



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



DÉBORA PEREIRA PAIVA

**O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE FOBIA SOCIAL E O ABUSO/DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE**

Orientador (a): Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Co-orientador: Prof. Dr. Ronaldo Rocha Bastos

JUIZ DE FORA
2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



DÉBORA PEREIRA PAIVA

**O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO FOBIA SOCIAL E O ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL
NO ÂMBITO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Débora Pereira Paiva. Orientador: Prof. Dr. Lélcio Moura Lourenço.

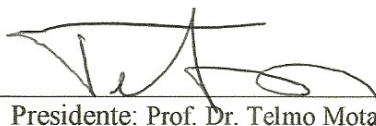
JUIZ DE FORA
2010

DÉBORA PEREIRA PAIVA

O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE FOBIA SOCIAL E O ABUSO/DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Débora Pereira Paiva

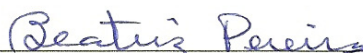
Dissertação defendida e aprovada em oito de novembro de dois mil e dez, pela banca constituída por:



Presidente: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
Universidade Federal de Juiz de Fora



Orientador: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora



Titular: Profa. Dra. Maria Beatriz Ferreira Leite Oliveira Pereira
MINHO-PORTUGAL

Paiva, Débora Pereira.

O Estudo da Associação entre Fobia Social e o Abuso/Dependência de Álcool no Âmbito da Atenção Terciária à Saúde. Débora Pereira Paiva – 2010. 82p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Ansiedade. 2. Alcoolismo. I. Título.

CDU 159.942:616.36:613.81

Agradecimentos

- Ao Professor Dr. Lélío Moura Lourenço, meu orientador e amigo, grande psicólogo, professor, pesquisador e grande pessoa. Por todos estes anos de trabalho juntos, pela confiança depositada, por estimular o avanço do meu estudo e sempre promovendo a motivação, o trabalho em grupo e a seriedade da pesquisa. Um grande mestre!
- Ao Professor, meu co-orientador, Dr. Ronaldo Rocha Bastos, pelas inúmeras reuniões de pesquisa e pelas contribuições estatísticas neste trabalho, que passam desde a estruturação dos objetivos do trabalho, pela elaboração do banco de dados e análise dos resultados da pesquisa.
- Ao Professor, Dr. Telmo Mota Ronzani, por todas as contribuições dadas não só a este trabalho, mas também na minha formação acadêmica. Sem dúvidas o resultado deste trabalho tal como é hoje, só foi possível pela sua contribuição e colaboração.
- À professora, Dr.^a. Maria Beatriz Ferreira Leite Oliveira Pereira, pela maneira gentil e generosa com que me acolheu em Portugal e por representar, neste momento, a possibilidade de continuidade, sob outra interface (fobia social e bullying) deste trabalho.
- Aos professores Dr. Saulo de Freitas Araújo e Dr. Altemir Gonçalves Barbosa. Pelas diversas contribuições, tanto na minha formação acadêmica quanto no mestrado.
- À Psicóloga, Capitã Carla Mara, por apoiar o desenvolvimento desta pesquisa no Hospital Ana Nery e pela confiança depositada no meu trabalho.
- Aos profissionais de saúde do Hospital Ana Nery, pela colaboração na execução da pesquisa. Aos enfermeiros Carlos e Raul e, aos monitores Geraldo e Daniel.
- Aos queridos amigos, Sabrina Maura Pereira e Daniel Alexandre Gouvêa Gomes, pela colaboração na coleta de dados, sempre compromissados, dedicados e responsáveis. Vocês foram fundamentais!
- Às colegas, Cinthia Gonçalves e Juliana Dornelas, pela participação na coleta de dados e também pelo interesse na pesquisa, muito obrigada!

- Às queridas amigas, Erica Cruvinel, Daniela Cristina Belchior Mota e Carla Ferreira de Paula Gebara, pela amizade, trocas, gentilezas, carinho... Cada uma, a sua maneira, me ensinou muito, amo vocês!
- À minha mãe Terezinha Monteiro Pereira de Paiva e ao meu pai Agostinho Ribeiro de Paiva, por todo apoio que sempre me deram, sendo motivo de orgulho e exemplo a ser seguido. Vocês são meu porto seguro, meu alicerce, onde recarrego minhas energias e ganho força pra seguir em frente. Amo muito vocês!
- Aos meus queridos irmãos, Sabrina Pereira Paiva e Daniel Pereira Paiva, grandes amigos, companheiros, parceiros de todas as horas e momentos, amores e sentidos da minha vida. Ao meu sobrinho amado, Pedro Paiva Baptista. Aos queridos cunhados, Luciano e Karine. A todos os meus familiares, meu avô, meus tios, tias, primos e primas.
- Ao Arthur Sérgio Mouço Valente, meu amor, por todos estes seis anos de amor, amizade, compreensão, aprendizado, crescimento, comemorações, superações, parceria... enfim, pela força do nosso amor! Você é incrível! Obrigada pela enorme colaboração nesta dissertação, tanto na viabilização da coleta de dados, como na digitação e análise dos dados. Foram muitas horas dedicadas e madrugadas em claro, trabalhamos arduamente! Você é tudo pra mim, *“O meu amor tem um jeito manso que é só seu, que rouba os meus sentidos...”* Eu amo você!!!
- A todos que colaboraram direta e indiretamente na elaboração deste trabalho, recebam meu profundo agradecimento. A todos os participantes da pesquisa que colaboram muito para este trabalho. Ao grupo de pesquisa em fobia social da UFJF e ao POPSS.
- A CAPES, pela concessão da bolsa de mestrado.

Resumo

A fobia social é definida como ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, freqüentemente levando ao comportamento de esquiva. A associação entre fobia social e alcoolismo é bem documentada na literatura recente, neste sentido, a dissertação de mestrado em questão teve como objetivo investigar a prevalência de fobia social entre pacientes internados em um Hospital de parceria pública na cidade de Juiz de Fora – MG. A população alvo constituiu-se de sujeitos, maiores de 18 anos, que estavam internados em decorrência de problemas relacionados ao consumo de álcool. Foram utilizados três instrumentos de pesquisa: Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), cujo objetivo é avaliar a presença de sintomas ansiosos e o Teste para Identificação de problemas relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). Os resultados encontrados apontaram uma prevalência de provável fobia social em 13% da amostra, 23% da amostra apresentaram ansiedade grave e 14% ansiedade moderada. Com relação ao consumo de álcool, 81% da amostra apresentaram dependência de álcool e 11% uso nocivo. Os dados indicaram que 34% da amostra apresentam de um provável quadro de agorafobia. A agorafobia, diferente da fobia social, caracteriza-se por uma ansiedade acerca de estar em locais ou situações das quais escapar poderia ser difícil (ou embaraçoso) ou nas quais o auxílio pode não estar disponível. O estudo confirma a associação entre fobia social e dependência de álcool em 11% da amostra e chama atenção para a alta prevalência de agorafobia (34%). A associação entre ansiedade grave e alcoolismo foi encontrada em 23% da amostra.

Palavras-chave: Fobia social, ansiedade e álcool.

Abstract

Social phobia is defined as clinically significant anxiety provoked by exposure to certain types of social or performance situations, often leading to avoidance behavior. The association between social phobia and alcoholism is well documented in recent literature, in this sense, the dissertation in question aimed to investigate the prevalence of social phobia among patients admitted to a hospital public partnership in the city of Juiz de Fora - MG. The target population consisted of subjects aged over 18 years who were hospitalized due to problems related to alcohol consumption. We used three research instruments: Inventory of Social Phobia and Anxiety (SPAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), whose objective is to assess the presence of anxiety symptoms and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). The results indicate a probable prevalence of social phobia in 13% of the sample, 23% had severe anxiety and 14% moderate anxiety. With respect to alcohol consumption, 81% had alcohol dependence and harmful use 11%. The data indicated that 34% of the sample has a likely part of agoraphobia. Agoraphobia, different from social phobia, is characterized by an anxiety about being in places or situations from which escape might be difficult (or embarrassing) or in which help may not be available. The study confirms the association between social phobia and alcohol dependence in 11% of the sample and draws attention to the high prevalence of agoraphobia (34%). The association between severe anxiety and alcoholism was found in 23% of the sample.

Keywords: Social phobia, anxiety and alcohol.

SUMÁRIO

Agradecimentos	vi
Resumo	viii
Abstract.....	ix
Lista de Figuras	xi
Lista de Tabelas	xii
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Objetivo Geral	15
1.2. Objetivos Específicos	15
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1. Fobia Social	16
2.2. Alcoolismo	24
2.3. Associação entre Fobia Social e Alcoolismo: um estudo da comorbidade	27
3. METODOLOGIA.....	31
3.1. Local	31
3.2. Participantes	31
3.3. Aspectos éticos	32
3.4. Instrumentos	32
4. RESULTADOS	33
4.1. Características sócio-demográficas	33
4.2. Padrões de Fobia Social e Agorafobia.....	35
4.3. Padrões de consumo de álcool.....	43
4.3. Padrões de Ansiedade.....	45
4.4. Fobia Social, Ansiedade e Dependência de Álcool.....	47
6. DIÁRIO DE CAMPO PESQUISA REALIZADA NO HOSPITAL ANA NERY, JUIZ DE FORA - MG	57
7. REFERÊNCIAS	62
8. ANEXOS.....	70

Lista de Figuras

Figura 1- Modelo dos processos ativados em fórbicos sociais nas situações temidas (Clark, 1995).	23
Figura 1. Distribuição relativa dos níveis de escolaridade por tipo de enfermaria dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	35
Figura 2. Distribuição de freqüências da pontuação do inventário de fobia social SPAI dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	38
Figura 3. Distribuição dos níveis de escolaridade por quadro de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	39
Figura 4. Distribuição do estado civil por quadro de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.....	40
Figura 5. Distribuição de frequências da pontuação dos participantes no inventário de fobia social (SPAI) para o escore de Agorafobia.....	42
Figura 6. Distribuição de frequências da pontuação do inventário de uso de álcool AUDIT dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.....	44
Figura 7. Distribuição de frequências da pontuação do inventário de ansiedade BAI dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	46
Figura 8. Comparação dos valores médios do BAI distribuídos de acordo com cada nível de fobia social dentre os níveis de Risco do AUDIT apresentados pela amostra no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	48
Figura 9. Diagrama de dispersão dos valores observados dos escores do AUDIT e do SPAI.	50
Figura 10. Diagrama de dispersão dos valores observados da Pontuação do AUDIT e do BAI.....	51
Figura 11. Diagrama da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) mostrando a ordenação dos dois primeiros eixos de quatro variáveis categóricas e seus níveis, baseado na amostra de 100 indivíduos participantes, internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	53
Figura 12. Diagrama Boxplot dos escores do SPAI, BAI e AUDIT por tipo de enfermaria da amostra de 100 participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	55

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características sócio-demográficas de uma amostra de dependentes de álcool em tratamento (N=100).....	34
Tabela 2. Descrição da amostra por quadro de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG (N= 100).	36
Tabela 3. Distribuição de frequência dos quadros de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.....	37
Tabela 4. Distribuição de frequência dos quadros de agorafobia dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.....	41
Tabela 5. Distribuição de frequência dos quadros de uso de álcool dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.....	43
Tabela 6. Distribuição de frequência dos quadros de ansiedade dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	45
Tabela 7. Distribuição de frequência dos quadros de ansiedade por uso de álcool em cada nível de fobia social.	47
Tabela 8. Teste de correlação de Pearson entre os escores dos inventários SPAI, AUDIT e BAI.....	49
Tabela 9. Modelo de Regressão Linear entre escores do SPAI e AUDIT.....	52
Tabela 10. Modelo de Regressão Linear entre escores do BAI e AUDIT.....	52
Tabela 11. Variância explicada pela Análise de Correspondência baseado na amostra de 100 participantes, internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.	54

1. INTRODUÇÃO

Atualmente o conceito de fobia social é definido como ansiedade clinicamente significativa provocada pela exposição a certos tipos de situações sociais ou de desempenho, freqüentemente levando ao comportamento de esquiva (DSM-IV, 1994). De acordo com Nardi (2000), a fobia social é caracterizada pelo medo/ansiedade excessivo diante de situações sociais, sendo a mais prevalente dos transtornos ansiosos (Nardi, 2000).

Entre os sintomas da fobia, destacam-se: um medo excessivo, imensurável, de um objeto ou situação; comportamento de esquiva em relação ao objeto temido; grande ansiedade antecipatória quando próximo do objeto em questão; e ausência de sintomas ansiosos quando longe da situação fóbica (Nardi, 2000). De acordo com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994), um fóbico social é alguém que teme uma variedade de situações sociais e de desempenho, porque ele/ela está preocupado em ser humilhado, ou em ser constrangido por funcionar inadequadamente, ou apresentar sintomas visíveis de ansiedade, além do medo da avaliação negativa pelos outros.

Segundo o NCS (National Comorbidity Survey, 1999), 81% dos pacientes com Fobia Social têm alguma comorbidade. Dado corroborado também nas amostras clínicas de Nardi (2000) e Falcone (1995), apontando que cerca de 80% dos pacientes com transtornos de ansiedade social relatam pelo menos outra doença psiquiátrica.

As comorbidades mais freqüentes da Fobia Social são: fobia simples, abuso ou dependência de álcool, depressão maior (Knijnik et al, 2005). Em um estudo feito por Versiani & Nardi (1994) pôde-se observar que 24% de uma amostra de 250 pacientes com transtorno de ansiedade social primário apresentaram comorbidade com o abuso de álcool, abaixo apenas da depressão maior, com 29,6% dos casos.

Estimativas da prevalência de transtorno de ansiedade social comórbido com a dependência de álcool é de aproximadamente 20% dos pacientes tratados com transtorno de ansiedade social, e 15% das pessoas que receberam tratamento de alcoolismo possuem transtorno de ansiedade social (Thomas et al., 1999).

De acordo com Terra et col. (2004), pacientes com fobia social tem duas vezes mais chances de ter problemas com álcool que não fóbicos e indivíduos com problemas de

alcooolismo têm nove vezes mais chance de ter fobia social que o resto da população. Dos pacientes internados, devido a problemas com álcool, 39% tinham fobia social e em todos esses a fobia precedia a dependência de álcool. Em uma pesquisa semelhante a anterior, realizada com pacientes internados, na Clínica Pinel em Porto Alegre, a porcentagem de pacientes que apresentaram fobia social e problemas relacionados ao consumo de álcool foi de 33,3% (Terra et col., 2003).

Neste sentido, a explicação para a comorbidade entre fobia social e o abuso/dependência apontada por alguns estudos é que muitos desses indivíduos podem estar bebendo para reduzirem sua ansiedade social. Em mais de 40% dos casos, de pacientes com transtorno de ansiedade social, especialmente do tipo generalizado, tentam controlar seus medos, tensões e ansiedades usando álcool, ou drogas, como um tipo de auto-medicação para controlar a ansiedade (Book & Randall, 2002; Nardi, 2000).

A possibilidade de uma relação causal é sustentada por relatos de que muitos pacientes com transtorno de ansiedade social utilizam o álcool como uma auto-medicação para enfrentar as situações temidas, chamada também de ‘Teoria da Redução da Tensão’, porque o consumo de álcool “serviria” para reduzir a tensão. A hipótese da auto-medicação é reforçada por achados clínicos que, evidenciam o fato da fobia social ser precedente aos problemas com o álcool, pois o álcool seria usado para reduzir a ansiedade. O modelo de resposta de atenuação do estresse propõe que o consumo de álcool estaria associado a uma redução no estresse (Barlow, 1999; Book & Randall, 2002; Nardi, 2000; Terra, 2005).

De acordo com Book & Randall (2002), a expectativa positiva relacionada ao álcool, ou seja, a crença de que o consumo de álcool ameniza a ansiedade social, desempenha um papel de relação entre a ansiedade social e o uso de álcool. Diferenças de expectativas podem explicar porque nem todos usam o álcool para suportar seus medos.

Segundo Morris (2005), modelos teóricos como a Teoria da Redução da Tensão, a Teoria da auto-medicação e o Modelo de resposta de atenuação do estresse são compreendidos como modelos integrados de forma integrada e buscando explorar as diversas variáveis como, contexto social, gênero, faixa etária, história familiar, crenças, motivações, expectativas que interferem na relação comórbida em questão, a fim de alcançarmos um esclarecimento mais aprofundado no que se refere à comorbidade entre a fobia social e o abuso/dependência de álcool.

A presente dissertação de mestrado, além de contribuir no estudo e prevenção de duas patologias emergentes na contemporaneidade - fobia social e abuso/dependência de álcool -, vislumbra a possibilidade de tornar-se referência no estudo da comorbidade entre a fobia social e o abuso/dependência de álcool, através da publicação de artigos científicos e trabalhos em congressos. Já que, no Brasil constam poucos autores que estudam o tema sendo encontrado apenas um núcleo em Porto Alegre. Deste modo, fortalece a importância e a necessidade de se desenvolver o estudo do tema na Universidade Federal de Juiz de Fora.

1.1. Objetivo Geral

A dissertação de Mestrado em questão tem como objetivo principal investigar a prevalência de fobia social entre pacientes internados em um Hospital Psiquiátrico de parceria pública na cidade de Juiz de Fora – MG.

