
3.	8.
0 Não me sinto fracassado(a).	0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.	1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.	2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Sinto que sou um completo fracasso.	3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
4.	9.
0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.	0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.	1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.	2 Gostaria de me matar.
3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.	3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
5.	10.
0 Não me sinto particularmente culpado(a).	0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.	1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.	2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.	3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.

11.
0 Não me irrita mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12.
0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13.
0 Tomo decisões como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14.
0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).
15.
0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16.
0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17.
0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.
1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18.
0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.
19.
0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 kg.
2 Perdi mais de 5 kg.
3 Perdi mais de 7,5 kg.
- Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.
Sim _____ Não _____
20.
0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21.
0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Total: _____

Classificação: _____

Anexo H: Escala para Incapacitação Sheehan.

Escala de Incapacitação de Sheehan

Pontue de 0 a 10, conforme prejuízo na sua vida:

1. Trabalho/Escola

Os sintomas têm interrompido suas atividades no trabalho/escola:

De nenhuma forma	[0]		
Suavemente	[1]	[2]	[3]
Moderadamente	[4]	[5]	[6]
Marcadamente	[7]	[8]	[9]
Extremamente	[10]		

2. Vida Social

Os sintomas têm interrompido sua vida social:

De nenhuma forma	[0]		
Suavemente	[1]	[2]	[3]
Moderadamente	[4]	[5]	[6]
Marcadamente	[7]	[8]	[9]
Extremamente	[10]		

3. Vida familiar/responsabilidades do lar

Os sintomas têm interrompido sua familiar/responsabilidades do lar:

De nenhuma forma	[0]		
Suavemente	[1]	[2]	[3]
Moderadamente	[4]	[5]	[6]
Marcadamente	[7]	[8]	[9]
Extremamente	[10]		

Anexo I: Escala de Adequação Social.

Escala de Adequação Social - EAS

ESCALA DE ADEQUAÇÃO SOCIAL – EAS

Social Adjustment Scale – Self Report (Weissman e Bothwell, 1976) – tradução coordenada por C. Gorenstein

Gostaríamos de saber como você se sentiu em seu trabalho, lazer e vida familiar nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**. Não existem respostas certas ou erradas neste questionário.

Escolha as respostas que melhor descrevam como você esteve nas **duas últimas semanas**.

TRABALHO FORA DE CASA

Assinale a resposta que melhor se adapte à sua condição.

- Eu: 1 ☐ sou um trabalhador assalariado e/ou autônomo
 2 ☐ trabalho em casa sem remuneração (prendas domésticas)
 3 ☐ sou estudante
 4 ☐ sou aposentado
 5 ☐ estou desempregado

Você geralmente trabalha mais de 15 horas por semana com remuneração?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não

Você trabalhou nestas duas últimas semanas com remuneração?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas duas últimas semanas.

1. Quantos dias de trabalho remunerado você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não perdi nenhum dia
 2 ☐ perdi um dia
 3 ☐ perdi cerca de metade do tempo de trabalho
 4 ☐ perdi mais da metade do tempo de trabalho, mas trabalhei pelo menos um dia
 5 ☐ não trabalhei nenhum dia
 6 ☐ estive em férias nesse período

Se você não trabalhou com remuneração em nenhum dia das duas últimas semanas, pule para a questão 7.

2. Você foi capaz de realizar seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ fiz meu trabalho muito bem
 2 ☐ fiz meu trabalho bem, porém tive algumas pequenas dificuldades
 3 ☐ necessitei de auxílio no trabalho e cerca de metade do tempo não o fiz adequadamente
 4 ☐ fiz meu trabalho de maneira inadequada na maior parte do tempo
 5 ☐ fiz meu trabalho de maneira inadequada durante o tempo todo

3. Você se sentiu envergonhado de seu desempenho no trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ sim 2 ☐ não
 1 ☐ em nenhum momento me senti envergonhado
 2 ☐ uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado
 3 ☐ cerca de metade do tempo me senti envergonhado
 4 ☐ senti-me envergonhado a maior parte do tempo
 5 ☐ senti-me envergonhado o tempo todo

4. Você teve algum tipo de discussão com as pessoas com quem você trabalha nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
 2 ☐ no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
 3 ☐ tive mais de uma discussão
 4 ☐ tive várias discussões
 5 ☐ tive discussões constantemente

5. Você se sentiu chateado, preocupado ou desconfortável enquanto realizava seu trabalho nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento me senti assim
 2 ☐ senti-me assim uma ou duas vezes
 3 ☐ senti-me assim cerca de metade do tempo
 4 ☐ senti-me assim a maior parte do tempo
 5 ☐ senti-me assim o tempo todo

6. Você achou seu trabalho interessante nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ meu trabalho foi interessante praticamente o tempo todo
- 2 ☐ uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 ☐ cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 ☐ meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 ☐ meu trabalho não foi interessante o tempo todo

TRABALHO EM CASA

As donas de casa devem responder às questões de 7 a 12 – os demais sigam para a questão 13.

7. Quantos dias você realizou tarefas domésticas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ diariamente
- 2 ☐ realizei tarefas domésticas quase todos os dias
- 3 ☐ realizei tarefas domésticas cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral não realizei tarefas domésticas
- 5 ☐ fui totalmente incapaz de realizar tarefas domésticas
- 6 ☐ estive ausente de casa nas duas últimas semanas

8. Nas duas últimas semanas, você foi capaz de realizar suas tarefas domésticas, tais como cozinhar, limpar, lavar, fazer compras, consertos caseiros, etc.?

- 1 ☐ realizei as tarefas muito bem
- 2 ☐ realizei as tarefas bem, porém tive pequenas dificuldades
- 3 ☐ necessitei de auxílio nas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada na maior parte do tempo
- 5 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

9. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho nas tarefas domésticas, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 ☐ uma ou duas vezes me senti um pouco envergonhado(a)
- 3 ☐ cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 ☐ senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me envergonhado(a) o tempo todo

10. Você teve algum tipo de discussão com vendedores, comerciantes ou vizinhos, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relatei-me muito bem
- 2 ☐ no geral me relatei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente

11. Você se sentiu incomodado(a) com o seu trabalho doméstico, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento me senti incomodado(a)
- 2 ☐ senti-me incomodado(a) uma ou duas vezes
- 3 ☐ senti-me incomodado(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ senti-me incomodado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me incomodado(a) o tempo todo

12. Você achou seu trabalho doméstico interessante, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ meu trabalho foi interessante na maior parte do tempo
- 2 ☐ uma ou duas vezes meu trabalho não foi interessante
- 3 ☐ cerca de metade do tempo meu trabalho não foi interessante
- 4 ☐ meu trabalho não foi interessante a maior parte do tempo
- 5 ☐ meu trabalho não foi interessante o tempo todo

ESTUDANTES

Responda às questões de 13 a 18 se você frequenta escola por meio período ou mais. Caso contrário, pule para a questão 19.

Quanto tempo você permanece na escola?

- 1 ☐ período integral
- 2 ☐ mais que meio período
- 3 ☐ meio período

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

13. Quantos dias de aula você perdeu nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não perdi nenhum dia
- 2 ☐ perdi poucos dias de aula
- 3 ☐ perdi cerca de metade do tempo de aula
- 4 ☐ perdi mais da metade do tempo de aula
- 5 ☐ não fui à escola nenhum dia
- 6 ☐ estive de férias nesse período

14. Você foi capaz de realizar suas tarefas escolares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ fiz minhas tarefas muito bem
- 2 ☐ fiz minhas tarefas, porém tive pequenas dificuldades
- 3 ☐ necessitei de ajuda nas minhas tarefas e cerca de metade do tempo não as fiz adequadamente
- 4 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada a maior parte do tempo
- 5 ☐ fiz minhas tarefas de maneira inadequada o tempo todo

15. Você se sentiu envergonhado(a) de seu desempenho escolar nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento me senti envergonhado(a)
- 2 ☐ uma ou duas vezes me senti envergonhado(a)
- 3 ☐ cerca de metade do tempo me senti envergonhado(a)
- 4 ☐ senti-me envergonhado(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me envergonhado(a) o tempo todo

16. Você teve algum tipo de discussão com pessoas ligadas à escola nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 ☐ no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente
- 6 ☐ não se aplica, não freqüentei a escola nesse período

17. Você teve algum aborrecimento na escola nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento senti-me aborrecido(a)
- 2 ☐ senti-me aborrecido(a) uma ou duas vezes
- 3 ☐ senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ senti-me aborrecido(a) a maior parte do tempo
- 5 ☐ senti-me aborrecido(a) o tempo todo
- 6 ☐ não se aplica, não freqüentei a escola nesse período

18. Você achou suas tarefas escolares interessantes nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ minhas tarefas escolares foram interessantes o tempo todo
- 2 ☐ uma ou duas vezes minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 3 ☐ cerca de metade do tempo minhas tarefas escolares não foram interessantes
- 4 ☐ no geral, minhas tarefas escolares não foram interessantes a maior parte do tempo
- 5 ☐ minhas tarefas escolares não foram interessantes o tempo todo

LAZER

Todos devem responder às questões de 19 a 27

Assinale a resposta que melhor descreve sua situação nas últimas duas semanas.

19. Quantos amigos você viu ou conversou ao telefone nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ nove ou mais amigos
- 2 ☐ cinco a oito amigos
- 3 ☐ dois a quatro amigos
- 4 ☐ um amigo
- 5 ☐ nenhum amigo

20. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um amigo nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ posso sempre falar sobre meus sentimentos
- 2 ☐ no geral, posso falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ com freqüência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos
- 6 ☐ não se aplica, não tenho amigos

21. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você saiu socialmente com outras pessoas? Por exemplo, visitou amigos, foi ao cinema, a restaurantes, à Igreja, convidou amigos para sua casa?

- 1 ☐ mais de três vezes
- 2 ☐ três vezes
- 3 ☐ duas vezes
- 4 ☐ uma vez
- 5 ☐ nenhuma vez

22. Quanto tempo você dedicou a suas atividades de lazer, nas duas últimas semanas? Por exemplo, esportes, leitura, ouvir música, etc.

- 1 ☐ dediquei a maior parte do tempo livre ao lazer praticamente todos os dias
- 2 ☐ dediquei parte do tempo livre ao lazer em alguns dias
- 3 ☐ dediquei pouco tempo livre ao lazer
- 4 ☐ no geral, não dediquei nenhum tempo ao lazer, mas assisti à televisão
- 5 ☐ não dediquei nenhum tempo ao lazer, nem assisti à televisão

23. Você teve algum tipo de discussão com seus amigos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
- 2 ☐ no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantes
- 6 ☐ não se aplica, não tenho amigos

24. Se seus sentimentos foram feridos ou se você foi ofendido por um amigo durante as duas últimas semanas, quanto isso o afetou?

- 1 ☐ isso não me afetou ou não aconteceu
- 2 ☐ superei em poucas horas
- 3 ☐ superei em poucos dias
- 4 ☐ superei em uma semana
- 5 ☐ vai levar meses até que eu me recupere
- 6 ☐ não se aplica, não tenho amigos

25. Você se sentiu tímido(a) ou desconfortável quando em companhia de outras pessoas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ sempre me senti confortável
- 2 ☐ algumas vezes me senti desconfortável, mas relaxei depois de pouco tempo
- 3 ☐ senti-me desconfortável cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral me senti desconfortável
- 5 ☐ senti-me desconfortável o tempo todo
- 6 ☐ não se aplica, não estive com outras pessoas

26. Você se sentiu solitário(a) e desejando ter mais amigos durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ não me senti solitário(a)
- 2 ☐ senti-me solitário(a) algumas vezes
- 3 ☐ senti-me solitário(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral me senti solitário(a)
- 5 ☐ o tempo todo me senti solitário(a) e desejando ter mais amigos

27. Você se sentiu aborrecido(a) em seu tempo livre durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ nunca me senti aborrecido(a)
- 2 ☐ no geral não me senti aborrecido(a)
- 3 ☐ senti-me aborrecido(a) cerca de metade do tempo
- 4 ☐ no geral me senti aborrecido(a)
- 5 ☐ senti-me aborrecido(a) o tempo todo

Você é solteiro, separado ou divorciado e não mora com um parceiro sexual?

- 1 ☐ SIM, responda às questões 28 e 29
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão 30

28. Quantas vezes você teve um encontro com intenções amorosas nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ mais de três vezes
- 2 ☐ três vezes
- 3 ☐ duas vezes
- 4 ☐ uma vez
- 5 ☐ nenhuma vez

29. Você se interessou por ter encontros amorosos nas duas últimas semanas? Se você não os teve, gostaria de tê-los tido?

- 1 ☐ interessei-me por encontros o tempo todo
- 2 ☐ a maior parte do tempo me interessei por encontros
- 3 ☐ cerca de metade do tempo me interessei por encontros
- 4 ☐ não me interessei por encontros a maior parte do tempo
- 5 ☐ estive totalmente desinteressado por encontros

FAMÍLIA

Responda às questões de **30 a 37** sobre seus pais, irmãos, irmãs, cunhados, sogros e crianças que não moram em sua casa. Você esteve em contato com algum deles nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de **30 a 37**
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão **36**

30. Você teve algum tipo de discussão com seus parentes nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ relacionamo-nos bem o tempo todo
- 2 ☐ no geral nos relacionamos bem, mas tive pequenas discussões
- 3 ☐ tive mais de uma discussão com pelo menos um parente
- 4 ☐ tive várias discussões
- 5 ☐ tive discussões constantemente

31. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com pelo menos um parente nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ posso sempre falar sobre meus sentimentos com pelo menos um parente
- 2 ☐ no geral posso falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ nunca consegui falar sobre meus sentimentos

32. Você evitou contato com seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ procurei meus familiares regularmente
- 2 ☐ procurei algum familiar pelo menos uma vez
- 3 ☐ esperei que meus familiares me procurassem
- 4 ☐ evitei meus familiares, mas eles me procuraram
- 5 ☐ não tenho contato com nenhum familiar

33. Você dependeu de seus familiares para obter ajuda, conselhos, dinheiro ou afeto nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ em nenhum momento preciso ou dependo deles
- 2 ☐ no geral não dependi deles
- 3 ☐ dependi deles cerca de metade do tempo
- 4 ☐ dependo deles a maior parte do tempo
- 5 ☐ dependo completamente de meus familiares

34. Você quis contrariar seus familiares a fim de provocá-los nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não quis contrariá-los
- 2 ☐ uma ou duas vezes quis contrariá-los
- 3 ☐ quis contrariá-los cerca de metade do tempo
- 4 ☐ quis contrariá-los a maior parte do tempo
- 5 ☐ eu os contrariei o tempo todo

35. Você se preocupou, sem nenhuma razão, com coisas que pudessem acontecer a seus familiares nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não me preocupei sem razão
- 2 ☐ preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 ☐ preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 ☐ preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 ☐ preocupei-me o tempo todo
- 6 ☐ não se aplica, não tenho familiares

TODOS respondem às questões 36 e 37, mesmo que não tenham familiares.