1.2. Objetivos Específicos

- 1) Verificar a prevalência de sintomas ansiosos nos sujeitos;
- 2) Identificar pacientes com sintomas fóbicos sociais;
- 3) Analisar se o nível de consumo de álcool teve relação com o nível da fobia social;
- 4) Observar diferenças e aproximações de padrões de fobia social e consumo de álcool entre pacientes internados na enfermaria particular e pacientes internados na enfermaria pública;
- 5) Construir um diário de campo, contendo informações relevantes sobre os participantes, como história familiar, relacionamentos sociais e grupais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Fobia Social

As fobias foram descritas na literatura médica da Grécia antiga, principalmente com Hipócrates (460-380 a.C.), que associava quadros mentais a estados corporais. Hipócrates foi um dos primeiros estudiosos a tentar libertar a medicina dos ritos mágicos, buscando desvincular o conhecimento da explicação mitológica e construindo uma sabedoria prática, baseada na observação da natureza e nos modos que esta se manifesta tanto no homem saudável quanto no enfermo. Neste sentido, a doença mental também será entendida como uma condição da natureza humana e será tratada como outras doenças corporais (Ivanovic-Zuvic, 2004).

Através do “Corpus Hippocraticum” acreditava-se que os temperamentos eram baseados numa mistura de humores corporais, portanto as doenças, de uma forma geral, e, inclusive as mentais, surgiriam do desequilíbrio destes humores (fleuma, sangue, bile amarela e bile negra). Para Hipócrates, o cérebro era a sede dos sentimentos e das idéias. Foi o pioneiro na classificação das doenças mentais: o “Corpus Hippocraticum” inclui descrições de moléstias identificáveis como melancolia, psicose pós-parto, fobias, delirium tóxico, demência senil e histeria. De acordo com Hipócrates, as fobias estavam associadas a um quadro orgânico ligado à presença de bile negra (Cataldo Neto, 2003).

No entanto, foi somente a partir do século XIX que o termo fobia passa a ser usado com maior clareza, estando associado a um estado de medo intenso e desproporcional ao estímulo aparente (Marks e Mataix-Cols, 2006). No século XIX, muitas descrições do termo fobia apareceram e tem-se como marco o trabalho publicado por Westphal (1872) intitulado por Agorafobia, um fenômeno neuropático. Agorafobia na raiz grega relaciona-se com *ágora*, que significa assembleia, assembleia do povo, lugar em que a assembleia se reúne, praça pública e também com *phobos*, medo. Neste sentido, agorafobia remete originalmente ao medo de estar em espaços abertos ou no meio de uma multidão.

Westphal (1872), em linhas gerais, discorre sobre um caso de agorafobia, relatando situações de medo por andar em lugares e principalmente em estradas. Estrada virou assim o principal fenômeno descrito, embora ainda relacionado a determinadas situações e

circunstâncias. Além do medo, Westphal constatou alguns distúrbios no sistema nervoso dos pacientes que padeciam de agorafobia.

Freud em 1894 publicou “As neuropsicoses de defesa”, nota-se neste artigo uma conexão entre a teoria da histeria, as fobias, obsessões e certas psicoses alucinatórias. De acordo com Freud, a angústia liberada cuja origem sexual não deva ser lembrada pelo paciente irá apoderar-se das fobias primárias comuns da espécie humana, relacionadas com animais, tempestades, escuridão, e assim por diante, ou de coisas inequivocamente associadas, de um modo ou de outro, com o que é sexual — tais como a micção, a defecação ou, de um modo geral, a sujeira e o contágio. Neste sentido, a etiologia da fobia se deve, em grande parte, aos diferentes mecanismos defensivos que procuram manter a representação ideativa indesejável afastada da consciência.

Historicamente observa-se que Freud, faz uma distinção entre diversos tipos de fobias — comuns, históricas e contingentes — sem que fique muito clara a distinção entre elas. De qualquer forma, o estado de angústia seria o mais marcante nas fobias “típicas”, como a agorafobia e sua origem deveria ser encontrada na evitação de um ataque original de angústia que não derivaria de qualquer lembrança. Assim, parece haver uma distinção entre uma fobia de base psíquica, mais próxima da obsessão, e outra de base não psíquica. Essa constatação leva Freud a afirmar que o segundo tipo de fobia seria então parte da neurose de angústia (Freud, 1894), na forma de um sintoma a ela associado — como manifestação psíquica desta — e não mais como um quadro relacionado à neurose obsessiva.

Entretanto, foi ao descrever um clássico caso clínico “pequeno Hans”, que Freud (1909) elucidou com mais clareza acerca da fobia, tratava-se da análise de um menino de cinco anos que havia apresentado um quadro de fobia. Segundo Gurfink (2001), o processo de formação da neurose de Hans pode ser pensando nos termos da metáfora: “foi então que a batalha que chamamos de ‘fobia’ rebentou”. De acordo com Freud, Gurfink comenta que durante o curso da fobia, uma parte das idéias reprimidas é distorcida e transposta para outro complexo, forçando seu caminho para consciência como conteúdo de fobia. O conteúdo da fobia, ou seja, o medo que Hans sentia de cavalos trazia restrições para a sua liberdade de movimento. Deste modo, Hans ficava impedido muitas vezes de sair na rua, impedido de se movimentar e tendo que ficar mais em casa aproximava-se de sua mãe,

recebendo mais carinhos e afetos. Freud descrevia um quadro de fobia ligando elementos como a neurose de angústia, a compensação e o deslocamento, passado alguns anos esta descrição foi considerada no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-I).

Em 1952 a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publicou o primeiro DSM, nele o termo neurose de angústia norteava a caracterização dos transtornos de ansiedade. De acordo com Flichman (2001), a hipótese psiquiátrica americana era de que conflitos intrapsíquicos gerariam a ansiedade e esta seria a responsável pela psicopatologia. A neurose seria fruto de uma defesa parcialmente realizada contra desejos inconscientes, o que geraria os sintomas.

Segundo Pereira (2005), foram às críticas a este sistema teórico e a impossibilidade de confirmá-lo que acabou levando a uma reformulação no DSM-I. Este passou a descrever as patologias de modo mais objetivo, priorizando informações como, idade, data de início, duração, sintomatologia, gravidade, independentemente da provável etiologia. No tocante ao aspecto crítico, Cavalcante (2006) destaca a ampliação numérica do espectro de diagnósticos psiquiátricos. A pesquisa identificou alguns dos elementos constituintes da construção da psiquiatria biológica nos últimos 25 anos. De acordo com este estudo, a tendência de criação de novas categorias diagnósticas é um fenômeno comum na psiquiatria biológica, vertente atualmente hegemônica e que se configurou a partir dos anos de 1960 e 1970, tendo como marco a publicação da terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais DSM-III em 1980.

Apesar das diversas críticas quanto aos critérios estabelecidos pela APA para reformular o DSM-I, essa modificação teve grande utilidade prática. Já que agrupou fenômenos dentro de classes com características e sintomas comuns. Os diferentes sistemas de classificação, que foram desenvolvidos ao longo dos últimos anos, sofreram alterações e reorganizações principalmente na ênfase dada aos aspectos sintomatológicos e etiológicos. Além disso, os vários sistemas para classificar os transtornos mentais divergem, muitas vezes, quanto ao objetivo principal, sendo ora para uso em pesquisas clínicas, ora para configurações de estatísticas ou ambos.

Sucessivas discussões fomentaram as reformas no DSM-I ocasionando uma primeira reformulação em 1968 com o DSM-II e o acréscimo de 76 novas categorias

diagnósticas. No entanto, o DSM-II não apresentou grandes mudanças em relação ao DSM-I, diversas reformulações foram observadas no DSM-III publicado em 1980. Nesta edição o termo neurose de angústia possui um papel secundário, sendo mencionado entre parênteses na categoria “Estados de Ansiedade” e o transtorno de ansiedade generalizada aparece como entidade nosológica separada pela primeira vez. De acordo com Matos (2005), o DSM-III foi o mais revolucionário de todos e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna. Novas categorias diagnósticas foram descritas, como, por exemplo: a neurose de angústia foi subdividida em transtorno de pânico com e sem agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada, a fobia social tornou-se uma entidade nosológica própria.

Outra característica importante do DSM-III foi a hierarquização dos diagnósticos. Desta forma, era atendida a velha máxima da medicina, que preconiza a identificação de uma única patologia para explicar todos os sintomas que compõem o quadro clínico de um paciente. Entretanto, em 1987, com a publicação do DSM-III-R, esta hierarquia foi abolida, e o Manual passou a incentivar a descrição simultânea de dois ou mais diagnósticos num mesmo paciente. Surgiu, assim, o conceito de comorbidade, em psiquiatria, que foi confirmado pelo DSM-IV e amplamente difundido nos anos 90, sendo utilizado regularmente nos dias atuais. Na verdade, de acordo com Matos (2005), o conceito de comorbidade remonta ao ano de 1970, quando Feinsten o utilizou pela primeira vez para definir “qualquer entidade clínica adicional que tivesse existido ou que pudesse ocorrer durante o curso clínico de um paciente, que tivesse a doença índice em estudo”. O assunto será retomado mais adiante.

Os critérios para a fobia social incluídos no DSM-IV são essencialmente inalterados em relação aos do DSM-III-R, apesar das adições feitas para acomodar as crianças com diagnóstico de fobia social. Além destas adições, o termo ‘transtorno de ansiedade social’ foi introduzido pela primeira vez no DSM-IV. A nova denominação foi inserida para ressaltar a persistência dos sintomas de ansiedade e os grandes prejuízos que podem vivenciar as pessoas que recebem tal diagnóstico. No entanto, a grande inovação apresentada no DSM-IV foi a inclusão de um novo subtipo de fobia social, a fobia social não generalizada ou também conhecida como fobia social circunscrita. A distinção entre fobia social generalizada e não generalizada surgiu, em partes, para atender uma demanda

clínica, pois muitos profissionais observaram que determinados grupos de pacientes apresentavam medos acentuados de determinadas situações sociais, ao passo que em outros momentos o medo não estava presente.

Neste sentido, quanto à especificidade da fobia social, destacam-se dois subtipos básicos: o circunscrito e o generalizado. No primeiro caso o indivíduo possui temor de uma ou duas atividades sociais, geralmente em situações de desempenho; e no segundo caso, o indivíduo tem uma ansiedade generalizada e muitas situações sociais são afetadas. No caso de fobia social generalizada, os indivíduos sofrem de maior comprometimento e de ansiedade mais grave relacionada tanto a situações de desempenho como a situações que requerem interação (Knijnik, 2005).

Assim, com a publicação do DSM-IV em 1994 foram elucidadas as Diretrizes e os Critérios de Diagnóstico para Transtorno Fóbico Social, como podemos observar no quadro abaixo:

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DA FOBIA SOCIAL (F40.1)

- A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho público na qual a pessoa se vê exposta a pessoas fora do campo familiar ou ao possível escrutínio por outras pessoas. Os medos individuais agir de um modo (ou mostrar sintomas de ansiedade), que será humilhante ou embaraçoso. Nota: Em crianças, é preciso ter provas da capacidade de interagir socialmente com as suas famílias são normais e têm sido sempre, e que a ansiedade social é, em reuniões com os indivíduos na sua mesma idade e não apenas em interações com um adulto.
- B. A exposição à situação social temida quase que invariavelmente provoca resposta imediata de ansiedade, que pode assumir a forma de uma crise ansiedade situacional, mais ou menos relacionadas com a situação. Nota: Em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choro, birras, congelamento ou redução em situações sociais onde os participantes são de fora do contexto familiar.
- C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. Nota: Em crianças podem estar ausentes.
- D. As situações sociais ou atuações em público temidas são evitadas ou vivenciadas com intensa ansiedade ou sofrimento.
- E. A evitação, antecipação ansiosa ou sofrimento que aparece na (s) situação (s) social (s) ou ação (s) em público temida (s) interferem significativamente na rotina normal da pessoa, nos seus relacionamentos (ou acadêmico) e social, existe acentuado sofrimento e clinicamente significativa.
- F. Em indivíduos com menos de 18 anos a duração do quadro sintomático deve durar pelo menos 6 meses.
- G. O temor ou esquiva não se deve aos efeitos fisiológicos diretamente de uma substância (por exemplo, as drogas, medicação) ou uma condição médica geral e não é melhor explicado por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno Pânico com

ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade de separação, transtorno dismorfia corporal ou transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizóide personalidade).

- H. Se existe uma condição médica ou outro transtorno mental, o medo descrito no Critério A não está relacionado a estes processos (por exemplo, o medo não é devido à gagueira, ou aos tremores da doença de Parkinson, ou comportamento alimentar anormal na anorexia nervosa ou bulimia nervosa).

Especificar se:

Generalizada: se os temores incluem a maioria das situações sociais (considerar também o diagnóstico adicional de transtorno de personalidade evitativa).

Fonte: DSM –IV, 1994.

De acordo com o DSM-IV a prevalência de fobia social na população em geral pode variar de 3 a 13%. Estes valores variam em função dos limites definidos para quantificar o desconforto clínico ou deficiência da atividade global do indivíduo e os tipos situações sociais em estudo. Em uma amostra populacional, em 20% dos casos apresentaram medo excessivo de falar ou de executar em público, mas apenas cerca de 2% apresentou uma experiência de desconforto geral ou comprometida para assegurar que era uma fobia social. Na população em geral a maioria dos indivíduos com fobia social têm medo de falar em público, embora um pouco menos da metade desses casos admitidos ao medo fale com estranhos ou conhecer novas pessoas.

Estima-se que a prevalência do distúrbio de ansiedade social na população seja alta: de 5 a 13% da população geral apresentam sintomas de fobia social que resultam em diferentes graus de incapacidade e limitações sociais e ocupacionais (Book & Randall, 2002; Nardi, 2000). Entretanto, os resultados variam muito de acordo com as metodologias utilizadas (Book & Randall, 2002). Levando em consideração a população que busca tratamento, estudos epidemiológicos apontam uma estimativa de 2 a 3%, com prevalência igualmente comum entre homens e mulheres (Falcone, 1995).

A fobia social apresenta como característica marcante, um padrão de comportamento inadequado, em virtude de sua intensidade e duração de sintomas específicos, em que o indivíduo evita situações nas quais possa ser observado, avaliado pelos outros e encontrar-se em situação humilhante ou embaraçosa. Isso gera impedimentos na vida profissional, acadêmica, social ou sexual deste indivíduo (Neto, 1998; Barlow, 1999; Den Boer, 1997; Falcone, 1995; Nardi, 2000; Thomas, 1999). Configura-se como

uma desordem clara e persistente que muitas vezes é desencadeada por um medo de ser avaliado negativamente pelos outros.

Segundo Goldberg & Goodyer (2005) fatores cognitivos e biológicos somados à proximidade de eventos estressores e desenvolvimento de vulnerabilidade contribuem na manutenção do transtorno de ansiedade generalizada. Corroborando ponto de vista teórico semelhante, os autores Erickson & Newman (2005) argumentam que os critérios para se diagnosticar o transtorno de ansiedade generalizada envolvem a desregulação dos múltiplos sistemas (cognitivo, fisiológico e comportamental). Quanto ao aspecto fisiológico, Faustino (2005) abordou o estresse em indivíduos fóbicos sociais. Para isto, foi utilizado o procedimento de simulação de falar em público, que é capaz de ativar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e produzir respostas de estresse em sujeitos humanos. Os resultados apontaram que as diferenças entre fóbicos sociais e controles são significativas para traços de personalidade e atuam ao longo do tempo para as medidas psicofisiológicas, ocorreu uma relativa ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal em fóbicos, mas que não corresponde a alterações imunes de mesma magnitude.

A teoria cognitiva nos moldes propostos por Beck (1985) foca a premissa de que a ansiedade patológica deriva de uma percepção incorreta de perigo, resultando em distorções no modo como a informação é percebida. De acordo com Beck (1985) os indivíduos que sofrem de transtorno de ansiedade generalizada observam o meio ambiente e extraem informações que consideram como possíveis indícios de ameaça.

O modelo cognitivo, em termos práticos, visa identificar os pensamentos automáticos e as crenças centrais do paciente sobre o mundo e sobre os outros, procurando confrontar as crenças disfuncionais de modo que o paciente encontre crenças funcionais alternativas. De acordo com Beck (1985), os “esquemas” que são ativados em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada reforçam as percepções de perigo. Percepções de perigo são filtradas por estes esquemas, levando às distorções cognitivas.

Em 1995, Clark & Wells publicaram um dos primeiros trabalhos relativos ao modelo cognitivo na fobia social intitulado por “Um modelo cognitivo da Fobia Social”. De acordo com estes autores, três tipos principais de crenças são “ativadas” quando o indivíduo fóbico social se encontra em uma situação social. Primeiro lugar destaca-se que existe um elevado padrão de normas de conduta norteando a vida de um fóbico social e

além deste aspecto, eles se prendem a regras condicionais do tipo “se... então”, como por exemplo, “se eu parar de falar durante a conversa então vão me achar um idiota.” Terceiro aspecto, destacado pelos autores, diz respeito às crenças negativas a respeito de si mesmo que são nutridas pelos fóbicos sociais. Deste modo, é como se houvesse um “programa de ansiedade” que é ativado quando os indivíduos fóbicos sociais se encontram em uma situação social automaticamente a percebem como ameaçadora e desviam o foco da atenção para si mesmo, avaliando-os negativamente. Os autores esquematizaram este processo da seguinte maneira:

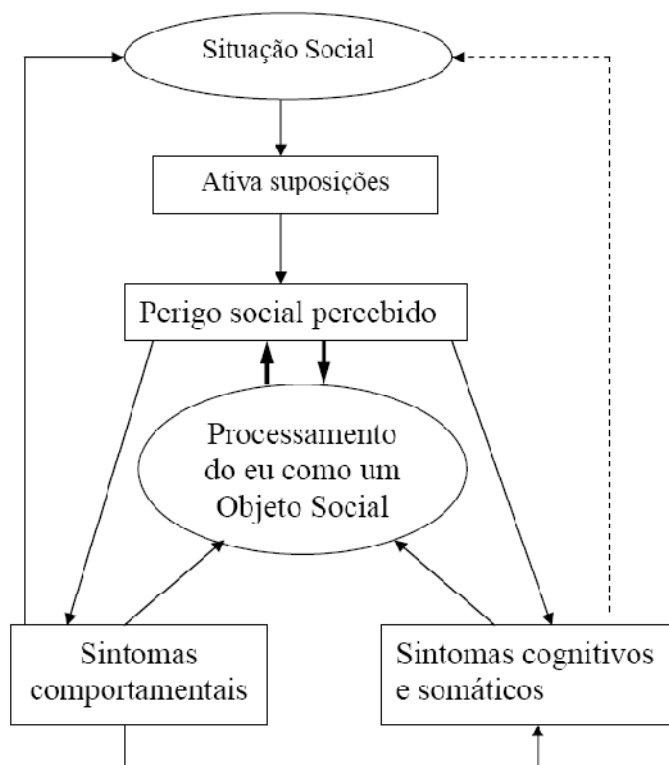


Figura 1- Modelo dos processos ativados em fóbicos sociais nas situações temidas (Clark, 1995).