36. Nas duas últimas semanas, você achou que decepcionou ou foi injusto(a) com seus familiares?

- 1 ☐ não achei que os decepcei em nada
- 2 ☐ no geral não achei que os decepcei
- 3 ☐ cerca de metade do tempo achei que os decepcei
- 4 ☐ a maior parte do tempo achei que os decepcei
- 5 ☐ o tempo todo achei que os decepcei

37. Em algum momento nas últimas duas semanas você achou que seus familiares o decepçionaram ou foram injustos com você?

- 1 ☐ em nenhum momento achei que eles me decepçionaram
- 2 ☐ no geral achei que eles não me decepçionaram
- 3 ☐ cerca de metade do tempo achei que eles me decepçionaram
- 4 ☐ a maior parte do tempo achei que eles me decepçionaram
- 5 ☐ tenho muita mágoa porque eles me decepçionaram

Você mora com seu cônjuge ou está morando com um parceiro sexual?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de 38 a 46
- 2 ☐ NÃO, pule para a questão 47

38. Você teve algum tipo de discussão com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tivemos nenhuma discussão e relacionamo-nos muito bem
- 2 ☐ no geral nos relacionamos bem, mas tivemos pequenas discussões
- 3 ☐ tivemos mais de uma discussão
- 4 ☐ tivemos várias discussões
- 5 ☐ tivemos discussões constantemente

39. Você foi capaz de conversar sobre seus sentimentos e problemas com seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ pude sempre falar sobre meus sentimentos livremente
- 2 ☐ no geral pude falar sobre meus sentimentos
- 3 ☐ consegui falar sobre meus sentimentos cerca de metade do tempo
- 4 ☐ com frequência não consegui falar sobre meus sentimentos
- 5 ☐ em nenhum momento consegui falar sobre meus sentimentos

40. Você exigiu que as coisas em casa fossem feitas do seu jeito nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 2 ☐ no geral eu não insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 3 ☐ cerca da metade do tempo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 4 ☐ no geral eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito
- 5 ☐ o tempo todo eu insisti para que as coisas fossem feitas do meu jeito

41. Você sentiu que seu companheiro(a) foi autoritário com você ou ficou "pegando no seu pé" nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ quase nunca
- 2 ☐ de vez em quando
- 3 ☐ cerca de metade do tempo
- 4 ☐ a maior parte do tempo
- 5 ☐ o tempo todo

42. Você se sentiu dependente de seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti-me independente
- 2 ☐ no geral me senti independente
- 3 ☐ senti-me um tanto dependente
- 4 ☐ no geral me senti dependente
- 5 ☐ dependi de meu companheiro(a) para tudo

43. Como você se sentiu em relação a seu companheiro(a) nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti afeto o tempo todo
- 2 ☐ no geral senti afeto
- 3 ☐ cerca de metade do tempo senti afeto e cerca de metade do tempo senti desagradado
- 4 ☐ no geral senti desagradado
- 5 ☐ senti desagradado o tempo todo

44. Quantas vezes você e seu companheiro(a) tiveram relações sexuais?

- 1 ☐ mais de duas vezes por semana
 2 ☐ uma ou duas vezes por semana
 3 ☐ uma vez a cada duas semanas
 4 ☐ menos de uma vez a cada duas semanas, mas pelo menos uma vez no último mês
 5 ☐ nenhuma vez no último mês ou mais

45. Você teve algum problema durante relações sexuais, tal como dor, nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ nenhum
 2 ☐ uma ou duas vezes
 3 ☐ cerca de metade das vezes
 4 ☐ a maior parte das vezes
 5 ☐ todas as vezes
 6 ☐ não se aplica, não tive relações sexuais nas duas últimas semanas

46. Como você se sentiu quanto às relações sexuais nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti prazer todas as vezes
 2 ☐ no geral senti prazer
 3 ☐ senti prazer cerca de metade das vezes
 4 ☐ no geral não senti prazer
 5 ☐ não senti prazer nenhuma das vezes

FILHOS

Nas duas últimas semanas, estiveram morando com você filhos solteiros, adotivos ou enteados?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de **47 a 50**
 2 ☐ NÃO, pule para a questão **51**

47. Você tem se interessado(a) pelas atividades de seus filhos, escola, lazer, durante as duas últimas semanas?

- 1 ☐ interessei-me e estive ativamente envolvido(a) o tempo todo
 2 ☐ no geral me interessei e estive envolvido(a)
 3 ☐ cerca de metade do tempo interessei-me
 4 ☐ no geral não me interessei
 5 ☐ estive desinteressado(a) o tempo todo

48. Você foi capaz de conversar e ouvir seus filhos nas duas últimas semanas? (crianças maiores de 2 anos)

- 1 ☐ sempre consegui comunicar-me com eles
 2 ☐ no geral consegui comunicar-me com eles
 3 ☐ cerca de metade das vezes consegui comunicar-me com eles
 4 ☐ no geral não consegui comunicar-me com eles
 5 ☐ não consegui comunicar-me com eles
 6 ☐ não se aplica, não tenho filhos maiores de 2 anos

49. Como você se relacionou com seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ não tive nenhuma discussão e relacionei-me muito bem
 2 ☐ no geral me relacionei bem, mas tive pequenas discussões
 3 ☐ tive mais de uma discussão
 4 ☐ tive várias discussões
 5 ☐ tive discussões constantemente

50. Como você se sentiu em relação a seus filhos nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ senti afeto o tempo todo
 2 ☐ no geral senti afeto
 3 ☐ cerca de metade do tempo senti afeto
 4 ☐ no geral não senti afeto
 5 ☐ em nenhum momento senti afeto

VIDA FAMILIAR

Você já foi casado, viveu com um parceiro sexual ou teve filhos?

- 1 ☐ SIM, responda às questões de **51 a 53**
 2 ☐ NÃO, pule para a questão **54**

51. Você se preocupou com seu companheiro(a) ou com algum de seus filhos sem nenhuma razão nas duas últimas semanas, mesmo não estando morando juntos atualmente?

- 1 ☐ não me preocupei
- 2 ☐ preocupei-me uma ou duas vezes
- 3 ☐ preocupei-me cerca de metade do tempo
- 4 ☐ preocupei-me a maior parte do tempo
- 5 ☐ preocupei-me o tempo todo
- 8 ☐ não se aplica, não tenho companheiro ou filhos vivos

52. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que decepcionou o seu parceiro ou algum de seus filhos?