Atualmente algumas teorias têm ganhado força, como por exemplo, o modelo de Kimbrel (2008) e a teoria de Heimberg & Becker (2002). A Teoria do Reforço Sensitivo (Kimbrel, 2008) propõe que muitos fatores estão associados com no desenvolvimento e na manutenção da fobia social generalizada, porém o modo como esses fatores interagem entre si para produzir e manter a fobia social ainda permanece obscuro. No modelo proposto por Kimbrel (2008) são consideradas as causas distais da fobia social generalizada, tais como fatores genéticos, de temperamento e vulnerabilidade. Consideram-

se também as causas proximais da ansiedade social e do medo, como p.ex., as variáveis situacionais e as diferenças individuais no processamento de informações. Heimberg & Becker (2002) propõe que sintomas os cognitivos, comportamentais e fisiológicos na fobia social interagem e relacionam-se com uma representação enviesada acerca dele mesmo e dos outros. Neste sentido, estão associadas ao quadro de fobia social crenças negativas acerca das situações sociais e das outras pessoas, crenças negativas a respeito de si mesmo, preditores negativos sobre o desencadear das situações sociais, comportamento de esquiva diante destes preditores, atenção focada no próprio desempenho o que atrapalha o engajamento efetivo na situação social e a avaliação negativa do desempenho em situações sociais vivenciadas.

2.2. Alcoolismo

As bebidas alcoólicas são consumidas nas sociedades humanas pelo menos desde o início da história registrada. Anteriormente à expansão colonial dos europeus as bebidas eram fermentadas e preparadas artesanalmente, com a expansão colonial, novas formas de bebidas alcoólicas foram introduzidas e foram gradualmente transformadas em produtos industriais disponíveis a qualquer momento e praticamente em qualquer lugar. No século XIX, o cristianismo passa a condenar o uso de álcool, pregando a abstinência e pressionando para uma proibição nacional do consumo. Quando estes movimentos perderam ímpeto, um novo compromisso foi alcançado e o álcool não era mais visto como uma ameaça a todos, mas sim a uma subclasse de "alcoólicos", ou em termos técnicos de hoje, as pessoas passam a ser consideradas como dependentes de álcool. Então, torna-se tarefa dos profissionais de saúde o tratamento do alcoolismo e também tarefa da ciência desenvolver pesquisas que contribuam para o tratamento e prevenção do alcoolismo (Room, 2005).

Atualmente o conceito de alcoolismo é descrito pelo DSM-IV (1994) como transtorno por consumo de álcool ou dependência de álcool, a dependência fisiológica do álcool se reconhece pela demonstração de tolerância ou de sintomas de abstinência. A abstinência de álcool se caracteriza pela aparição dos sintomas de abstinência

aproximadamente 12 horas após a diminuição do consumo precedida de grande ingestão de álcool. A síndrome de abstinência alcoólica se caracteriza pela presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: hiperatividade autonômica (por exemplo, sudorese, pulso ou acima de 100), aumento do tremor das mãos, insônia, náusea ou vômitos, alucinações visuais, táteis ou auditivas temporária, ilusões, agitação psicomotora, ansiedade e convulsões. Os sintomas podem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento trabalhista, social e de outras áreas importantes de funcionamento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou em 1977 a definição da dependência de álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade. O conceito de síndrome de dependência se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos subsequentes como o DSM-IV e a CID-10 (Marques, 2001). Segundo Bertolote (2010) dependência refere-se a elementos físicos e psicológicos. A dependência psicológica ou psíquica relaciona-se à vivência de controle prejudicado sobre o beber ou o uso da droga, ao passo que a dependência fisiológica refere-se à tolerância e aos sintomas de abstinência.

A dependência e abuso de álcool estão entre os transtornos mentais mais prevalentes na população em geral. Um estudo de comunidade realizado nos Estados Unidos entre 1980 e 1985 utilizando os critérios diagnósticos do DSM-III, descobriu que cerca de 8% da população adulta mostrou dependência de álcool e cerca de 5% de álcool abusado em algum momento de suas vidas. Cerca de 6% com dependência ou abuso álcool durante o ano anterior.

O uso nocivo de álcool é, por vezes, compreendido como abuso de álcool e caracteriza-se por um padrão de consumo de álcool que causa dano para a saúde (Bertolote, 2010). O dano pode ser físico (por exemplo, hepatite secundária) ou mental (por exemplo, episódios depressivos secundários à ingestão abundante de álcool). Comumente, mas não invariavelmente, o uso nocivo tem conseqüências sociais adversas (Bertolote, 2010).

O uso de risco de álcool caracteriza-se por um padrão de uso de álcool que aumenta o risco de conseqüências prejudiciais para o usuário (Bertolote, 2010). Já o uso de baixo risco caracteriza-se por um consumo de álcool baixo e esporádico de álcool e que não apresenta risco direto de conseqüências prejudiciais para o usuário. A abstinência ou abstenção do uso de álcool geralmente define uma pessoa que não ingeriu bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses (Bertolote, 2010).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2005), com relação ao consumo de álcool no Brasil temos que 74,6% da população entrevistada já fizeram uso de álcool pelo menos uma vez na vida, 49,8% dos entrevistados apontaram um consumo ao ano, 38,3% dos entrevistados relataram uso mensal e 12,3% dos entrevistados são dependentes de álcool.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002-2003) indicaram através da análise comparativa dos padrões de consumo (consumo atual e consumo de risco) possíveis diferenças regionais em relação a esse padrão. Na região Sul, as taxas de consumo atual são mais altas do que às taxas encontradas nas outras regiões, entretanto, as taxas para consumo de risco são menores do que as taxas encontradas nas outras regiões. Possivelmente, as diferenças regionais no tipo de bebida consumida estão relacionadas a este padrão. Estudos identificando os padrões de consumo de bebidas alcoólicas que ajudem na compreensão da magnitude do problema nos diferentes grupos populacionais são necessários para fornecer informações importantes a gestores de saúde a fim de que se possam desenvolver ações e políticas eficazes de prevenção e de controle do abuso de álcool.

Na pesquisa realizada por Ronzani (2008) os padrões de consumo de álcool encontrados entre os usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de Juiz de Fora e Rio Pomba indicaram respectivamente que 4,3% e 3,7% da amostra são prováveis dependentes de álcool. Com relação ao padrão de uso de risco de álcool, 17,8% dos participantes de Rio Pomba apresentaram este padrão de consumo e, entre os participantes de Juiz de Fora, 18,1% apresentaram um padrão de consumo de risco de álcool.

Neste sentido, observa-se a importância de ações que esclareçam as implicações do consumo de álcool na vida das pessoas, estudando patologias associadas ao quadro de alcoolismo visando à redução do sofrimento causado pelo consumo de álcool e a prevenção de possíveis patologias.

O modelo de consumo de álcool proposto por Skog (1985) considera que a sociedade é uma grande rede com muitos laços entre os indivíduos, cada ator que vive na mesma sociedade/cultura é influenciado e influencia outros membros da sociedade, direta ou indiretamente através de outros vínculos ligados às redes sociais. Portanto, cada pessoa de uma cultura tende a ajustar seu consumo de álcool relacionado ao consumo de outras

pessoas, dentro da mesma cultura, e consumo de álcool irá flutuar para mais ou para menos (Gustafsson, 2010).

Entre os pacientes alcoolistas é comum a ocorrência de transtornos psiquiátricos comórbidos, como transtorno de ansiedade e afetivos, sendo que frequentemente levam a uma recaída mais precoce do uso de álcool. Entretanto, apesar da prevalência e dos efeitos adversos destas comorbidades, poucos estudos a respeito do tratamento, envolvendo esta população com duplo diagnóstico, têm sido conduzidos (Terra, 2005).

Com relação aos tratamentos, Milher & Rollnick (2001) apontam diversas técnicas que são empregadas, como a técnica dos doze passos propagada pelos alcoólicos anônimos, o método FRAMES e a entrevista motivacional. A entrevista motivacional tem trazido bons resultados, é uma técnica que trabalha a motivação e o estímulo para a mudança e pode ser realizada em intervenções breves ou em tratamentos continuados.

2.3. Associação entre Fobia Social e Alcoolismo: um estudo da comorbidade

O termo comorbidade foi definido inicialmente em 1970 por Feinstein, indicando a associação entre duas doenças em estudos clínicos. No entanto, mais recentemente, essa denominação se refere a uma associação mais do que coincidente entre duas doenças. O estudo das comorbidades é importante em várias condições clínicas por diversas razões: epidemiológicas, diagnósticas, fisiopatológicas e de tratamento.

A comorbidade entre fobia social e o abuso/dependência de álcool é bem documentada na literatura recente (Buckner, 2009; Robinson, 2009; Buckner, 2008; Thomas, 2008; Ham, 2007; Stewart, 2006; Arch, 2006; Bakken, 2005).

Kessler (2008) define comorbidade como a ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com a possibilidade de potencialização recíproca entre ambas. As comorbidades mais frequentes da Fobia Social são: fobia simples, abuso ou dependência de álcool, depressão maior (Knijnik, Kruter, Cordioli & Kapczinski, 2005). Em um estudo feito por Versiani e Nardi (1994), pôde-se observar que 24% de uma amostra de 250 pacientes com transtorno de ansiedade social primário apresentaram comorbidade com o abuso de álcool, abaixo apenas da depressão maior, com

29,6% dos casos.

De acordo com Thomas (2008) os fóbicos sociais, quando não estão em tratamento, podem vir a ter problemas com álcool ou mesmo agravar os problemas relacionados ao consumo de álcool. Thomas (2008) realizou a pesquisa com 42 indivíduos, sendo que 22 indivíduos pertenciam ao grupo controle e 20 ao grupo experimental. A hipótese testada por Thomas (2008) é de que indivíduos com fobia social e problemas relacionados ao consumo de álcool, que usam o álcool como estratégia para reduzir a ansiedade, quando tratados com paroxetina irão reduzir a quantidade e a frequência de consumo de álcool. Os resultados encontrados mostram que a paroxetina foi eficiente na redução da ansiedade, no entanto, não se obteve reduções expressivas nem na frequência e nem na quantidade de álcool ingerida, demonstrando que existe uma complexa relação entre fobia social e consumo de álcool.

Segundo Buckner (2008) a fobia social está significativamente associada à dependência de álcool, não ao abuso. A pesquisa desenvolvida por Buckner (2008) contou com uma sub-amostra do National Comorbidity Survey e compreendeu aproximadamente 5.877 participantes. Os resultados encontrados sugerem que a fobia social é um fator de risco para o desenvolvimento do alcoolismo.

Na pesquisa realizada por Bakken (2005) com 260 pacientes, sendo que 114 pacientes alcoolistas e 145 pacientes poli-dependentes, os resultados encontrados indicaram uma frequência de 42% de ansiedade social no total de participantes. A desordem de ansiedade social foi significativamente mais frequente entre os pacientes poli-dependentes (51%) do que entre os pacientes dependentes de álcool (34%).

A hipótese da auto-medicação é defendida por Robinson (2009), segundo este autor o uso de álcool ou drogas é, muitas vezes, uma forma do indivíduo reduzir os níveis de ansiedade e medo existentes. A pesquisa utilizou uma amostra representativa do NCS (n = 43.093) e examinou a prevalência e comorbidade de auto-medicação para transtornos de ansiedade, diferenciando a auto-medicação com álcool da auto-medicação com drogas. A prevalência foi de 18,3% (auto-medicação com álcool para transtorno de ansiedade generalizada) e de 3,3% (auto-medicação com álcool e drogas para fobia específica e transtorno do pânico sem agorafobia).

Os estudos de Barlow (1999), Book & Randall (2002) e Nardi (2000) mostram que um número expressivo de pacientes com fobia social tenta controlar seus medos e tensões usando o álcool como um meio de ajuda para enfrentar as situações temidas. Em mais de 40% dos casos, pacientes com transtorno de ansiedade social, especialmente do tipo generalizado, tentam controlar seus medos, tensões e ansiedades usando álcool, ou drogas, como um tipo de auto-medicação para controlar a ansiedade.

Além de pesquisas com amostras epidemiológicas e pesquisas com pacientes alcoolistas ou poli-dependentes, a fobia social também tem sido pesquisada entre estudantes universitários. Como exemplo, a pesquisa realizada por Ham (2007) que investigou a relação entre a ansiedade social e os motivos para o consumo de álcool em 239 estudantes universitários. Os dados encontrados indicam que 66 estudantes apresentam baixa ansiedade social, ao passo que 83 apresentam alta ansiedade social e 90 estudantes apresentaram uma ansiedade social moderada. No entanto, a partir das análises dos resultados foi possível observar que o grupo de alta ansiedade social relatou beber menos, do que o grupo de baixa ansiedade social. Os resultados encontrados por Ham (2007) contrastam com os resultados obtidos por Buckner (2006), que indicaram uma correlação positiva entre ansiedade social e as motivações para o consumo de álcool. Neste sentido, observa-se a necessidade de pesquisas que visem esclarecer a relação entre ansiedade social, fobia social e consumo de álcool, já que os resultados encontrados nas pesquisas atuais indicam, muitas vezes, contrastes e instigam novas investigações.

No Brasil com relação à comorbidade entre fobia social e transtorno do pânico, constam dissertações de mestrado. Terra (2000) realizou uma pesquisa de campo, em uma amostra de 48 pacientes dependentes de substâncias psicoativas, segundo o DSM-IV e a CID-10. O SCID foi aplicado nestes pacientes e apenas um (2.0%) apresentava transtorno de pânico e que 11 (22.9%) tiveram ataques de pânico apenas durante a intoxicação ou na síndrome de abstinência, ou seja, secundariamente ao uso de drogas. Em relação à fobia social, 16 (33.3%) pacientes apresentaram este transtorno, sendo constatado que a fobia social iniciou antes de começar o uso de substâncias psicoativas. Os achados salientam a elevada frequência de fobia social em pacientes dependentes de substâncias psicoativas e reforçam a hipótese da automedicação, nesta comorbidade, uma vez que a fobia tende a preceder o uso de drogas.

A comorbidade entre fobia social e álcool foi abordada em dois trabalhos brasileiros, um de mestrado e outro de doutorado. Em relação à dissertação publicada por Bittencourt (2004) ressalta-se que foi uma pesquisa realizada com 100 pacientes, internados por dependência de álcool, em unidades de tratamento para a dependência química a fim de estudar as associações entre fobia social em alcoolistas. Os resultados indicam uma expressiva ocorrência do diagnóstico de fobia social em 35% da amostra, sendo que, todos os fóbicos sociais relataram a presença de sintomas fóbicos antes do histórico de dependência de álcool. Além disto, casos graves de dependência alcoólica encontram-se associados a quadros de fobia social. Alguns pacientes relataram ter os sintomas fóbicos atenuados com o consumo de álcool, deste modo, o uso de álcool estaria mascarando os sintomas de fobia social.

Silva (1994) visou determinar a frequência de transtornos comórbidos em uma amostra de 135 pacientes diagnosticados com fobia social pelo DSM-III-R. Os resultados encontrados indicaram que noventa pacientes (66%) apresentaram pelo menos uma comorbidade no eixo I. O diagnóstico mais comumente associado foi o de depressão maior em 39 pacientes (28,8%).

Destaca-se a tese de doutorado de Terra (2005) que abordou, dentre outros aspectos, o nível de fobia social nos pacientes internados em um hospital, devido a problemas com álcool. Terra (2005) realizou um estudo de coorte, no qual 300 pacientes alcoolistas foram inicialmente entrevistados quando hospitalizados e re-entrevistados após 3 e 6 meses em suas residências. A amostra apresentou predomínio de homens (91,7%) e os resultados encontrados apontam frequências de 30,6% para fobia específica, 24,7% para fobia social e 22,2% para transtorno de ansiedade induzido pelo álcool.

O alto índice de comorbidade de alcoolismo e fobia social é notado quando os indivíduos afetados constituem-se parte substancial da população de alcoolistas, entretanto, poucos estudos são realizados para comparação entre alcoolistas com e sem fobia social. Alcoolistas, com fobia social podem diferir de alcoolistas sem fobia social em problemas psiquiátricos. Existe uma alta prevalência de comorbidade psiquiátrica em indivíduos com fobia social, uma estimativa é que 70% de indivíduos com fobia social experimentarão alguma outra desordem psiquiátrica ao longo de sua vida (Thomas et col., 1999).