- 1 ☐ não achei que os decepionei em nada
- 2 ☐ no geral não senti que os decepionei
- 3 ☐ cerca de metade do tempo achei que os decepionei
- 4 ☐ a maior parte do tempo achei que os decepionei
- 5 ☐ eu os decepionei completamente

53. Em algum momento nas duas últimas semanas você achou que seu companheiro ou algum de seus filhos o decepcionou?

- 1 ☐ em nenhum momento achei que eles me decepcionaram
- 2 ☐ no geral achei que eles não me decepcionaram
- 3 ☐ cerca de metade do tempo achei que eles me decepcionaram
- 4 ☐ no geral achei que eles me decepcionaram
- 5 ☐ tenho muita mágoa porque eles me decepcionaram

SITUAÇÃO FINANCEIRA

Todos respondam à questão 54

54. Você teve dinheiro suficiente para suprir suas necessidades e as de sua família nas duas últimas semanas?

- 1 ☐ tive dinheiro suficiente para as necessidades básicas
- 2 ☐ no geral tive dinheiro suficiente, porém com pequenas dificuldades
- 3 ☐ cerca de metade do tempo tive dificuldades financeiras, porém não precisei pedir dinheiro emprestado
- 4 ☐ no geral não tive dinheiro suficiente e precisei pedir dinheiro emprestado
- 5 ☐ tive sérias dificuldades financeiras

Anexo J: Questionário de Pensamentos Automáticos.

ATQ-30 (Questionário sobre Pensamentos Automáticos)

INSTRUÇÕES:

Abaixo há uma lista com diversos pensamentos que podem vir a cabeça das pessoas. Por favor, leia atentamente cada um dos itens e marque a frequência que este pensamento lhe ocorreu na última semana (caso tenha ocorrido) do seguinte modo:

1:nunca 2:raramente 3:às vezes 4:frequentemente 5:sempre

Eu me sinto como se o mundo estivesse contra mim	1	2	3	4	5
Eu não estou bem.	1	2	3	4	5
Por que as coisas não dão certo para mim?	1	2	3	4	5
Ninguém me entende	1	2	3	4	5
Eu deixo as pessoas decepcionadas	1	2	3	4	5
Sou incapaz de "ir para frente	1	2	3	4	5
Gostaria de ser uma pessoa melhor	1	2	3	4	5
Estou me sentindo tão fraco.	1	2	3	4	5
Minha vida não está seguindo o rumo que eu gostaria que seguisse	1	2	3	4	5
Estou muito desapontado comigo mesmo	1	2	3	4	5
Nada mais está bom	1	2	3	4	5
Não consigo mais agüentar esta situação	1	2	3	4	5
Não consigo começar nada	1	2	3	4	5
O que há de errado comigo?	1	2	3	4	5
Gostaria de estar em outro lugar.	1	2	3	4	5
Não consigo organizar minha vida.	1	2	3	4	5
Eu me odeio.	1	2	3	4	5
Não tenho valor.	1	2	3	4	5
Eu queria sumir	1	2	3	4	5
Qual é o meu problema?	1	2	3	4	5
Sou um perdedor.	1	2	3	4	5
Minha vida é uma bagunça	1	2	3	4	5
Sou um fracassado	1	2	3	4	5
Nunca vou conseguir	1	2	3	4	5
Eu me sinto tão abandonado	1	2	3	4	5
As coisas precisam mudar	1	2	3	4	5
Deve haver alguma coisa de errado comigo.	1	2	3	4	5
Meu futuro é desanimador	1	2	3	4	5
Nada mais vale a pena	1	2	3	4	5
Não consigo terminar nada	1	2	3	4	5

Anexo K: Escala de Atitudes Disfuncionais.

Escala de Atitudes Disfuncionais

Responda cada uma das afirmações da seguinte maneira:

0 – Concordo totalmente

1 – Concordo

2 – Concordo parcialmente

3 – Sou neutro

4 – Discordo parcialmente

5 – Discordo totalmente

	ATITUDES	PONTOS
1	É difícil ser feliz a não ser que eu tenha boa aparência, seja inteligente, rico e criativo.	
2	Felicidade é mais o modo como ajo do que como as outras pessoas me percebem.	
3	As pessoas provavelmente pensarão mal de mim se eu entender um erro.	
4	Se eu não fizer sempre as coisas perfeitas não serei respeitado.	
5	É tolice correr um pouco de risco, porque se eu perder vai parecer um desastre.	
6	É possível ser respeitado por outros sem ter nenhum talento especial.	
7	Eu não consigo ser feliz a não ser que eu seja admirado por muitas pessoas que eu conheço.	
8	Quando uma pessoa pede ajuda é sinal de fraqueza.	
9	Se eu não me sair tão bem como outras pessoas isso significa que sou um ser humano inferior.	
10	Se eu falhar no meu trabalho significa que eu sou uma pessoa fracassada.	
11	Se você não pode fazer algo bem feito, não se importa em fazê-lo de outro modo.	
12	É bom cometer erros, assim posso aprender com eles.	
13	Se alguém não concorda comigo, isso provavelmente indica que ele não gosta de mim.	
14	Se eu falho em uma parte é tão ruim como se eu falhasse completamente.	
15	Se outras pessoas souberem como você realmente é, elas irão te desvalorizar.	
16	Eu não sou nada se uma pessoa que eu amo não me ama.	
17	As pessoas podem ter prazer por uma atividade sem se preocupar com o resultado final.	
18	As pessoas deveriam ter uma probabilidade razoável de sucesso antes de qualquer empreendimento.	
19	Meu valor como pessoa depende do modo como os outros me vêem.	
20	Se eu não estiver no topo por mim mesmo, eu serei uma pessoa de segunda categoria.	

21	Se eu sou uma pessoa com méritos / qualidades, eu preciso ser realmente excepcional, para pelo menos ser mais respeitado.	
22	Pessoas que tem boas idéias são mais merecedoras do que aquelas que não têm.	
23	Eu deveria ficar desanimado se eu cometo um erro.	
24	Minhas opiniões sobre mim mesmo são mais importantes do que as opiniões dos outros sobre mim.	
25	Para ser uma pessoa boa, que tenha moral e méritos / qualidades, é preciso ajudar todos que necessitam.	
26	Se eu faço uma pergunta / se tenho uma dúvida, isso faz com que eu pareça inferior.	
27	É horrível ser criticado por uma pessoa que eu considero importante.	
28	Se você não tem outras pessoas para apoiar-se, você tende a ficar triste.	
29	Eu posso alcançar metas importantes sem me escravizar.	
30	É possível para uma pessoa receber uma bronca sem se sentir triste.	
31	Eu não posso confiar nas pessoas porque elas podem ser cruéis comigo.	
32	Se outras pessoas não gostam de você, você não pode ser feliz.	
33	O melhor é desistir de seus próprios interesses para agradar outras pessoas.	
34	Minha felicidade depende mais das outras pessoas do que de mim mesmo.	
35	Eu não preciso da aprovação das outras pessoas para ser feliz.	
36	Se uma pessoa evita os problemas eles (os problemas) tendem a desaparecer.	
37	Eu posso ser feliz mesmo se eu perder as coisas boas da vida.	
38	O que as outras pessoas pensam de mim é muito importante.	
39	Estar isolado das outras pessoas é o primeiro passo para se tornar infeliz.	
40	Eu posso achar a felicidade sem estar apaixonado por outra pessoa.	