3. METODOLOGIA

3.1. Local

O Hospital Ana Nery está localizado na cidade de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais. A razão social de cadastro junto ao SUS é Psiquiátrica e, tradicionalmente o Hospital Ana Nery caracteriza-se por atender pacientes psiquiátricos. O atendimento prestado pelo Hospital é dividido em enfermarias, sendo que a maior parte dos leitos são públicos (SUS) e uma pequena parte são leitos privados. A distribuição dos leitos segue o seguinte critério: enfermaria de pacientes crônicos; clínico geral; pacientes psiquiátricos e enfermaria de dependência química. O Hospital conta, ao todo, com aproximadamente 268 leitos.

A pesquisa foi realizada na enfermaria de dependência química, na pública (3ª enfermaria) e na particular (10ª enfermaria). Destacam-se diferenças entre estas enfermarias, tanto no aspecto do encaminhamento, ou seja, na maneira como o paciente chega até o hospital, quanto ao tempo de permanência do paciente, bem como a forma de tratamento e hospedagem.

3.2. Participantes

Foram recrutados para a pesquisa 100 participantes, maiores de 18 anos, que se encontravam internados na enfermaria de dependência química do Hospital Ana Nery, no período compreendido entre março a agosto de 2010. Dos 100 pacientes entrevistados, 88 encontravam-se internados na enfermaria pública e 12 na enfermaria particular. Todos do sexo masculino, pois o tratamento para dependência química no Hospital Ana Nery é destinado à homens.

O critério para seleção envolveu uma análise prévia dos prontuários, observando o diagnóstico e a queixa principal do paciente, foram selecionados os pacientes com diagnóstico de alcoolismo e queixa principal consumo de álcool. Os critérios de exclusão foram analfabetismo e analfabetismo funcional, pacientes psicóticos e pacientes usuários de drogas ilícitas. A amostra foi intencional, do tipo senso.

3.3. Aspectos éticos

A dissertação de mestrado em questão teve sua primeira versão aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (parecer nº 469/2008). Tal aprovação permite que a aplicação dos questionários seja realizada individualmente e/ou coletivamente, de acordo com a disponibilidade dos indivíduos, após breve explicação dos objetivos do trabalho. O preenchimento do questionário não foi obrigatório, tendo tais indivíduos a liberdade de devolvê-lo em branco. Da primeira versão do projeto para a versão atual foram modificadas a extensão da amostra e o local de coleta de dados. O projeto de mestrado foi novamente submetido ao Comitê de Ética e aprovado (vide parecer anexo, nº 180/2010). A pesquisa em questão foi registrada na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), registro FR – 345607 e foi aprovada pela psicóloga responsável pelos setores de dependência química do Hospital Ana Nery.

3.4. Instrumentos

Foram utilizados três questionários fechados, de auto-relato, já validados, a saber:

1- Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) desenvolvido por Turner, Beidel e Dancu em 1989 e validado para o português em 2005 por Patrícia Picon. O SPAI é um inventário de auto-relato utilizado para o rastreamento de prováveis casos de fobia social, quantificação de gravidade de sintomas e avaliação da eficácia terapêutica. O SPAI é constituído por 45 itens em duas subescalas: fobia social (32 itens) e agorafobia (13 itens). Subtraindo o escore de agorafobia do escore de fobia social obtém-se o escore diferencial do SPAI para a fobia social. O ponto de corte mais discriminativo é igual ou superior a 80 pontos para a fobia social e igual ou superior a 39 pontos para a agorafobia. O SPAI possui propriedades psicométricas adequadas para o uso em amostras clínicas ou populacionais.

2- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento de auto-relato para avaliar a gravidade da ansiedade em diferentes populações. A escala tem 21 itens que descrevem sintomas subjetivos e somáticos relacionados com a ansiedade. Os itens são pontuados em uma escala de 0-3 que vai de: absolutamente não, levemente, moderadamente a gravemente. As respostas indicam como os participantes se sentiram durante a semana passada, incluindo a data presente. As pontuações variam de 0-63, sendo que, os escores mais elevados refletem sintomas de ansiedade mais grave. O BAI foi validado para o Português Brasileiro por Cunha (2001).

3- AUDIT (Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool) instrumento de rastreamento sobre o uso de álcool, desenvolvido com o apoio da OMS (Babor et al, 2001). Atualmente é o instrumento de rastreamento mais utilizado em pesquisas e em ambientes clínicos para o uso de álcool e de acordo com as normas de Classificação Internacional de Doenças, décima versão (CID 10). Apresenta 10 perguntas com respostas estruturadas, dando um escore numérico final ou classificando o padrão de uso em quatro zonas ou níveis de uso (abstinência ou baixo risco, uso de risco, uso nocivo, dependência).

4. RESULTADOS

4.1. Características sócio-demográficas

A amostra foi composta em sua totalidade por homens. A média de idade foi de 45 anos, desvio padrão de 8.6 anos. O subgrupo de solteiros foi o maior, representando 40% da amostra. Os pacientes com ensino fundamental incompleto corresponderam a 59% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas de uma amostra de dependentes de álcool em tratamento (N=100).

	<i>N</i>	<i>Média</i> <i>± DP</i>
Idade		45.1 ± 8.6
Estado Civil		
· Solteiro	40	
· Casado/amasiado	33	
· Separado	24	
· Viúvo	3	
Nível educacional		
· Ensino fundamental incompleto	59	
· Ensino fundamental completo	14	
· Ensino médio incompleto	6	
· Ensino médio completo	20	
· Ensino Superior	1	

Comparando-se os pacientes internados na enfermaria pública com os pacientes internados na enfermaria particular, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação a escolaridade. Já que 58% dos pacientes entrevistados na enfermaria pública apresentaram ensino fundamental incompleto e 66% dos pacientes entrevistados na enfermaria particular apresentaram ensino médio completo (Figura 1).

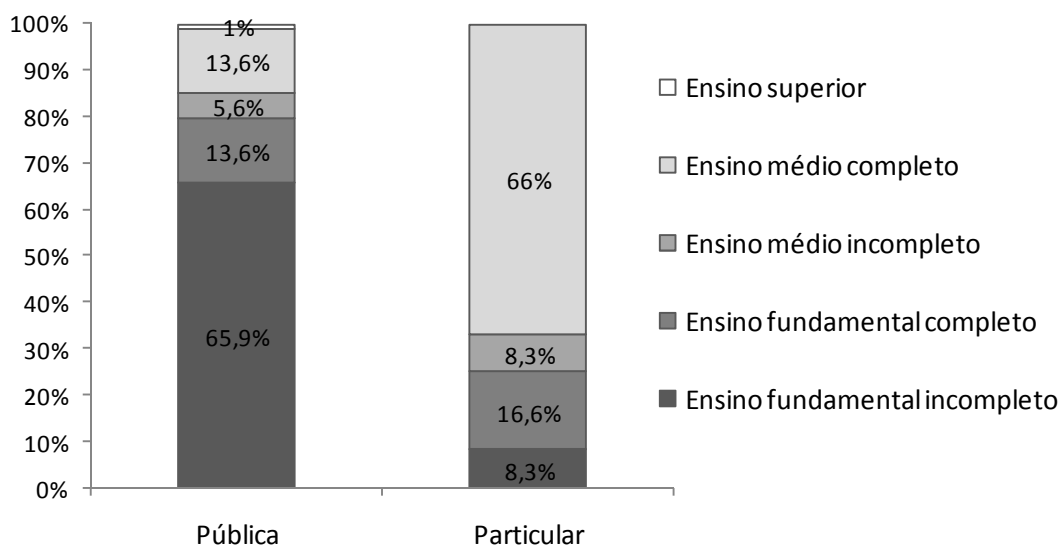


Figura 1. Distribuição relativa dos níveis de escolaridade por tipo de enfermaria dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

4.2. Padrões de Fobia Social e Agorafobia

Os pacientes entrevistados foram distribuídos de acordo com a pontuação obtida no SPAI para fobia social. Conta que 9% da amostra que apresentou provável fobia social encontrava-se internado na enfermaria pública e 4% dos entrevistados com provável fobia social encontravam-se na enfermaria particular. Observa-se que 7% dos pacientes com provável fobia social são casados e 5% são separados. Curioso notar que 8% dos pacientes com provável fobia social apresentam uma ansiedade mínima (Tabela 2).

Tabela 2. Descrição da amostra por quadro de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG (N= 100).

Variável	SPAI				
	Fobia social improvável	Fobia social leve	Possível fobia social	Provável fobia social	
Enfermaria	Pública	29	29	21	9
	Particular	1	4	3	4
Estado Civil	Solteiro	11	17	11	1
	Casado	11	8	5	7
	Amasiado	0	0	2	0
	Viúvo	2	0	1	0
	Separado	6	8	5	5
Escolaridade	Ens. fundamental incompleto	19	19	16	5
	Ens. fundamental completo	5	5	2	2
	Ens. médio incompleto	1	0	2	3
	Ens. médio completo	4	9	4	3
	Ens. superior	1	0	0	0
Agorafobia	Sem Agorafobia	20	20	16	10
	Com Agorafobia	10	13	8	3
Ansiedade	Ansiedade mínima	12	12	7	8
	Ansiedade leve	8	7	8	1
	Ansiedade moderada	5	6	3	0
	Ansiedade grave	5	8	6	4
Uso de Alcool	Abstinência ou baixo risco	2	0	0	0
	Uso de risco	3	1	0	2
	Uso nocivo	2	8	1	0
	Dependência	23	24	23	11

Do total de pacientes entrevistados, 13% apresentaram um quadro de provável fobia social, 24% apresentaram possível fobia social, 33% apresentaram fobia social leve e 30% fobia social improvável (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de frequência dos quadros de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Quadro	Frequência	%	% Cumulativa
Fobia social improvável (0-34)	30	30,0	30,0
Fobia social leve (34-59)	33	33,0	62,0
Possível fobia social (60-79)	24	24,0	87,0
Provável fobia social (>80)	13	13,0	100,0

Observando a distribuição das frequências da pontuação no inventário de fobia social (SPAI) dos participantes internados no Hospital Ana Nery, nota-se uma distribuição bem próxima da normal. Com relação aos testes estatísticos, a distribuição dos dados próximos da curva normal favorece a aplicação testes paramétricos, como p. ex., correlação de Pearson (Figura 2).

A média e a mediana de pontuação obtida no SPAI para fobia social foi de 50.6 pontos e 51,9 respectivamente, o desvio padrão de 27.8 pontos. Nota-se que 50% da amostra esta concentrada entre aqueles que obtiveram uma pontuação de 28,7 a 68,1 (Figura 2). A distribuição normal do SPAI foi comprovada através do teste Kolmogorov-Smirnov, $p= 0,939$.

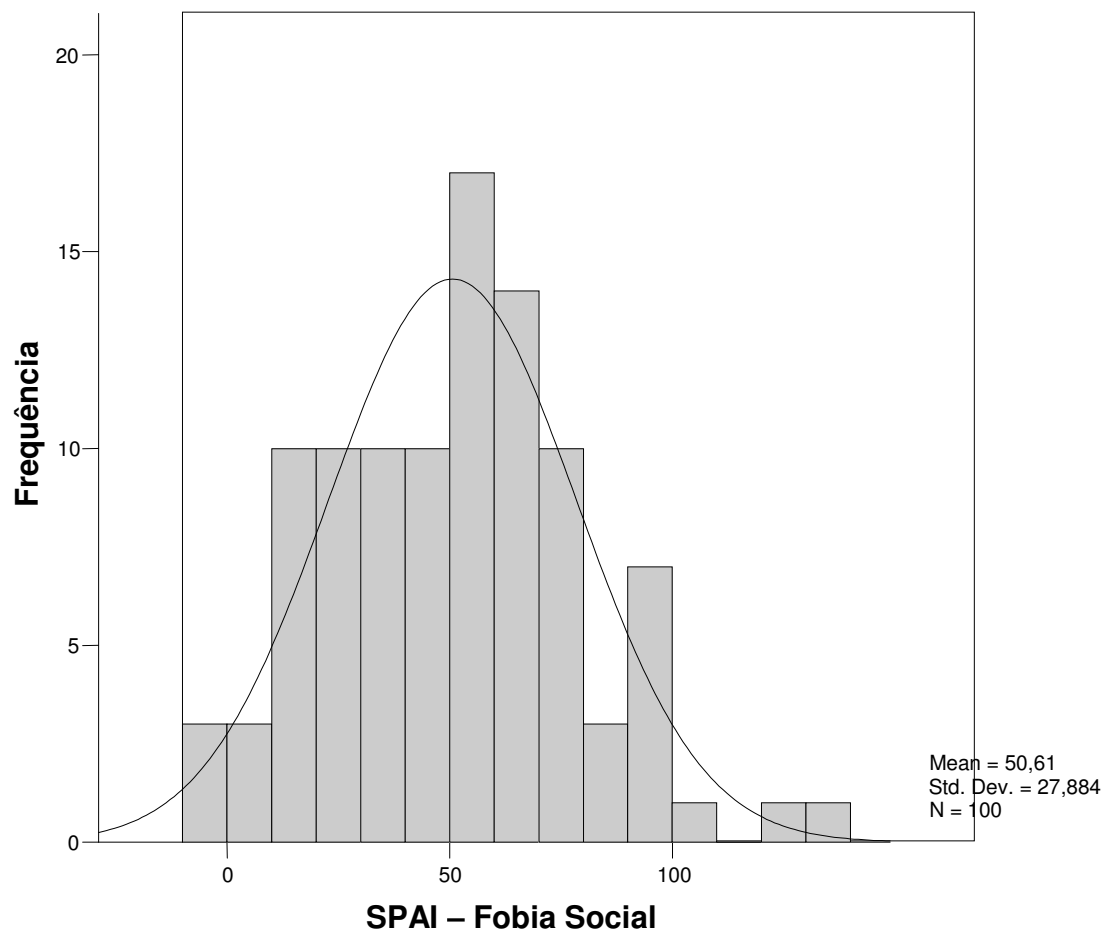


Figura 2. Distribuição de frequências da pontuação do inventário de fobia social SPAI dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

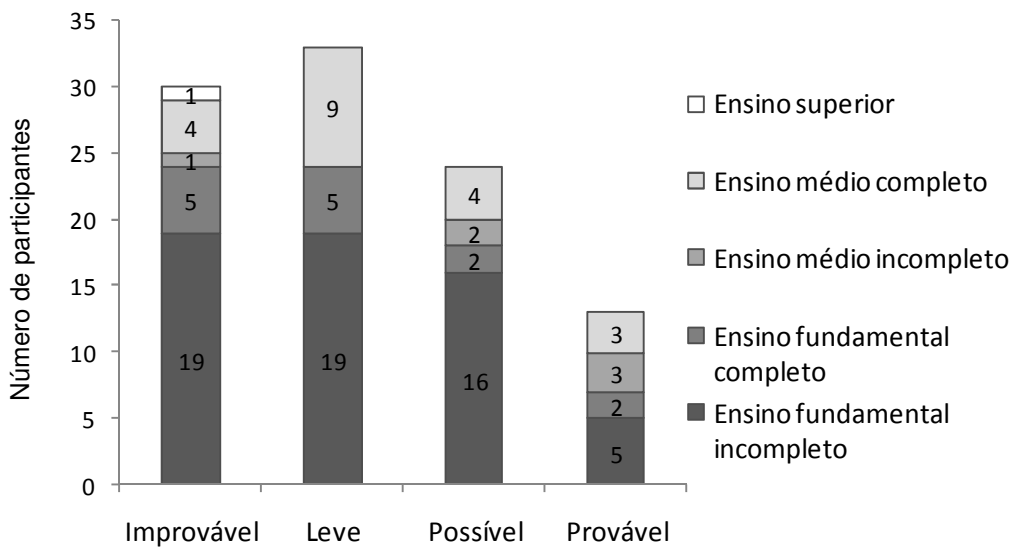


Figura 3. Distribuição dos níveis de escolaridade por quadro de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

A partir da Figura 3 nota-se que os prováveis casos de fobia social apresentam heterogeneidade em relação ao nível de escolaridade, englobando pacientes com nível de ensino fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto e médio completo. Ainda nos casos de provável fobia social, percebe-se que o número de pacientes com ensino fundamental incompleto é levemente superior (n=5) representando 38% do total de prováveis fóbicos sociais. O único participante com ensino superior apresentou improvável fobia social.

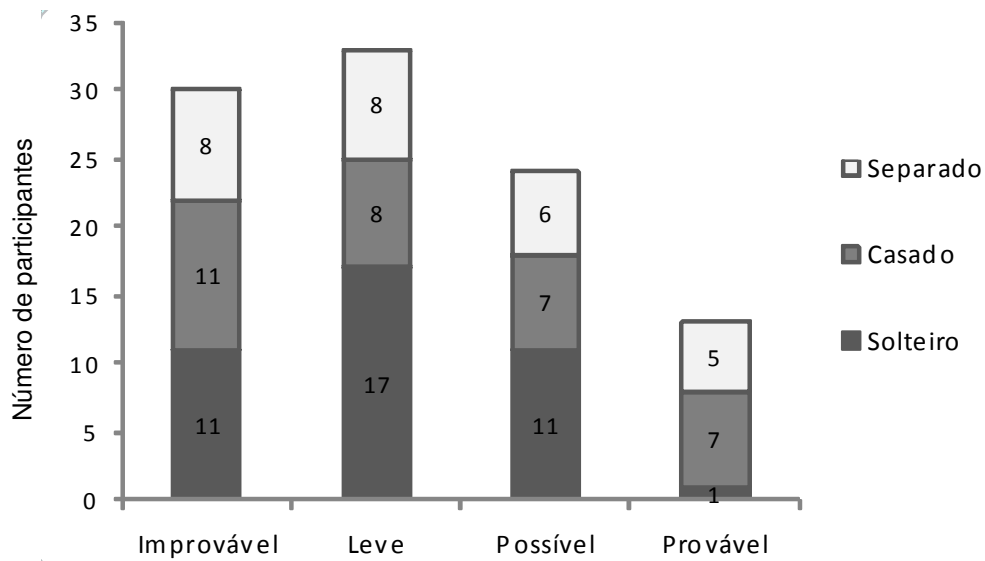


Figura 4. Distribuição do estado civil por quadro de fobia social dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Nos casos de fobia social leve e possível fobia social percebe-se a predominância (17% e 11% respectivamente) de solteiros. Já entre os prováveis fóbicos sociais nota-se uma predominância de casados (7%).