Anexo L: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA . Exposição em realidade virtual no tratamento da fobia social

2. PESQUISADOR : .Francisco Lotufo Neto

CARGO/FUNÇÃO: .Docente. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº CRM 36108

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Psiquiatria

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO x☒

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA :12 a 15 semanas (1 hora em cada semana)

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

1 – Desenho do estudo e objetivo(s)

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa estudar um programa de realidade virtual adequado à realidade brasileira para tratar os pacientes com fobia social através da Exposição Virtual. Você colocará um óculos e verá cenas que tem dificuldade de olhar, mas sua ansiedade com o tempo irá diminuir.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros;

No início e no final você irá responder alguns questionários para que possamos medir a intensidade do seu medo.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados –

Você verá numa tela de computador cenas de filmes que serão semelhantes que você enfrenta na vida real. Talvez você sinta medo, mas ao vê-las, este medo pode melhorar. Caso você melhore mais rapidamente, o número de sessões poderá ser menor.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3;

Não há riscos. No início do tratamento você pode sentir um pouco de medo, mas isto irá ajudá-lo a superar seu problema.

5 – Benefícios para o participante

Melhora dos sintomas de ansiedade da fobia social.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar;

Você poderá continuar a receber os tratamentos fornecidos pelo Serviço de Psicoterapia.

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr **Francisco Lotufo Neto** que pode ser encontrado no endereço Departamento de Psiquiatria – Rua Dr. Ovídio Pires de Campos 785, 05403-010, Telefone(s) 3069 6988. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Eu discuti com o Dr. Francisco Lotufo Neto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

Anexo M: Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social.

Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social

DATA:.....

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M Ž F Ž

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

E-MAIL:.....

ASSINATURA:.....

Questionário Metodológico Qualitativo de Avaliação de Ansiedade Social

1. Em que aspectos o tratamento o ajudou?
2. Em que aspectos o tratamento o atrapalhou?
3. Em que este tratamento difere dos outros?
4. Em quais situações da sua vida você percebeu mudança da ansiedade?

Anexo N: Tabela 6 - Resultados do modelo de medidas repetidas.

Fonte	Medida		Soma de Quadrados Tipo III	G.L.	F	P-Valor	Eta quadrado Parcial	Parâmetro de não centralidade
TEMPO	LSAS – Medo	Esfericidade assumida	4903	2,00	50,6	< 0,0001	0,717	101,3
		Greenhouse-Geisser	4903	1,95	50,6	< 0,0001	0,717	98,7
		Huynh-Feldt	4903	2,00	50,6	< 0,0001	0,717	101,3
		Limite inferior	4903	1,00	50,6	< 0,0001	0,717	50,6
	LSAS – Esquiva	Esfericidade assumida	4963	2,00	28,8	< 0,0001	0,590	57,6
		Greenhouse-Geisser	4963	1,91	28,8	< 0,0001	0,590	54,9
		Huynh-Feldt	4963	2,00	28,8	< 0,0001	0,590	57,6
		Limite inferior	4963	1,00	28,8	< 0,0001	0,590	28,8
	LSAS – Total	Esfericidade assumida	19626	2,00	42,1	< 0,0001	0,678	84,2
		Greenhouse-Geisser	19626	1,97	42,1	< 0,0001	0,678	82,9
		Huynh-Feldt	19626	2,00	42,1	< 0,0001	0,678	84,2
		Limite inferior	19626	1,00	42,1	< 0,0001	0,678	42,1
	ATQ	Esfericidade assumida	10394	2,00	21,6	< 0,0001	0,520	43,3
		Greenhouse-Geisser	10394	1,73	21,6	< 0,0001	0,520	37,5
		Huynh-Feldt	10394	1,88	21,6	< 0,0001	0,520	40,7
		Limite inferior	10394	1,00	21,6	0,0002	0,520	21,6
	SF36 Dor	Esfericidade assumida	1791	2,00	2,9	0,0685	0,125	5,7
		Greenhouse-Geisser	1791	1,86	2,9	0,0730	0,125	5,3
		Huynh-Feldt	1791	2,00	2,9	0,0685	0,125	5,7
		Limite inferior	1791	1,00	2,9	0,1058	0,125	2,9
	SF36 Estado Geral de Saúde	Esfericidade assumida	618	2,00	2,1	0,1395	0,094	4,1
		Greenhouse-Geisser	618	1,84	2,1	0,1439	0,094	3,8
		Huynh-Feldt	618	2,00	2,1	0,1395	0,094	4,1
		Limite inferior	618	1,00	2,1	0,1657	0,094	2,1

continua

continuação

Fonte	Medida		Soma de Quadrados Tipo III	G.L.	F	P-Valor	Eta quadrado Parcial	Parâmetro de não centralidade
SF36 Vitalidade	Esfericidade assumida		5725	2,00	12,6	0,0001	0,386	25,2
	Greenhouse-Geisser		5725	1,92	12,6	0,0001	0,386	24,2
	Huynh-Feldt		5725	2,00	12,6	0,0001	0,386	25,2
	Limite inferior		5725	1,00	12,6	0,0020	0,386	12,6
SF36 Aspectos Sociais	Esfericidade assumida		6667	2,00	6,0	0,0051	0,232	12,1
	Greenhouse-Geisser		6667	1,49	6,0	0,0110	0,232	9,0
	Huynh-Feldt		6667	1,59	6,0	0,0095	0,232	9,6
	Limite inferior		6667	1,00	6,0	0,0233	0,232	6,0
SF36 Saúde Mental	Esfericidade assumida		4505	2,00	9,8	0,0003	0,329	19,7
	Greenhouse-Geisser		4505	1,64	9,8	0,0009	0,329	16,1
	Huynh-Feldt		4505	1,76	9,8	0,0006	0,329	17,3
	Limite inferior		4505	1,00	9,8	0,0052	0,329	9,8
DAS	Esfericidade assumida		8382	2,00	11,6	0,0001	0,367	23,2
	Greenhouse-Geisser		8382	1,90	11,6	0,0001	0,367	22,1
	Huynh-Feldt		8382	2,00	11,6	0,0001	0,367	23,2
	Limite inferior		8382	1,00	11,6	0,0028	0,367	11,6
BDI	Esfericidade assumida		364	2,00	5,4	0,0086	0,212	10,7
	Greenhouse-Geisser		364	1,73	5,4	0,0121	0,212	9,3
	Huynh-Feldt		364	1,88	5,4	0,0100	0,212	10,1
	Limite inferior		364	1,00	5,4	0,0313	0,212	5,4

continua

continuação

Fonte	Medida		Soma de Quadrados Tipo III	G.L.	F	P-Valor	Eta quadrado Parcial	Parâmetro de não centralidade
Erro(TEMPO)	Sheehan 1 - Trabalho / escola	Esfericidade assumida	247	2,00	32,6	< 0,0001	0,619	65,1
		Greenhouse-Geisser	247	1,26	32,6	< 0,0001	0,619	41,0
		Huynh-Feldt	247	1,31	32,6	< 0,0001	0,619	42,5
		Limite inferior	247	1,00	32,6	< 0,0001	0,619	32,6
	Sheehan 2 - Vida social	Esfericidade assumida	201	2,00	29,7	< 0,0001	0,598	59,4
		Greenhouse-Geisser	201	1,77	29,7	< 0,0001	0,598	52,5
		Huynh-Feldt	201	1,93	29,7	< 0,0001	0,598	57,2
		Limite inferior	201	1,00	29,7	< 0,0001	0,598	29,7
	EAS	Esfericidade assumida	1,65	2	5,1	0,011	0,211	10,14
		Greenhouse-Geisser	1,65	2,00	5,1	0,011	0,211	10,13
		Huynh-Feldt	1,65	2,00	5,1	0,011	0,211	10,14
		Lower-bound	1,65	1,00	5,1	0,036	0,211	5,07
	LSAS – Medo	Esfericidade assumida	1937	40,00				
		Greenhouse-Geisser	1937	39,00				
		Huynh-Feldt	1937	40,00				
		Limite inferior	1937	20,00				
	LSAS – Esquiva	Esfericidade assumida	3445	40,00				
		Greenhouse-Geisser	3445	38,14				
		Huynh-Feldt	3445	40,00				
		Limite inferior	3445	20,00				
	LSAS – Total	Esfericidade assumida	9319	40,00				
		Greenhouse-Geisser	9319	39,38				
		Huynh-Feldt	9319	40,00				
		Limite inferior	9319	20,00				

continua

continuação

Fonte	Medida	Soma de Quadrados Tipo III	G.L.	F	P-Valor	Eta quadrado Parcial	Parâmetro de não centralidade
ATQ	Esfericidade assumida	9604	40,00				
	Greenhouse-Geisser	9604	34,65				
	Huynh-Feldt	9604	37,64				
	Limite inferior	9604	20,00				
SF36 Dor	Esfericidade assumida	12486	40,00				
	Greenhouse-Geisser	12486	37,12				
	Huynh-Feldt	12486	40,00				
	Limite inferior	12486	20,00				
SF36 Estado Geral de Saúde	Esfericidade assumida	5968	40,00				
	Greenhouse-Geisser	5968	36,86				
	Huynh-Feldt	5968	40,00				
	Limite inferior	5968	20,00				
SF36 Vitalidade	Esfericidade assumida	9092	40,00				
	Greenhouse-Geisser	9092	38,50				
	Huynh-Feldt	9092	40,00				
	Limite inferior	9092	20,00				
SF36 Aspectos Sociais	Esfericidade assumida	22083	40,00				
	Greenhouse-Geisser	22083	29,89				
	Huynh-Feldt	22083	31,76				
	Limite inferior	22083	20,00				

continua

conclusão

Fonte	Medida	Soma de Quadrados Tipo III	G.L.	F	P-Valor	Eta quadrado Parcial	Parâmetro de não centralidade
SF36 Saúde Mental	Esfericidade assumida	9170	40,00				
	Greenhouse-Geisser	9170	32,74				
	Huynh-Feldt	9170	35,27				
	Limite inferior	9170	20,00				
DAS	Esfericidade assumida	14450	40,00				
	Greenhouse-Geisser	14450	38,02				
	Huynh-Feldt	14450	40,00				
	Limite inferior	14450	20,00				
BDI	Esfericidade assumida	1357	40,00				
	Greenhouse-Geisser	1357	34,64				
	Huynh-Feldt	1357	37,63				
	Limite inferior	1357	20,00				
Sheehan 1 - Trabalho / escola	Esfericidade assumida	152	40,00				
	Greenhouse-Geisser	152	25,20				
	Huynh-Feldt	152	26,10				
	Limite inferior	152	20,00				
Sheehan 2 - Vida social	Esfericidade assumida	135	40,00				
	Greenhouse-Geisser	135	35,34				
	Huynh-Feldt	135	38,51				
	Limite inferior	135	20,00				
EAS	Esfericidade assumida	6,193	38,00				
	Greenhouse-Geisser	6,193	37,97				
	Huynh-Feldt	6,193	38,00				
	Lower-bound	6,193	19,00				

Anexo O: Tabela 7 - Resultados das comparações de cada instante de tempo para o modelo de medidas repetidas.

Medida	(I) TEMPO	(J) TEMPO	Diferença Média (I-J)	Erro Padrão	P-Valor	Intervalo de confiança	
						de 95%	
						Limite Inferior	Limite Superior
LSAS – Medo	Inicial	MF	19.905(*)	2,23	< 0,0001	14,07	25,74
	MF	FU	-2,667	1,97	0,5716	-7,81	2,47
LSAS – Esquiva	Inicial	MF	21.048(*)	2,55	< 0,0001	14,38	27,72
	MF	FU	-5,81	3,1	0,2271	-13,91	2,29
LSAS – Total	Inicial	MF	40.952(*)	4,41	< 0,0001	29,43	52,47
	MF	FU	-8,476	4,89	0,2959	-21,26	4,31
ATQ	Inicial	MF	29.619(*)	4,04	< 0,0001	19,08	40,16
	MF	FU	-5,619	4,57	0,6987	-17,55	6,31
SF36 Dor	Inicial	MF	-0,238	4,67	1	-12,43	11,95
	MF	FU	11,429	5,63	0,1676	-3,28	26,14
SF36 Estado Geral Saúde	Inicial	MF	-7,667	3,68	0,1501	-17,27	1,94
	MF	FU	3,667	3,32	0,8475	-5,01	12,34
SF36 Vitalidade	Inicial	MF	-23.095(*)	4,33	0,0001	-34,41	-11,78
	MF	FU	14.524(*)	5,08	0,0292	1,25	27,8
SF36 Aspectos Sociais	Inicial	MF	-23.810(*)	5,58	0,0011	-38,4	-9,22
	MF	FU	19.048(*)	6,66	0,029	1,65	36,45
SF36 Saúde Mental	Inicial	MF	-20.571(*)	3,82	0,0001	-30,55	-10,6
	MF	FU	8,19	4,38	0,2281	-3,25	19,63
DAS	Inicial	MF	-25.238(*)	6,38	0,0023	-41,91	-8,56
	MF	FU	1,619	5,22	1	-12,01	15,25
BDI	Inicial	MF	5.619(*)	1,42	0,0024	1,9	9,33
	MF	FU	-4,333	2,04	0,1398	-9,67	1
Sheehan 1 - Trabalho / escola	Inicial	MF	4.000(*)	0,76	0,0001	2,02	5,98
	MF	FU	0,381	0,32	0,7425	-0,45	1,22
Sheehan 2 - Vida social	Inicial	MF	3.667(*)	0,59	< 0,0001	2,11	5,22
	MF	FU	0,238	0,46	1	-0,96	1,43
EAS	Inicial	MF	,402*	0,13	0,0169	0,06	0,74
	MF	FU	-0,148	0,13	0,7852	-0,48	0,19

MF: medida ao final das sessões

FU: medida no follow up

Anexo O: Tabela 8 - Comparação dos instantes de tempo utilizando o teste de Friedman.