Com relação ao escore de agorafobia, obtido através do SPAI, nota-se que 34% da amostra pontuou acima de 39 pontos indicando um provável quadro de agorafobia e 66% da amostra concentrou-se abaixo dos 39 pontos indicando agorafobia improvável (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de frequência dos quadros de agorafobia dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Quadro	Frequência	%	% Cumulativa
Agorafobia	34	34,0	34,0
Agorafobia improvável	66	66,0	100,0

A distribuição das frequências da pontuação dos participantes para agorafobia (SPAI) indica uma média de 32 pontos, mediana de 31 e desvio padrão de 16 pontos. Os dados foram distribuídos de modo semelhante à curva normal, neste sentido, pode-se dizer que 50% da amostra está compreendida entre aqueles que pontuaram de 20 a 43,5 pontos (Figura 5). A distribuição normal do SPAI para os valores de Agorafobia foi comprovada através do teste Kolmogorov-Smirnov, $p=0,997$.

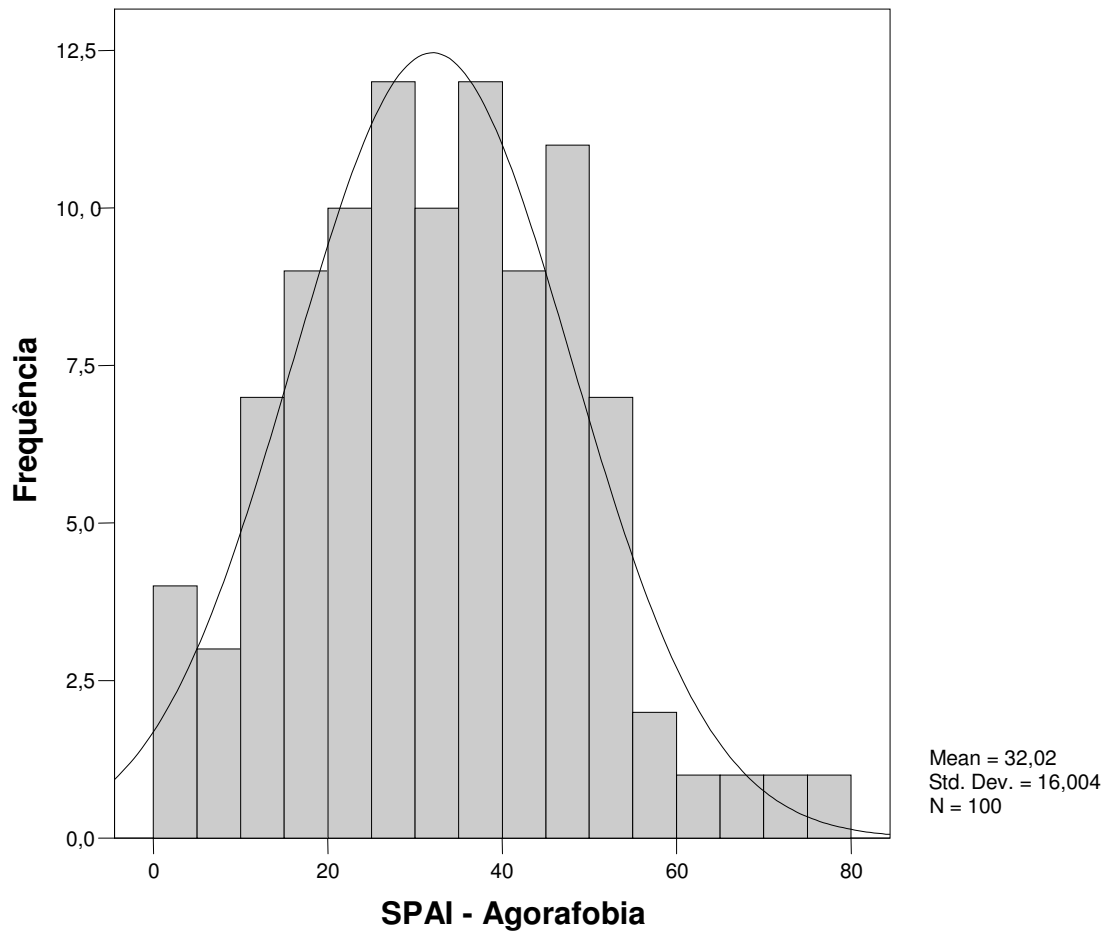


Figura 5. Distribuição de frequências da pontuação dos participantes no inventário de fobia social (SPAI) para o escore de Agorafobia.

4.3. Padrões de consumo de álcool

Quanto ao uso de álcool, nota-se que 81% da amostra são dependentes de álcool, 11% apresentam uso nocivo, 6% uso de risco e somente 2% são abstinentes ou baixo risco.

Tabela 5. Distribuição de frequência dos quadros de uso de álcool dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Quadro	Frequência	%	% Cumulativa
Abstinência ou baixo risco	2	2,0	2,0
Uso de risco	6	6,0	8,0
Uso nocivo	11	11,0	19,0
Dependência	81	81,0	100,0

Observando a distribuição das frequências de pontuação no AUDIT dos participantes internados no Hospital Ana Nery, nota-se uma distribuição normal leptocúrtica e com assimetria negativa (Figura 6).

A média e a mediana de pontuação obtida no AUDIT para o consumo de álcool foi de 27.5 pontos e 28 pontos respectivamente, o desvio padrão de 8.3 pontos. Observa-se que 50% da amostra esta concentrada entre aqueles que obtiveram uma pontuação de 22,2 a 34 (Figura 6). A distribuição normal do AUDIT foi comprovada através do teste Kolmogorov-Smirnov, $p= 0,613$.

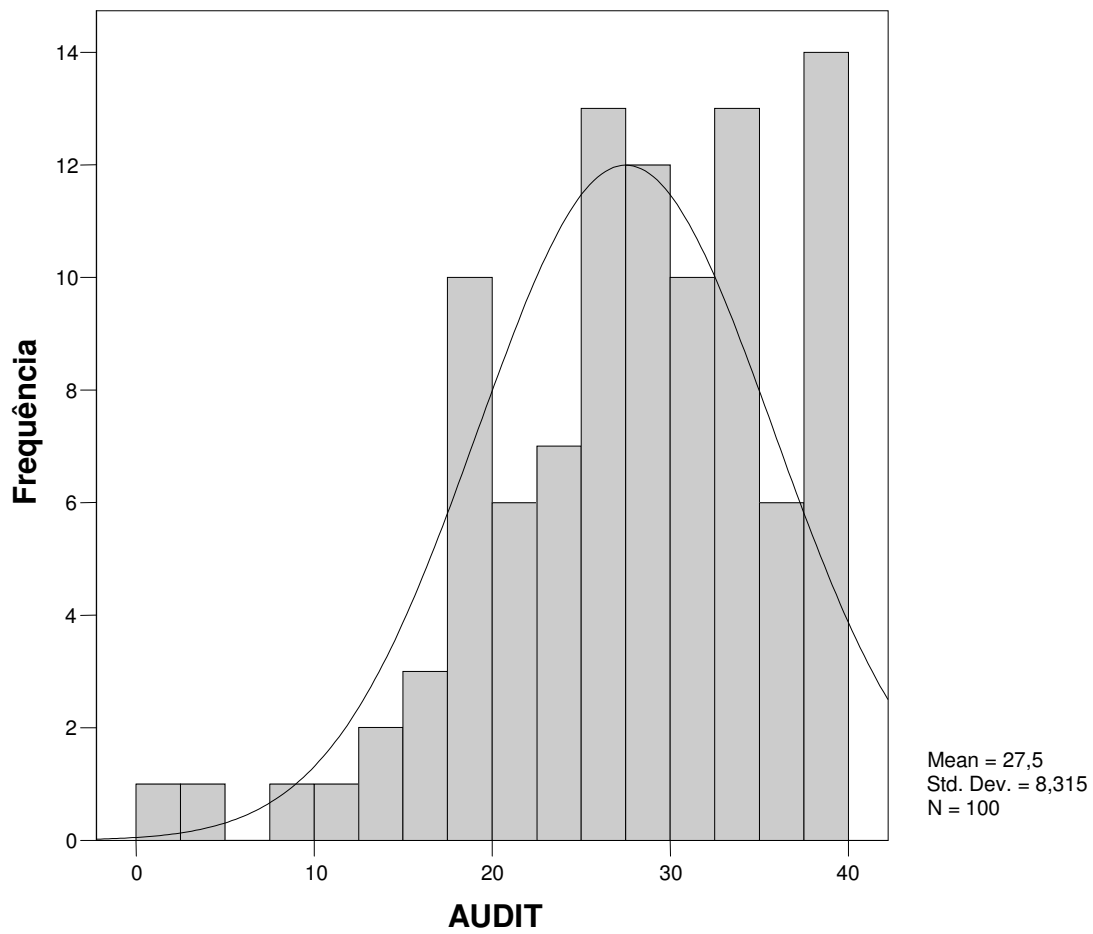


Figura 6. Distribuição de freqüências da pontuação do inventário de uso de álcool AUDIT dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

4.3. Padrões de Ansiedade

Com relação a pontuação dos participantes no BAI, nota-se que 23% da amostra apresentou uma pontuação característica de ansiedade grave, 14% ansiedade moderada, 24% ansiedade leve e 39% ansiedade mínima (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição de frequência dos quadros de ansiedade dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Quadro	Frequência	%	% Cumulativa
Ansiedade mínima	39	39,0	39,0
Ansiedade leve	24	24,0	63,0
Ansiedade moderada	14	14,0	77,0
Ansiedade grave	23	23,0	100,0

Observando a distribuição das frequências de pontuação no BAI dos participantes nota-se uma distribuição diferente da curva normal (Figura 7).

A média e a mediana de pontuação obtida no BAI foram de 17.1 pontos e 12,5 pontos respectivamente, o desvio padrão foi de 14.3 pontos. Observa-se que 50% da amostra esta concentrada entre aqueles que obtiveram uma pontuação de 6 a 25. A distribuição dos valores diferentes da normal no BAI foi comprovada através do teste Kolmogorov-Smirnov, $p=0,010$.

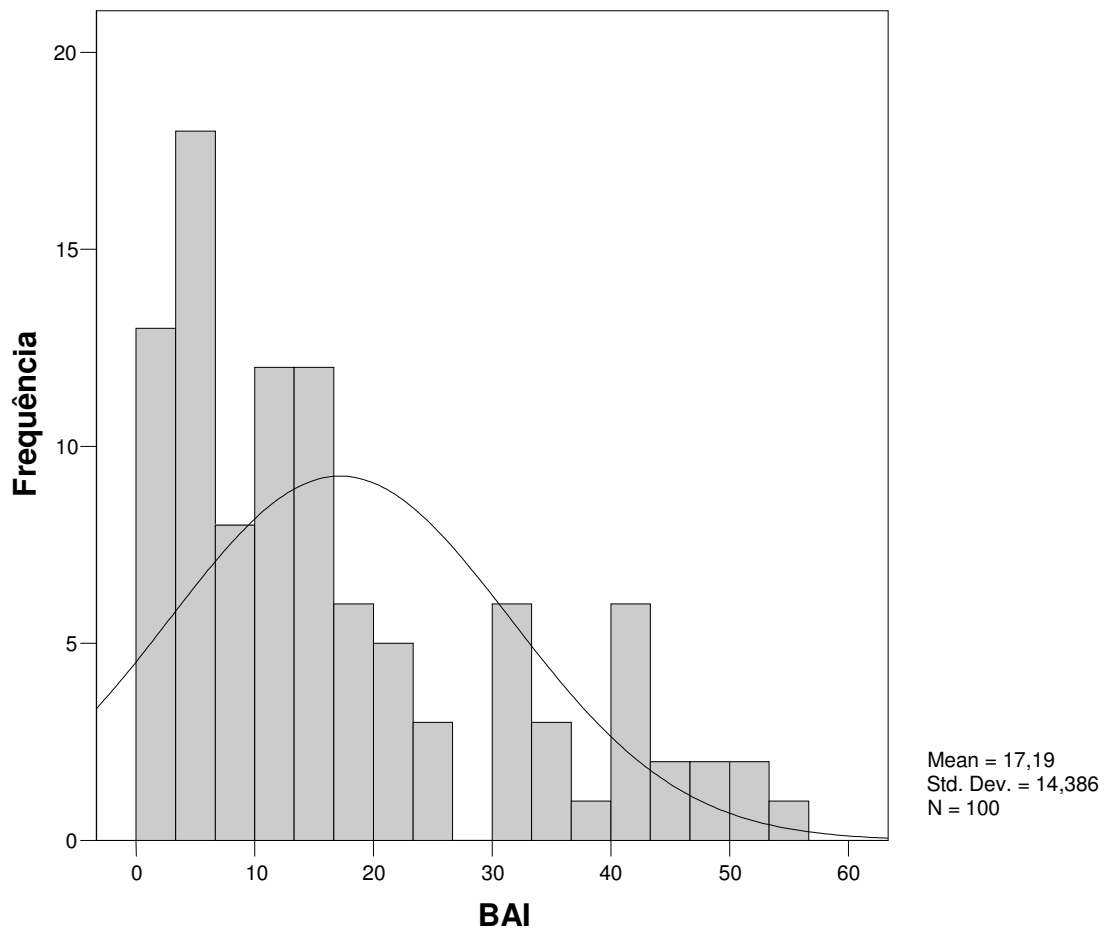


Figura 7. Distribuição de freqüências da pontuação do inventário de ansiedade BAI dos participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

4.4. Fobia Social, Ansiedade e Dependência de Álcool

Os níveis de ansiedade são mais diversos nos casos de dependência de álcool, onde o nível de ansiedade grave aparece representando 23% da amostra. Nos quadros de dependência de álcool, ansiedade grave e provável fobia encontram-se quatro participantes. No entanto, considerando a dependência de álcool e a provável fobia social 6% e 1% apresentam ansiedade mínima e leve respectivamente. Outros dois casos de provável fobia social têm ansiedade mínima e fazem uso de risco de álcool (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição de frequência dos quadros de ansiedade por uso de álcool em cada nível de fobia social.

Uso de Álcool	Ansiedade		Fobia Social			
			Improvável	Leve	Possível	Provável
Abstinência ou baixo risco	Mínima	N	2			
		%	100,0			
Uso de risco	Mínima	N	1			2
		%	33,3			66,7
	Leve	N	1	1		
		%	50,0	50,0		
	Moderada	N	1			
		%	100,0			
Uso nocivo	Mínima	N	2	5		
		%	28,6	71,4		
	Leve	N		1		
		%		100,0		
	Moderada	N		2	1	
		%		66,7	33,3	
Dependência	Mínima	N	7	7	7	6
		%	25,9	25,9	25,9	22,2
	Leve	N	7	5	8	1
		%	33,3	23,8	38,1	4,8
	Moderada	N	4	4	2	
		%	40,0	40,0	20,0	
	Grave	N	5	8	6	4
		%	21,7	34,8	26,1	17,4

Os participantes que obtiveram maiores escores no BAI, indicando uma ansiedade grave, pontuaram alto no AUDIT apresentando um quadro de dependência e uma fobia social leve (Figura 8).

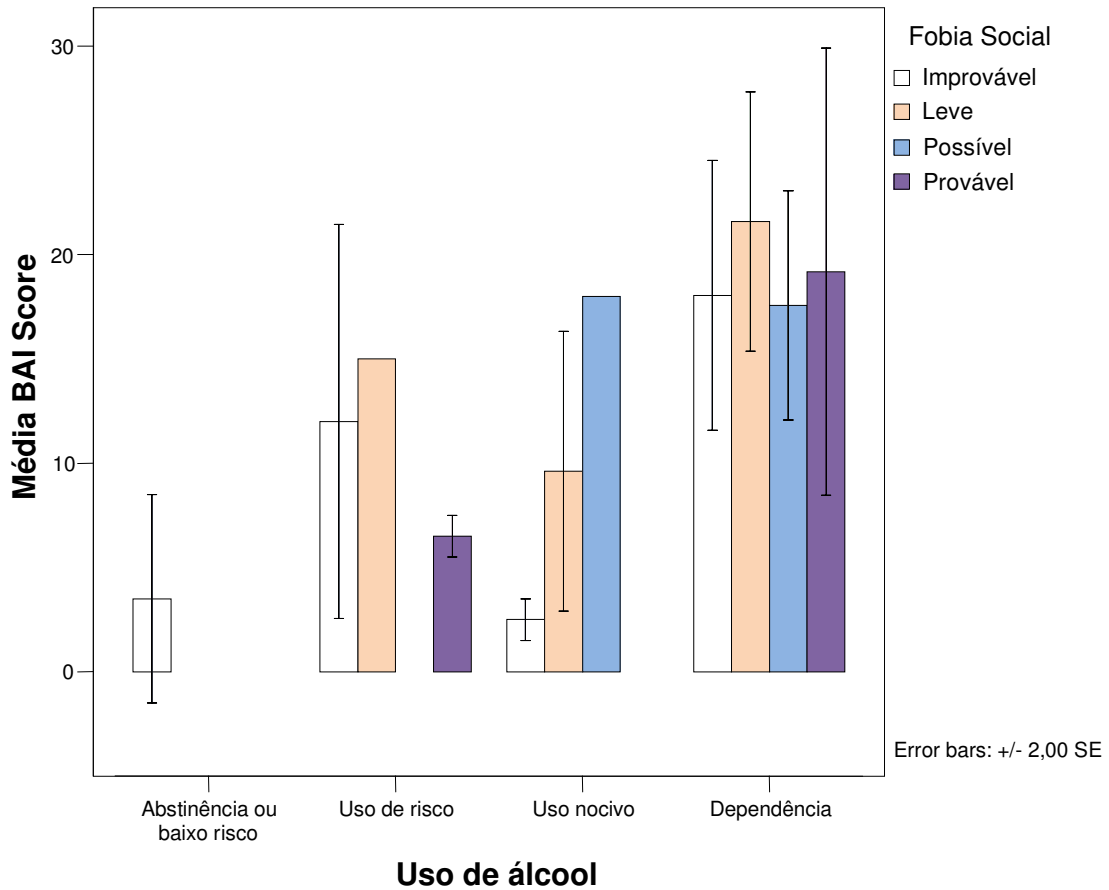


Figura 8. Comparação dos valores médios do BAI distribuídos de acordo com cada nível de fobia social dentre os níveis de Risco do AUDIT apresentados pela amostra no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Comparando par a par os resultados obtidos nos três inventários através do teste de correlação de Pearson, nota-se que o AUDIT correlaciona-se tanto com o BAI (0,544) como com o SPAI (0,210). No entanto, não há valores significativos de correlação entre SPAI e BAI (Tabela 8). A baixa correlação (0,111) entre SPAI e BAI indica ou uma incompatibilidade entre os inventários, ou uma dificuldade dos participantes em compreender as questões do instrumento ou ainda uma baixa ansiedade nos casos de fobia social, o que parece estranho pois, os fóbicos sociais apresentam um padrão de comportamento marcado pela ansiedade e pelo medo. A correlação entre AUDIT e SPAI e entre AUDIT e BAI podem ser observadas nos diagramas de dispersão (Figura 9 e 10).

Tabela 8. Teste de correlação de Pearson entre os escores dos inventários SPAI, AUDIT e BAI.

		SPAI	AUDIT	BAI
SPAI	Correlação de Pearson	1	0,210*	0,111
	Sig.(bicaudal)		0,036	0,271
	N	100	100	100
AUDIT	Correlação de Pearson	0,210*	1	0,544**
	Sig. (bicaudal)	0,036		0,000
	N	100	100	100
BAI	Correlação de Pearson	0,111	0,544**	1
	Sig. (bicaudal)	0,271	0,000	
	N	100	100	100

*Significativo a $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

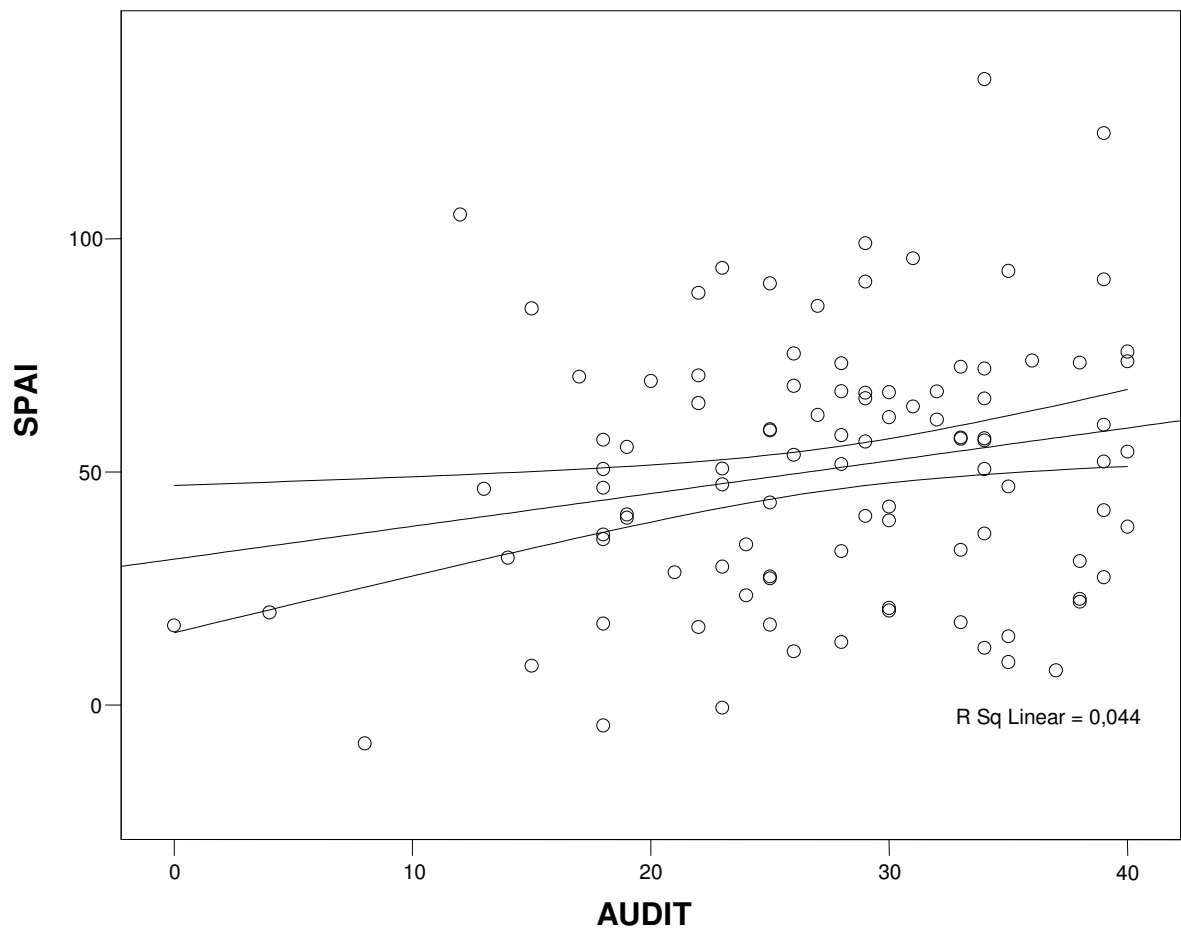


Figura 9. Diagrama de dispersão dos valores observados dos escores do AUDIT e do SPAI.

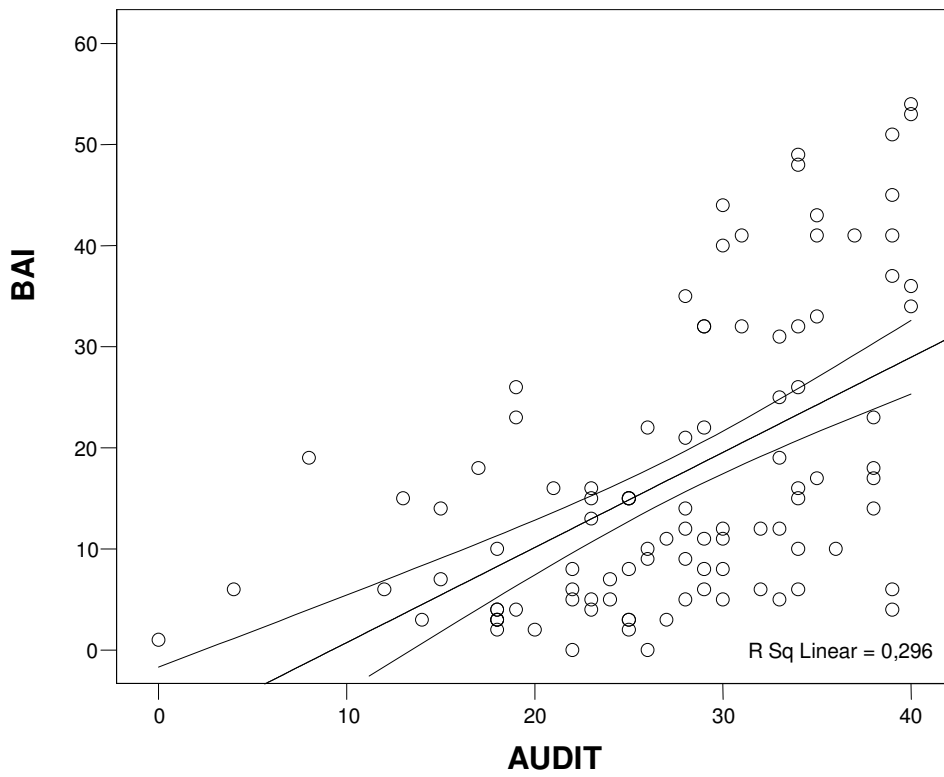


Figura 10. Diagrama de dispersão dos valores observados da Pontuação do AUDIT e do BAI.

A análise de regressão indicou associação entre os resultados obtidos no AUDIT com o SPAI e o BAI. Na associação entre AUDIT e SPAI tem-se que, cada 1 ponto no AUDIT indica um possível aumento de 0,703 pontos no SPAI, sendo p significativa $\leq 0,001$, resultado encontrado de $p=0,036$ (Tabela 9). Na associação entre AUDIT e BAI, cada 1 ponto no AUDIT indica um aumento de 0,941 pontos no BAI (Figura 11). Entretanto, a análise de regressão não indicou associação entre o SPAI e o BAI, resultado que corrobora o teste correlação de Pearson. Encontrou-se que para cada ponto no BAI ocorre uma variação de somente 0,215 ponto no SPAI, não havendo correlação significativa.

Tabela 9. Modelo de Regressão Linear entre escores do SPAI e AUDIT.

Modelo Linear $R^2 = 0,044$, $F(1,98) = 4,505$, $p < 0,05$.	Coeficientes		t	Sig.
	β	Erro Padrão		
Constante	31,275	9,512	3,288	0,001
AUDIT Score	0,703	0,331	2,123	0,036

Variável dependente: SPAI Score

Tabela 10. Modelo de Regressão Linear entre escores do BAI e AUDIT.

Modelo Linear $R^2 = 0,296$, $F(1,98) = 41,181$, $p < 0,01$.	Coeficientes		t	Sig.
	β	Erro Padrão		
Constante	-8,689	4,211	-2,063	0,042
AUDIT Score	0,941	0,147	6,417	0,000

Variável dependente: BAI Score

No diagrama de análise de correspondência múltipla observa-se, no quarto quadrante, uma aproximação dos pontos que indicam uma dependência de álcool, possível fobia social, ansiedade grave e ansiedade leve. Quanto mais próximos os pontos maior a associação das variáveis, sendo que a proximidade dos pontos de uma mesma variável indicam maior grau de similaridade. Interessante notar a associação entre que os casos de possível fobia social, ansiedade grave e dependência de álcool, que curiosamente associam-se aos casos de ansiedade leve (Figura 10).

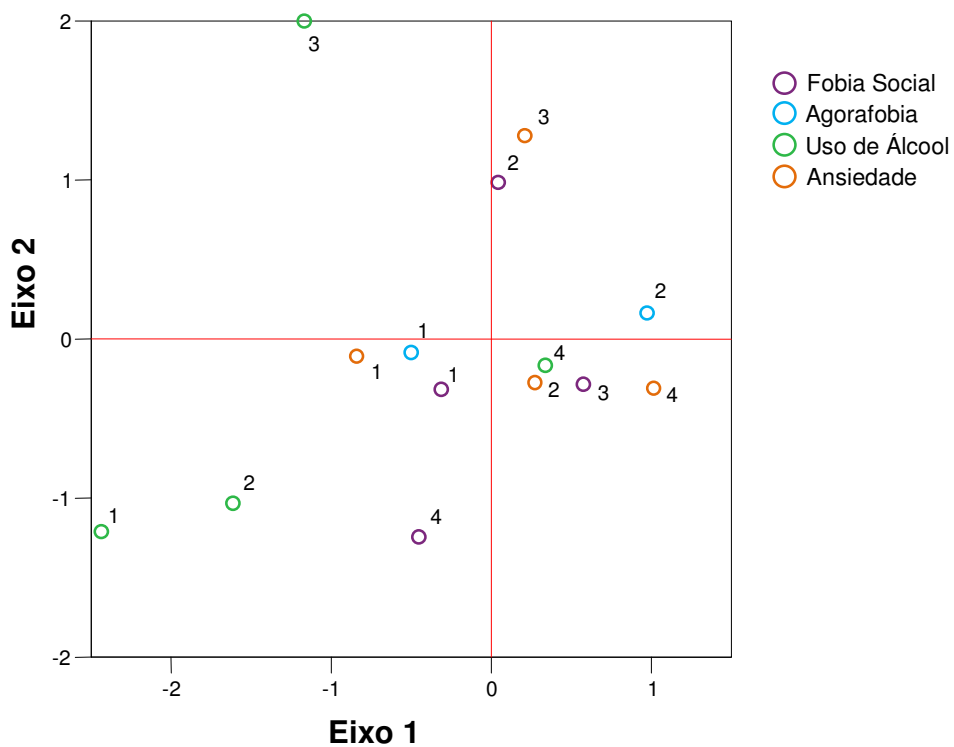


Figura 11. Diagrama da Análise de Correspondência Múltipla (ACM) mostrando a ordenação dos dois primeiros eixos de quatro variáveis categóricas e seus níveis, baseado na amostra de 100 indivíduos participantes, internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Na análise de correspondência o eixo 1, tem “maior poder explicativo” que o eixo 2, pois corresponde a 41,98% da variância explicada e o eixo 2 corresponde 35,30% da variância explicada (Tabela 11).

Tabela 11. Variância explicada pela Análise de Correspondência baseado na amostra de 100 participantes, internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

Eixo	Cronbach's Alpha	Variância explicada		
		Total (Autovalor)	Inércia	% da Variância
1	0,539	1,679	0,420	41,980
2	0,389	1,412	0,353	35,303
Total		3,091	0,773	
Média	0,471	1,546	0,386	38,641

Comparando o consumo de álcool, a ansiedade e a fobia social entre os participantes internados nas enfermarias particular e pública observa-se que os maiores escores de fobia social estão entre os entrevistados da enfermaria particular e significativamente diferente pelo teste da ANOVA, $p= 0,007$. No tocante ao escores obtidos no AUDIT, nota-se que as maiores médias foram encontradas entre os participantes da enfermaria pública (Figura 12).

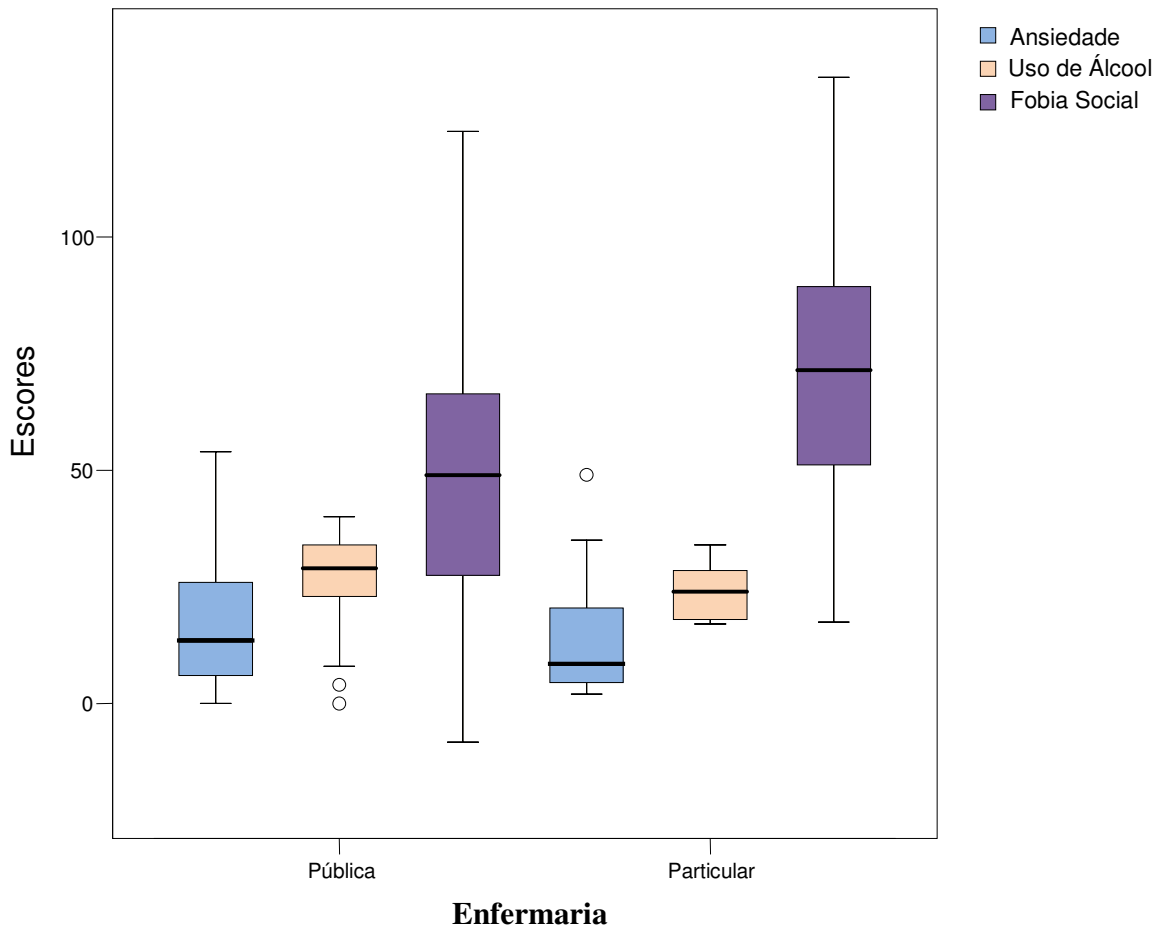


Figura 12. Diagrama Boxplot dos escores do SPAI, BAI e AUDIT por tipo de enfermaria da amostra de 100 participantes internados no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora, MG.

5. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados indicaram a associação entre fobia social e consumo de álcool, confirmando a hipótese do estudo e corroborando com dados encontrados na literatura (Buckner, 2009; Robinson, 2009; Buckner, 2008; Thomas, 2008; Ham, 2007; Stewart, 2006; Arch, 2006; Bakken, 2005). No entanto, não são percentualmente superiores à margem estimada de fóbicos sociais na sociedade (de 5% a 13%, de acordo com o DSM IV, 1994) já que, no total da amostra, 13% são fóbicos sociais.

Na amostra em questão, chama atenção a elevada percentagem de prováveis casos de agorafobia (34% da amostra) e que, de acordo com a análise de correspondência, encontram-se mais associados aos escores elevados do BAI. Considerando que a média do escore de agorafobia encontrado em estudo norte-americano foi de 17,3 (DP 11,9) em amostra de adolescentes sem ansiedade (Clark et al., 1994), a média encontrada na pesquisa em questão foi bem superior, 32 pontos (DP 16). Resultado que indica que a ansiedade parece estar mais associada às situações na qual ele se encontra sozinho em casa, ou em locais públicos cheios de gente, ou ainda em lugares fechados, bem como em filas muito longas.

Comparando-se os casos de provável fobia social com os resultados obtidos no BAI, tem-se que 61% dos casos de provável fobia social apresentam uma ansiedade mínima. Diante disto, levantamos algumas hipóteses com relação ao padrão evitativo, ao padrão de comportamento esquiva adotado pelo fóbico social que, de certo modo, “mascara” a ansiedade. Outra hipótese refere-se a um quadro de depressão que poderia estar associado à fobia social e, em sentido análogo, estaria “mascarando” a ansiedade. Além disto, pode-se pensar na sensibilidade do instrumento e se adequado a utilização junto com o SPAI.

Na pesquisa em questão, os resultados obtidos no BAI despertam o interesse para a compreensão dos mecanismos relacionados com a ansiedade, pois esperava-se encontrar um quadro de ansiedade moderado a grave em pacientes com provável fobia social. Entretanto, os resultados indicaram uma ansiedade mínima em mais da metade (61,5%) dos casos de provável fobia social.

Destaca-se a importância de estudos relacionados à forma de avaliação da ansiedade, como testes, escalas e inventários para a compreensão do transtorno de

ansiedade. Além disto, a investigação de aspectos gerais da saúde do paciente constitui-se como importante fonte de conhecimento para a formulação do quadro do paciente, como por exemplo, a alimentação, o padrão de sono, aspectos relacionados à depressão e comportamentos de interação social ou esquiva.

Outro fato a ser discutido diz respeito aos problemas relacionados ao uso de álcool que foram relativamente maiores entre os pacientes internados na enfermaria pública do que entre os pacientes internados na enfermaria particular. Já os problemas relacionados à fobia social foram relativamente maiores entre os pacientes internados na enfermaria particular do que entre os pacientes internados na enfermaria pública. Uma das hipóteses que poderiam ser levantadas a este respeito, é que o suporte familiar e as melhores condições sócio-econômicas dos pacientes internados na enfermaria particular, atuam de certo modo, fator de proteção para problemas relacionados ao uso de álcool.

6. DIÁRIO DE CAMPO PESQUISA REALIZADA NO HOSPITAL ANA NERY, JUIZ DE FORA - MG

O diário de campo auxiliou na pesquisa na medida em que possibilitou uma compreensão mais contextualizada da realidade do indivíduo, possibilitou compreender a história de vida de alguns pacientes, situações consideradas por eles como mais marcantes e mesmo decisivas para o processo de adoecimento. Algumas histórias surgiram mesmo durante a aplicação dos questionários, outras eram contadas ao final, quando o pesquisador abria um espaço para o paciente fazer o comentário que quisesse. De acordo com Lakatos (1996) a observação assistemática, onde o pesquisador procura recolher e registrar os fatos da realidade sem a utilização de meios técnicos especiais, ou seja, sem planejamento ou controle favorece a compreensão do objeto de pesquisa estudado. Transcrevo aqui somente algumas das histórias descritas, as mais marcantes, que se destacaram sejam por um arranjo familiar, ou por um acidente, ou ainda por uma manifestação de violência e agressão. Além disso, a primeira história descrita apesar das suas especificidades representa um “padrão”, uma história que de formas diferentes se repetia dentro do Hospital Ana Nery. Representa uma pessoa com poucos contatos sociais, vivendo em condições precárias de pobreza, sem

perspectivas de trabalho e socialmente excluída. Condições de vulnerabilidade, uso de drogas e dependência.

De acordo com Ayres (2006) a referência da vulnerabilidade surge de um intenso debate social, resultante da marcante experiência social que foi a eclosão da epidemia de AIDS. Essa epidemia mostrou muito claramente, pela urgência e pelo caráter de seus determinantes, as limitações dos saberes tradicionais da saúde pública isolados e a necessidade desses saberes mediadores. A vulnerabilidade aparece, então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não científicos, uma possibilidade de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas (Ayres, 2009).

Visita realizada 18-05-2010 (terça-feira)

Nas entrevistas realizadas hoje, uma em especial me chamou atenção foi de um senhor, 54 anos, pai de 3 filhos e divorciado, mas legalmente casado. O que me chamou atenção foi seu relato, comenta que foi “parar no HPS” porque fez uso abusivo de drogas durante uma semana, neste período usou crack, cocaína, maconha e álcool, sendo a primeira vez de uso do crack. Um de seus filhos faleceu em função do consumo de crack e o outro está preso por motivos de drogas e violência. No entanto, seu filho estava em liberdade concedida e na casa dele, segundo seu relato, foi seu filho quem lhe “aplicou” o crack. Passou aproximadamente 3 dias sem se alimentar, consumindo drogas e cachaça, sentiu muito mal sendo socorrido por sua irmã e sua filha, e comenta que não estava conseguindo andar.

Usuário de álcool há cerca de 30 anos, relata que a maior perda provocada por seu consumo abusivo de álcool foi a separação, “ter perdido minha esposa,... ela me deixou por causa do álcool”. Durante a entrevista recebeu a visita de sua sobrinha, trouxe algumas coisas que sua irmã enviou. Comenta que sua filha está grávida e ficou muito empolgado com a notícia de que ela conseguiu sua casa própria e também sua irmã havia conseguido comprar uma casa, esses eventos, segundo o entrevistado, o empolgaram muito levando a um consumo de drogas abusivo.

Mora sozinho e tem poucas relações interpessoais, dificuldades para responder o SPAI, teve dúvidas sobre o conceito de ansiedade, dificuldade para compreender a diferença na graduação de freqüente, para muito freqüente e sempre. Expliquei com calma, o conceito de ansiedade e também a escala proposta, ele demonstrou que compreendeu, prosseguimos a entrevista. Comenta que nunca foi preciso falar com uma platéia e também notei que tinha dificuldades de responder os itens sobre contato com autoridades, porque raras vezes comunicou-se com uma autoridade. Nota-se que para além de um quadro de ansiedade e fobia social existe a questão da exclusão social e da vulnerabilidade vivenciada por este senhor. Uma estrutura familiar invadida pela crack, marcada pela separação ainda não bem resolvida e um quadro de alcoolismo, morte, prisão, sujeito a margem. Uma pessoa em risco, vulnerabilidade, dificuldades estruturais de assumir outros papéis, dificuldades reais de ocupar outro papel.

Visita realizada 27-05-2010 (quinta-feira)

Homem, 39 anos, negro, magro e de estatura média, inicialmente fiquei assustada com seu modo de olhar. Entrei na sala e pedi para que se sentasse, sentei e expliquei a pesquisa, perguntei se ele gostaria de participar, ocorreu um silêncio ele parecia nervoso, agressivo. Neste momento, levantei e avisei que precisaria pegar mais um documento, sai da sala e falei com o enfermeiro a respeito. O enfermeiro sugeriu que esta entrevista fosse realizada com a porta aberta, assim ele e o monitor poderiam oferecer algum suporte caso fosse necessário.

Retornei para entrevista e deixei a porta aberta, expliquei novamente a pesquisa e perguntei ao paciente se ele gostaria de participar, ele aceitou participar e demos início à entrevista. Respondeu atentamente aos questionários. Comenta que foi internado, pois, “brigou com sua irmã”, “quando vi tava em cima dela, mordendo”.

No prontuário, constava como diagnóstico alcoolismo não indicando abuso de drogas. Na parte descritiva, anexa ao prontuário contava consumo de drogas. O paciente não relata uso de drogas. Demonstra agressividade e revolta, olhar perdido, alterações no humor, riso exagerado, fora de colocação.

O paciente comenta que, anteriormente, ficou internado oito meses no Hospital Ana Nery, e que “já viu de tudo ali dentro”. De acordo com ele, da última vez que esteve internado, carregou um defunto até uma pedra, no alto do Hospital, e jogou lá. Falou que o homem morreu com fome e com sede dentro do Hospital. Mostra-se revoltado com o modo como é tratado, “aqui nos somos tratados igual bicho”, “ficamos preso, não podemos dar nenhuma ligação pra família”..., “não tem sabonete para tomar banho...”, “a comida é ruim...”. Demonstro solidariedade às queixas do paciente.

A realidade do sistema de atendimento aos pacientes que são internados no Hosp. Ana Nery, encaminhados do HPS, fica aquém do que é idealizado como tratamento de reabilitação para esta demanda. Não existe uma equipe multidisciplinar para atendê-los, de modo, que todo o tratamento se resume no atendimento psiquiátrico e enfermeiros, monitores que medicalizam os pacientes.

Realidade que, em alguns casos, nem com elevadas doses de medicamentos, torna-se suportável pelo contrário, provoca revolta. Constatar a realidade, a maneira como os pacientes são atendidos, o modo de pensar destas pessoas, enxergar o que antes era tido como à margem ou mesmo o que não era visto, mas teorizado de forma “idealizada”, sem dúvidas traz contribuições, não só para a pesquisa de campo mas, também para a vida do pesquisador, provoca transformações, instiga, surgem novas dúvidas.

Visita realizada 19-08-2010 (quinta-feira)

O caso que será descrito, é de um homem de 41 anos, divorciado e pai de uma filha de 15 anos. No prontuário do paciente constava o diagnóstico de alcoolismo, no entanto, ao iniciar a entrevista foi possível notar algo diferente no comportamento do paciente que indicava um quadro mais complexo.

O paciente conta que sua mãe morreu quando ele tinha 8 anos de idade e, logo após o falecimento da mãe, seu pai arrumou outra mulher e passou a “distribuir” os filhos. Seus sete irmãos foram doados, ele e outro irmão, foram jogados na rua, como não havia para quem doar seu pai colocou-os na rua, em função disto guarda uma mágoa muito grande do pai e comenta que nunca irá conseguir perdoá-lo.

A vida do paciente seguiu com muitas dificuldades, em função do alcoolismo e de um acidente ocorrido por estar embriagado, sofreu traumatismo craniano e ficou em coma alcoólico por alguns dias. Conheceu uma mulher com a qual se casou e teve uma filha que atualmente encontra-se com 15 anos. Separaram-se quando sua filha ainda era pequena, mas sempre manteve contato com ela. Demonstra certa adoração pela filha que beira o incesto.

De acordo com o paciente, há cerca de uns cinco anos começou a ouvir umas vozes que o avisam que seu corpo estava cheio de “encosto”, aterrorizado saiu de casa e passou semanas dormindo em terrenos baldios. As vozes diziam que se ele encontrasse uma criança o encosto passava para criança, passou a ter medo de crianças, pois se o encosto fosse para a criança ele não saberia como retirar. Nestes terrenos baldios haviam cachorros enormes que queriam come-lo, mas não comiam.

Depois de semanas dormindo em terrenos baldios, o paciente resolve ir para Rio Pomba, na casa de um parente que tem um sítio lá, pois acredita que uma cidade menor iria ser melhor pra ele. Foi então que na estrada, a pé, a caminho de Rio Pomba, começou a ver uma luz, um ponto de luz. Continuou em direção a Rio Pomba, na estrada torcia para que o dia amanhecesse, sentia-se aterrorizado, sentia fome e alimentava-se de goiabas ou qualquer outra coisa que encontrasse na estrada.

Chegou a Rio Pomba e passou alguns dias na casa dos seus parentes, mas não sabe por que resolveu voltar. No caminho de volta, ocorreu algo estranho com ele e ele me pede resposta para esta situação. De acordo com o paciente, de meia em meia hora vinha um holofote e iluminava todo seu corpo, iluminando também o chão ao seu redor. E ele me pergunta: “O que é isto?”, eu retorno a pergunta para ele, e ele responde que acredita ser Deus. Curioso notar, como suas alucinações estão revestidas por uma explicação religiosa, comenta que as vozes são uma espécie de “polícia espiritual” e que ele já esteve em todos os planos espirituais, “já fui no primeiro plano espiritual, já fui no segundo plano, no terceiro pano e já fui no Inferno, lá serraram meu corpo em muitos pedacinhos e um dos pedaços iam fazer a cura pra AIDS. No inferno tinha uma boate espiritual, onde sorteavam com quem eu deveria ter relação sexual e sortearam a minha filha.” Nota-se neste momento um misto de horror e satisfação do paciente em ter relações sexuais com a filha.

O paciente comenta ainda que: “minha mente me leva a lugares perigosos”, ao tecer este comentário o paciente acrescenta que percebe quando está pensando coisas ruins e busca pensamentos alternativos e idéias positivas. Exemplifica esta questão, com pensamento que estava “embrulhando balas de metralhadora” e de repente, se questionou porque pensar em armas e resolveu pensar que estava “embrulhando balas de chupar”.

Com relação aos instrumentos de pesquisa, o paciente respondeu o BAI e o AUDIT, não apresentou compreensão suficiente para responder o SPAI, divagou muito em cada questão e não se ateve na escala. De acordo com as respostas dadas no BAI, o paciente apresentou uma ansiedade leve. As respostas do paciente no AUDIT indicaram alcoolismo.

Segundo o paciente, quando ele começou a ouvir as vozes fazia aproximadamente três anos que estava sem beber. No entanto, quando ele bebe as vozes ficam mais frequentes. Poderíamos pensar em um quadro de alucinação auditiva por uso de substância, no entanto mesmo estando sem beber, como é o caso atualmente (pois, se encontra internado no Hospital Ana Nery), as alucinações auditivas tem ocorrido. Deste modo, a história do paciente nos leva a pensar em um quadro de psicose que se agrava em função do alcoolismo.

7. REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Arch M., Craske M., Stein C., Sherbourne P., Roy-Byrne (2006). Correlates of alcohol use among anxious and depressed primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 28(1) 37-42.

Ayres, J. R. C. M. et al. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 375-418.

Ayres, J. M. C. M. (2009) Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.*, 18, (2), 11-23.

- Babor T.F. (2002). Linking Science to Policy. The Role of International Collaborative Research. *Alcohol Research & Health*, 26(1), 66-74.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. (2001). AUDIT: The Alcohol use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: WHO.
- Bakken, K.; Landheim, A. S. and Vaglum, P. (2005). Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: Occurrence and clinical differences. A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway. *Drug and Alcohol Dependence*, 80, p. 321–328.
- Barlow, D.H. (1999). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Barros Neto T.P. (1998) Fobia social. In: ITO L.M. *Terapia Cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos* (Vol.5, pp.67-73). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory - manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
- Bertolote, J. M. (trad.,2010) *Glossário de álcool e drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Bittencourt, S.A. (2004). Dependência do Álcool e Fobia Social: um estudo de Associações. *Dissertação de mestrado*, Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio grande do Sul.
- Book, S.W. & Randall, C.L. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research and Health*. 26(2),130-135.
- Buckner, J.D, & Turner, R. J. (2009). Social anxiety disorder as a risk factor for alcohol use disorders: A prospective examination of parental and peer influences. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 128-137.