		N	Qui Quadrado	G.L.	P-Valor
CGI Gravidade da Doença		21	37,642	2	< 0,001
	Inicial vs MF	21	20,000	1	< 0,001
	MF vs FU	21	0,200	1	0,655
CGI Melhora Global		21	0,667	1	0,414
SF-36 Capacidade Funcional		21	4,429	2	0,109
	Inicial vs MF	21	0,333	1	0,564
	MF vs FU	21	1,333	1	0,248
SF-36 Limitação Aspectos Físicos		21	0,844	2	0,656
	Inicial vs MF	21	1,000	1	0,317
	MF vs FU	21	0,400	1	0,527
SF-36 Aspectos Emocionais		21	16,836	2	< 0,001
	Inicial vs MF	21	16,000	1	< 0,001
	MF vs FU	21	2,778	1	0,096
Sheehan 3 - Vida familiar/responsabilidades do lar		21	13,579	2	0,001
	Inicial vs MF	21	9,941	1	0,002
	MF vs FU	21	2,778	1	0,096

MF: medida ao final das sessões

FU: medida no follow up

13 REFERÊNCIAS

American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical: manual of mental disorders DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

Anderson PL, Zimand E, Hodges LF, Rothbaum BO. Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depress Anxiety*. 2005;22(3):156-8.

Anderson PL, Price M, Edwards SM, Obasaju MA, Schmertz SK, Zimand E, Calamaras MR. Virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013 Oct;81(5):751-60.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(7):316-25

Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TR. 4ª ed., texto revisado, 2004.

Banerjee R, Henderson L. Social–cognitive factors in childhood social anxiety: A preliminary investigation. *Social Develop*. 2001; 10(4):558–72

Barros Neto T. P., Gebara C. M. Fobia Social. In: Miguel, E C, Gentil V, Gattaz, WF, organizadores. *Clínica Psiquiátrica*. Barueri: Manole, 2011, v. 1, p. 771-7.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4: 53-63.

Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):168-89.

Botella C, Quero S, Baños RM, Perpiñá C, García Palacios A, Riva G. Virtual reality and psychotherapy. *Stud Health Technol Inform*. 2004;99:37-54.

Botella C, García-Palacios A, Villa H, Baños RM, Quero S, Alcañiz M, et al. Virtual Reality Exposure in the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia: A Controlled Study. *Clin Psychol Psychother*. 2007; 14:164–175.

Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, Fresco DM, Chen H, Turk CL, Vermes D, Erwin BA, Schmidt AB, Juster HR, Campeas R, Liebowitz MR. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Mar;67(3):286-95.

Bullinger AH, Roessler A, Mueller-Spahn F. From toy to tool: the development of immersive virtual reality environments for psychotherapy of specific phobias. *Stud Health Technol Inform*. 1998;58:103-11.

Cárdenas G, Muñoz S, González M, Uribarren G. Virtual reality applications to agoraphobia: a protocol. *Cyberpsychol Behav*. 2006 Apr;9(2):248-50.

Ciconelli R.M., Ferraz M.B., Santos W., Meinão I., Quaresma M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, 1999; 39(3): 143-50.

Emmelkamp PM, Krijn M, Hulsbosch AM, de Vries S, Schuemie MJ, van der Mast CA. Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behav Res Ther*. 2002 May;40(5):509-16.

Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A, et al. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur Psychiatry*. 2000 Feb;15(1):17-24.

Fava GA, Grandi S, Rafanelli C, Ruini C, Conti S, Belluardo P. Long-term outcome of social phobia treated by exposure. *Psychol Med*. 2001 Jul;31(5):899-905.

First MB. The DSM series and experience with DSM-IV. *Psychopathology*. 2002. Mar-Jun;35(2-3):67-71.

First, MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.

Garcia A.C. *Adaptação da escala de pensamentos automáticos (ATQ-30) para o português*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Itajaí: Curso de Psicologia, UNIVALI; 2001.

Garcia AC, Legal E.J. *Adaptação do Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ-30) para o português*. [Resumos de Comunicação Científica da XXXII Reunião Anual de Psicologia]. Florianópolis, 2002. p. 413-14.

Garcia-Palacios A, Hoffman HG, See SK, Tsai A, Botella C. Redefining therapeutic success with virtual reality exposure therapy. *Cyberpsychol Behav*. 2001 Jun;4(3):341-8.

Garcia-Palacios A, Hoffman H, Carlin A, Furness TA 3rd, Botella C. Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behav Res Ther*. 2002 Sep;40(9):983-93.

Gerardi M, Rothbaum BO, Ressler K, Heekin M, Rizzo A. Virtual reality exposure therapy using a virtual Iraq: case report. *J Trauma Stress*. 2008

Gorenstein C, Moreno RA, Bernick MA, Carvalho SC, Nicastrì S, Cordás TA. Validation of the portuguese version of the social adjustment scale in Brazilian samples. *J Affect Disord* 2002; 69(1-3):167-75.

Gorini A, Riva G. The potential of virtual reality as anxiety management tool: a randomized controlled study in a sample of patients affected by generalized anxiety disorder. *Trials*. 2008 May 5;9:25.

Grant BF, Hasin DS, Blanco C, Stinson FS, Chou SP, Goldstein RB, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005 Nov;66(11):1351-61.

Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úriz A, Ferrer-García M. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 May;44(5):343-8.

Guy, W. *Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: US Department of Health Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, Ed. Ecdeu; 1976.

Harris SR, Kemmerling RL, North MM. Brief virtual reality therapy for public speaking anxiety. *Cyberpsychol Behav*. 2002 Dec;5(6):543-50.

Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. DSM-III-R subtypes of social phobia. Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis*. 1990 Mar;178(3):172-9.

Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry*. 2002 Jan 1;51(1):101-8.

Hollon SD, Kendall P. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 1980; 4(4): 383-95

Hosn RNA, Costa CPJ. Immersive Virtual Reality [Trabalho de conclusão de curso]. Pará: Centro de Ensino Superior do Pará; 1999.

Hudson JL, Rapee RM. Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2002 Dec;31(4):548-55.

Irle E, Ruhleder M, Lange C, Seidler-Brandler U, Salzer S, Dechent P, Weniger G, Leibing E, Leichsenring F. Reduced amygdalar and hippocampal size in adults with generalized social phobia. *J Psychiatry Neurosci*. 2010 Mar;35(2):126-31.

Ito LM, Roso MC, Tiwari S, Kendall PC, Asbahr FR. [Cognitive-behavioral therapy in social phobia]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008 Oct;30 Suppl 2:s96-s101.

Jang DP, Ku JH, Shin MB, Choi YH, Kim SI. Objective validation of the effectiveness of virtual reality psychotherapy. *Cyberpsychol Behav*. 2000;3(3):369-74.

Jang DP, Ku JH, Choi YH, Wiederhold BK, Nam SW, Kim IY, et al. The development of virtual reality therapy (VRT) system for the treatment of acrophobia and therapeutic case. *IEEE Trans Inf Technol Biomed*. 2002 Sep;6(3):213-7.

Jodelet D. Representações sociais : um domínio em expansão. In: Jodelet D., organizador. *As Representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2002, p.17-44.

Jorstad-Stein EC, Heimberg RG. Social phobia: an update on treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Sep;32(3):641-63.

Kagan J., Reznick J S., Clarke C., Snidman N, Garcia-Coll C. Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Develop*. 1984; 55(6):2212–25.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6):617-27.

Klinger E, Légeron P, Roy S, Chemin I, Lauer F, Nugues P. Virtual reality exposure in the treatment of social phobia. *Stud Health Technol Inform*. 2004;99:91-119.

Klinger E, Bouchard S, Légeron P, Roy S, Lauer F, Chemin I, Nugues P. Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: a preliminary controlled study. *Cyberpsychol Behav*. 2005 Feb;8(1):76-88.

Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, Margis R, Eizirik CL. [Psychodynamic group treatment for generalized social phobia]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004 Jun;26(2):77-81.

Krijn M, Emmelkamp PM, Biemond R, de Wilde de Ligny C, Schuemie MJ, van der Mast CA. Treatment of acrophobia in virtual reality: the role of immersion and presence. *Behav Res Ther*. 2004 Feb;42(2):229-39.

Krijn M, Emmelkamp PM, Olafsson RP, Bouwman M, van Gerwen LJ, Spinhoven P, Schuemie MJ, van der Mast CA. Fear of flying treatment methods: virtual reality exposure vs. cognitive behavioral therapy. *Aviat Space Environ Med*. 2007 Feb;78(2):121-8.

Lányi CS, Stark JA, Kamson ME, Geiszt Z. Do we need high-scale flexibility in virtual therapies?. *Int J Disabil Human Dev* 2006; 5(3):251-6.

Leichsenring F, Beutel M, Leibing E. Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bull Menninger Clin*. 2007 Winter;71(1):56-83.

Leichsenring F, Salzer S, Beutel M E, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2013;170(11):759-67

Lefèvre F e Lefèvre AMC, Teixeira JJV. *O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Edcus, 2000.

Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000Sep;57(9):859-66

Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141-73.

Lincoln TM, Rief W, Hahlweg K, Frank M, von Witzleben I, Schroeder B, Fiegenbaum W. Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behav Res Ther*. 2003 Nov;41(11):1251-69.

Lister H A,Piercey C D, Joordens C. The effectiveness of 3D video virtual reality for the treatment of fear of public speaking. *J CyberTherapy Rehab*. 2010;3:375-381

Lewis-Fernández R, Hinton DE, Laria AJ, Patterson EH, Hofmann SG,Craske MG, et al. Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):212-29.

Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry*. 1966 Aug;123(2):218-21.

McCabe RE, Antony MM, Summerfeldt LJ, Liss A, Swinson RP. Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cogn Behav Ther*. 2003;32(4):187-93.

Michaliszyn D, Marchand A, Bouchard S, Martel MO, Poirier-Bisson J. A randomized, controlled clinical trial of in virtuo and in vivo exposure for spider phobia. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2010 Dec;13(6):689-95

Moore PS, Whaley SE, Sigman M. Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety. *J Abnorm Psychol*. 2004 Aug;113(3):471-6.

National Institute for Health and Care Excellence. *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder*. [Clinical guideline 159], London: National Institute for Health and Care Excellence; 2013. [cited 2014 jan12]. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG159>.

North MM, North SM, Coble JR. Virtual reality therapy: an effective treatment for psychological disorders. *Stud Health Technol Inform*. 1997;44:59-70.

North MM, North S, Coble JR. Virtual Reality Therapy: An effective treatment for psychological disorders. In: Riva G, editor. *Virtual Reality in Neuro-Psycho-Physiology*. Amsterdam, Netherlands: los Press, 1998.

Ohayon MM, Schatzberg AF. Social phobia and depression: prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res*. 2010 Mar;68(3):235-43.

Orsini MRC, Tavares M, Tróccoli BT. Adaptação brasileira da escala de atitudes disfuncionais (DAS). *Psico-USF*. 2006 ; 11(1):25-33

Ost LG, Hugdahl K. Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav Res Ther*. 1981;19(5):439-47.

Pratt DR, Zyda M, Kelleher KM. Virtual Reality: In the Mind of the Beholder. *IEEE Computer*, 28(7):17-19.

Price M, Mehta N, Tone EB, Anderson PL. Does engagement with exposure yield better outcomes? Components of presence as a predictor of treatment response for virtual reality exposure therapy for social phobia. *J Anxiety Disord*. 2011 Aug;25(6):763-70.

Riva GR. Virtual environments in clinical psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2003;40(1/2):68–76.

Robillard G, Bouchard S, Dumoulin S, Guitard T, Klinger E. Using virtual humans to alleviate social anxiety: preliminary report from a comparative outcomestudy. *Stud Health Technol Inform*. 2010;154:57-60.

Rothbaum BO, Anderson P, Zimand E, Hodges L, Lang D, Wilson J. Virtual reality exposure therapy and standard (in vivo) exposure therapy in the treatment of fear of flying. *Behav Ther*. 2006 Mar;37(1):80-90.

Safir MP, Wallach HS, Bar-Zvi M. Virtual reality cognitive-behavior therapy for public speaking anxiety: one-year follow-up. *Behav Modif*. 2012 Mar;36(2):235-46.

Sheehan TJ. Creating a psychosocial measurement model from a stressful life events. *Soc Sci Med*.1996; 43(2):265-271.

]Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlledtrial. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Jul;68(7):692-700.

Stanney K. *Realizing the full potential of virtual reality: Human factors issues that could stand in the way*. IEEE Proceedings of Virtual Reality Annual International Symposium, 1995, pp. 28-34.

Stein MB, Jang KL, Livesley WJ. Heritability of social anxiety-related concerns and personality characteristics: a twin study. *J Nerv Ment Dis*. 2002 Apr;190(4):219-24.

Steuer J.S. Defining virtual reality: dimensions determining telepresence. *Journal of Communication*. 1992; 42:73–93

Tori R,Kirner C. Fundamentos de Realidade Virtual. In: Tori R, Kiner C, Siscouto R.,editores. *Fundamentos e tecnologia de realidade virtual e aumentada*. (livro do Pré- Simpósio - VIII Symposium on Virtual Reality; 2006 Maio 2, Belém, PA).

Wallach HS, Safir MP, Bar-Zvi M. Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: a randomized clinical trial. *Behav Modif*. 2009 May;33(3):314-38.

Wiederhold BK, Wiederhold MD. The future of cybertherapy: improved options with advanced technologies. *Stud Health Technol Inform*. 2004. p. .263-70.

Ware Jr JE, Gandeka B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1988;51(11):903–12.

Warren SL, Schmitz S, Emde RN. Behavioral genetic analyses of self-reported anxiety at 7 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(11):1403-8.

Weissman AN. *The Dysfunctional Attitude Scale: a validation study* [Tese de Doutorado]. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1979

Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self report. *Arch. Gen. Psychiatry* (1976); 22:1111-531.

.

Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med*. 1999 Mar;29(2):309-23.

Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(417):4-18.

Wolpe J, Lang PJ. A fear survey schedule for use in behavior therapy *Behav Res Ther.*, 1964; 2:27.