- Buckner, J.D., Timpano, K.R., Zvolensky, M.J., Sachs-Ericsson, N., & Schmidt, N.B. (2008). Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 1028-1037.
- Burns, L. & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and well being. *Drug alcohol dependent*, 68, 299-307.
- Carrigan, M. & Randall, C. (2003). Self-medication in social phobia: A review literature. *Addictive Behaviors*, 28, 269-284.
- Cataldo Neto, A.; Annes, S.; Becker, V. (2003). *História da Psiquiatria*. In: Cataldo Neto, A., Gauer, G.C., Furtado, N.R. *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Cavalcante, A. P. S. (2006). A emergência da categoria "fobia social" no contexto da rebiologização. *Dissertação de mestrado*, Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford.
- Clark, D. M.; Turner, S. M.; Beidel, D. C.; Donovan, J. E.; Kiriscia L. and Jacob, R. G. (1994). Reliability and Validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Adolescents. *Psycho asses.* 6 (2) 135- 40.
- Crum, R.M. & Pratt, L.A. (2001). Drinking and Alcohol Use Disorders in Social Phobia: A Prospective Analysis. *American Journal Psychiatry*, 158, 1693-1700.
- Corradi-Webster C.M., Minto E.C., Aquino F.M.C., Abade F., Yosetake L.L., Gorayeb R., Laprega M.R., Furtado E.F. (2005). Capacitação de profissionais de Programa de Saúde da Família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 01(01) art. 3 (edição on-line).
- Cunha, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

- JA Cunha, J. A. (2001) Manual da versão em português das Escalas Beck - Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Den Boer, J.A. (1997). Social phobia: epidemiology, recognition, and treatment. *British Medical Journal*, Sept 27, 315 (5), 796-7111.
- Faustino, A. F. (2005). Alterações na Imunidade Inespecífica Subsequentes à Indução de Estresse Agudo em indivíduos com Fobia Social e pessoas sem patologias psiquiátricas. *Tese de doutorado*, Farmacologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Falcone, E. M. O. Fobia Social. (1995) In: Rangé, B. (ed.): *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos*. Editorial Psy, Campinas.
- Federoff, I.C. & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Freud, S. (1996). *As neuropsicoses de defesa*. Vol. 3. In Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894).
- Freud, S. (1996). *Duas Histórias Clínicas* (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”, v. X. In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909)
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease*, 23, 455 -468.
- Fiske, U. & Chambless, D.L. (1995). Cognitive Behavioral versus exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Flichman, A ; Ubicacion Nosologica del Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Anxia*. N4, p.3-5, 2001.
- Grant, B.F.; Hansin.D.S.; Stinson, F.S. (2005). Co-ocurrence of 12-month and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Reserch*, 39, 1-9.

- Goldberg, D. & Goodyer, I. (2005). *The origins and course of common mental disorders*. London: Routledge.
- Gunfirkel, A. C. (2001) *Fobia*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York, NY: Guilford Press.
- Ham, L., Bonin, M., & Hope, D. (2007). The role of drinking motives in social anxiety and alcohol use. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 991 – 1003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Consumo de álcool. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/consumoalcool.pdf>
- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la antigua Grecia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(3), 163-175.
- Kessler R.C., Stang P., Wittchen H.U., Stein M., Walters E.E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 29(3), 555-67.
- Kessler, R.C., Gruber, M., Hettema, J.M., Hwang, I., Sampson, N., Yonkers, K.A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 38(3), 365- 374.
- Knijnik, D.Z.; Kruter, B; Cordioli, A.V. & Kapczinski, F. (2005). *Tratamento Farmacológico na fobia social: diretrizes e algoritmo*. Porto Alegre, Artmed.
- Kushner, M.G.; Sher K. J. & Erickson, D. J. (1999). Prospective Analysis of the relation between DSM-III Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders. *American Journal Psychiatry*, 156, 723-732.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A.. *Técnicas de pesquisa*. 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

- Marques, A. (2001). O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, 3, 73-86.
- Marques A.C.P.R. & Furtado E.F. (2004). Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 28-32.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Matos, E.V.; Matos, T. M. & Matos, G. M. G. (2005) A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 312-318.
- Morris, E.P.; Stewart, S.H. & Ham, L.S. (2005). The relationship between social anxiety disorder and alcohol use disorders: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 25, 734-760.
- Milner, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Nardi, A.E. (2000). *Transtorno de ansiedade social: fobia social – a timidez patológica*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Pardo, A. & Ruiz, M. (2002). *SPSS 11: guia para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill;
- Pereira, A. L. S. (2005) *Construção de um Protocolo de Tratamento para o Transtorno de Ansiedade Generalizada*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Perugi, G.; Frare, F.; Madaro, D.; Maremmani, I. & Akiskal, H.S. (2002). Alcohol abuse in social phobic patients: is there a bipolar connection? *Journal of Affective Disorders*, 68, 33-39.
- Picon P, Gauer GJ, Fachel JMG, Manfro GG. (2005) Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Rev Psiquiatr RS*. 27(1):40-50.

- Robinson, J.; Sareen, J.; Cox, B. J. and Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Ronzani, T. (2008). Padrão de uso de álcool entre pacientes da Atenção Primária à Saúde: Estudo Comparativo. *Revista de APS*, 11(2).
- Room R. (2006). Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction*, 101 (1), 31–39.
- Room R., Babor T.F., Rehm J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365, 519–30.
- Terra, M.B. (2005). Fobia Social e Alcoolismo: um estudo da comorbidade. *Tese de doutorado*. São Paulo: UNIFESP
- Terra, M.B.; Figueira, I.; Barros, H.M.T. (2004). Impact of alcohol intoxication and withdrawal syndrome on social phobia and panic disorder in alcoholic in patients. *Revista do Hospital das Clínicas*, São Paulo, 59(4), 187-192.
- Thomas, S.E; Thevos, A.K. & Randall, C.L. (1999). Alcoholics with and without Social Phobia: A Comparison of Substance Use and Psychiatric Variables. *Journal of Studies on Alcohol*, July v.60 i4 p.472.
- Thomas S.E., Randall P.K., Book S.W., Randall C.L. (2008). A complex relationship between co-occurring social anxiety and alcohol use disorders: What effect does treating social anxiety have on drinking? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 32(1): 77-84.
- Schadé, A.; Marquenie, A.L.; Balkom, A.J.L.M.; et. al. (2004). Alcohol-dependent patients with comorbid phobic disorders: a comparison between comorbid patients, pure alcohol-dependent and pure phobic patients. *Alcohol & Alcoholism*, 39 (3), 241-246.
- Silva, C. S. M. (1994). Fobia Social: um estudo da Comorbidade. *Tese de doutorado*, Departamento Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- Stewart, S. H., Morris, E., Mellings, T., & Komar, J. (2006). Relations of social anxiety variables to drinking motives, drinking quantity and frequency, and alcohol-related problems in undergraduates. *Journal of Mental Health*, 15(6), 671-682.
- Skog O-J. (1985) The collectivity of drinking cultures. A theory of the distribution of alcohol consumption. *Brit J Addict*, 80, 83–99.
- Wesphael, C. (1871) *Die Agoraphobie, eine neuropathische Erscheinung*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Berlin, 72 (3), 138-161.

8. ANEXOS

Inventários que serão no projeto de pesquisa:

S P A I

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE E FOBIA SOCIAL

SAMUEL M. TURNER, PH.D.
CONSTANCE V. DANCU, PH.D.
DEBORAH C. BEIDEL, PH.D.

**Translated by Patrícia Picon, MD. MS. & Gabriel Gauer, MD. PhD. (FINAL
VERSION)**

POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE:

INSTRUÇÕES: Nas próximas páginas há uma lista de comportamentos que podem ou não ser relevantes para você. Baseado(a) na sua experiência pessoal indique com que frequência você experimenta estes sentimentos e pensamentos em situações sociais. Uma situação social é o encontro de duas ou mais pessoas (ex. um encontro; uma palestra; uma festa; bares ou restaurantes; conversas com uma pessoa ou grupo de pessoas). *Sentir-se ansioso é uma medida de quão tenso, nervoso, ou desconfortável você fica durante encontros sociais.*

MHS Copyright © 1996, Multi-Health System Inc. All rights reserved.

SPAI - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE E FOBIA SOCIAL

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M ____
 F ____
 Data: ____/____/____

Por favor, utilize a escala listada abaixo e circule o número que melhor reflete com que frequência você experimenta as seguintes reações.

Nunca	Muito Raramente	Raramente	Às Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
0	1	2	3	4	5	6

1. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em situações sociais onde exista um pequeno grupo..... 0 1 2 3 4 5 6
2. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em situações sociais onde exista um grande grupo 0 1 2 3 4 5 6
3. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em uma situação social da qual eu me torno o centro das atenções..... 0 1 2 3 4 5 6
4. Eu me sinto ansioso (a) quando eu estou em uma situação social e tenho que participar de alguma atividade..... 0 1 2 3 4 5 6
5. Eu me sinto ansioso (a) quando tenho que falar para uma platéia..... 0 1 2 3 4 5 6
6. Eu me sinto ansioso (a) quando estou falando em uma pequena reunião informal..... 0 1 2 3 4 5 6
7. Eu me sinto tão ansioso (a) quando tenho que participar de reuniões sociais que eu evito essas situações 0 1 2 3 4 5 6
8. Eu me sinto tão ansioso (a) em situações sociais que eu vou embora de reuniões sociais 0 1 2 3 4 5 6
9. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em pequenas reuniões com:
 - Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
 - Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6
 - Sexo oposto 0 1 2 3 4 5 6
 - Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6
10. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em grandes reuniões com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

11. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em um bar ou restaurante com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

12. Eu me sinto ansioso (a) e não sei o que fazer quando estou em uma situação nova com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

13. Eu me sinto ansioso (a) e não sei o que fazer quando estou em uma situação que envolva confronto com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

14. Eu me sinto ansioso (a) e não sei o que fazer quando estou em uma situação embaraçosa com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

15. Eu me sinto ansioso (a) quando discuto sentimentos íntimos com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

16. Eu me sinto ansioso (a) quando dou uma opinião para:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

17. Eu me sinto ansioso (a) quando falo de negócios com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6
Figuras de autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6
Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

18. Eu me sinto ansioso (a) quando me aproximo e/ ou inicio uma conversa com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6

Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

19. Eu me sinto ansioso (a) quando tenho que interagir por mais do que alguns minutos com:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6

Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

20. Eu me sinto ansioso (a) quando bebendo (qualquer tipo de bebida) e/ou comendo na frente de:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6

Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

21. Eu me sinto ansioso (a) quando escrevendo ou datilografando em frente de:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6

Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

22. Eu me sinto ansioso (a) quando falando em frente de:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6

Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

23. Eu me sinto ansioso (a) quando sou criticado ou rejeitado por:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras autoridade..... 0 1 2 3 4 5 6

Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

24. Eu tento evitar situações onde existam:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6

Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6

Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6

25. Eu saio de situações sociais onde existam:

Estranhos..... 0 1 2 3 4 5 6

Figuras de autoridade 0 1 2 3 4 5 6

- Sexo oposto..... 0 1 2 3 4 5 6
Pessoas em geral 0 1 2 3 4 5 6
26. Antes de entrar em uma situação social eu penso sobre todas as coisas que podem dar errado.
Os tipos de pensamentos que eu tenho são:
Eu estarei vestido (a) apropriadamente?..... 0 1 2 3 4 5 6
Eu provavelmente cometerei um erro e parecerei tolo (a) 0 1 2 3 4 5 6
O que eu farei se ninguém falar comigo? 0 1 2 3 4 5 6
Se houver um silêncio na conversa, o que eu posso falar? 0 1 2 3 4 5 6
As pessoas notarão o quão ansioso (a) eu estou 0 1 2 3 4 5 6
27. Eu me sinto ansioso (a) antes de entrar em uma situação social 0 1 2 3 4 5 6
28. Minha voz some ou muda quando eu estou falando em
uma situação social 0 1 2 3 4 5 6
29. Eu não vou falar com as pessoas até que elas falem comigo..... 0 1 2 3 4 5 6
30. Eu tenho pensamentos perturbadores quando eu estou em uma reunião social. Por exemplo:
Eu gostaria de poder sair e evitar toda a situação 0 1 2 3 4 5 6
Se eu errar novamente eu vou realmente perder a minha confiança..... 0 1 2 3 4 5 6
Que tipo de impressão eu estou dando? 0 1 2 3 4 5 6
O que quer que eu diga provavelmente irá soar estúpido 0 1 2 3 4 5 6
31. Eu experiencio o seguinte antes de entrar em uma situação social:
Sudorese..... 0 1 2 3 4 5 6
Desejo freqüente de urinar 0 1 2 3 4 5 6
Palpitações no coração 0 1 2 3 4 5 6
32. Eu experiencio o seguinte em uma situação social:
Sudorese..... 0 1 2 3 4 5 6
Rubor..... 0 1 2 3 4 5 6
Tremores 0 1 2 3 4 5 6
Desejo freqüente de urinar 0 1 2 3 4 5 6
Palpitações no coração 0 1 2 3 4 5 6
33. Eu me sinto ansioso (a) quando estou sozinho (a) em casa 0 1 2 3 4 5 6
34. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em um lugar estranho 0 1 2 3 4 5 6
35. Eu me sinto ansioso (a) quando eu estou dentro de qualquer
meio de transporte público (ônibus, trem, avião) 0 1 2 3 4 5 6
36. Eu me sinto ansioso (a) quando atravesso ruas..... 0 1 2 3 4 5 6
37. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em lugares públicos cheios de gente
(lojas, igrejas, cinemas, restaurantes, etc.) 0 1 2 3 4 5 6

38. Estar em lugares grandes e abertos me deixa ansioso (a) 0 1 2 3 4 5 6
39. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em lugares fechados
(elevadores, túneis, etc.) 0 1 2 3 4 5 6
40. Estar em lugares altos me deixa ansioso (a) (prédios altos) 0 1 2 3 4 5 6
41. Eu me sinto ansioso (a) quando estou em uma fila muito longa 0 1 2 3 4 5 6
42. Há momentos em que eu sinto que preciso me segurar em algo por medo
de que eu possa cair 0 1 2 3 4 5 6
43. Quando eu saio de casa e vou a vários lugares,
eu vou com um familiar ou amigo 0 1 2 3 4 5 6
44. Eu me sinto ansioso (a) quando estou dirigindo um carro..... 0 1 2 3 4 5 6
45. Há certos lugares que eu não vou porque posso me sentir preso (a) 0 1 2 3 4 5 6



Data: _____

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

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

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

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

**TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL:
ENTREVISTA**

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”. Explique o que você quer dizer com **“Consumo de álcool”**, usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas nos termos de “doses-padrão”. Marque o número da resposta na caixa à direita.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes ao ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais <input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você consome seis ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todas os dias <input type="checkbox"/></p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não no ano passado (4) Sim, no ano passado <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (2) Sim, mas não no ano passado (4) Sim, no ano passado <input type="checkbox"/></p>
<p>Anote aqui o resultado <input type="checkbox"/></p> <p>Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE FOBIA SOCIAL E DO ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE DE JUIZ DE FORA- MG”

Informações ao participante:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo verificar sintomas de ansiedade social e consumo de álcool.

1. Você responderá a três questionários. O primeiro será em relação a ansiedade, onde você irá identificar quais os sintomas que você apresenta ou apresentou. O segundo diz respeito a ansiedade social onde você irá classificar os sintomas ali descritos. O terceiro você irá responder sobre o seu consumo referente ao álcool.
2. Você poderá se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento você poderá recusar a responder qualquer pergunta, ou questão, que porventura lhe causar algum constrangimento.
3. A sua participação como voluntário não trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V. SA.
4. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometer-lo.
5. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
6. Os riscos são mínimos e salienta-se que a pesquisa poderá contribuir não só em intervenções para ambos os transtornos – transtorno ansioso e transtorno de abuso de álcool – mas especialmente na prevenção do abuso de álcool em pessoas com fobia social.
7. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Dr. Lélío Moura Lourenço

Eletrônico: leliomlourengo@yahoo.com.br

Telefônico: (32) 3229-3117



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 180/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2109.169.2010 **FR:** 345607 **CAAE:** 2425.0.000.180-10

Projeto de Pesquisa: "O Estudo da associação entre Fobia Social e do Abuso/Dependência de Alcool no âmbito da Atenção terciária à Saúde"

Área Temática e Fase de Desenvolvimento: Grupo III

Pesquisador Responsável: Prof. Lélío Moura Lourenço

Pesquisadores Participantes: Daniel Alexandre Gouvêa Gomes; Débora Pereira Paiva; Sabrina Maura Pereira.

Instituição: Instituto de Ciências Humanas/Psicologia

Sumário/comentários

- Justificativa: objeto bem delimitado, tema relevante para a área. Considerando a Atenção Terciária à Saúde um campo importante para estudos de associação, principalmente porque a demanda a ser estudada são pacientes que estão internados em decorrência de problemas ao consumo de álcool, com este projeto pretende-se investigar a hipótese de associação entre alcoolismo e fobia social. Espera-se, com estes resultados, obter-se uma maior compreensão da fobia social e de suas implicações na vida dos sujeitos, principalmente no tocante ao consumo de álcool, e ainda pretende-se contribuir para uma maior compreensão do curso da fobia social e do abuso/dependência de álcool, podendo apontar formas mais adequadas de tratamento e de prevenção destas patologias.

- Objetivo geral: investigar a existência ou não de um provável quadro de fobia social entre pacientes internados em um Hospital de parceria pública na cidade de Juiz de Fora – MG, em função de problemas decorrentes do consumo de álcool. Objetivos específicos: 1) Verificar prevalência de sintomas ansiosos nos sujeitos; 2) Verificar o nível de sintomas fóbicos sociais dos sujeitos; 3) Identificar pacientes com padrões de consumo de álcool nocivo e prováveis dependentes; 4) Analisar se o nível de consumo de álcool tem relação com o nível da fobia social.

- Metodologia: A população alvo se constituirá de sujeitos, maiores de 18 anos, que estão internados em decorrência de problemas relacionados ao consumo de álcool no Hospital Ana Nery, Juiz de Fora/MG. Serão entrevistados 100 participantes. O presente projeto em sua primeira versão obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Tal aprovação permite que a aplicação dos questionários seja realizada individualmente e/ou coletivamente, de acordo com a disponibilidade dos indivíduos, após breve explicação dos objetivos do trabalho. Não será obrigatório o preenchimento do questionário, tendo tais indivíduos a liberdade de devolvê-lo em branco. Da primeira versão do projeto para a versão atual foram modificadas a extensão da amostra e o local de coleta de dados. Após a aplicação dos questionários haverá a computação e análise estatística dos dados, utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Science). Será realizada também uma revisão sistemática de todos os artigos publicados na área, disponíveis em base de dados internacionais e nacionais como: CAPES, PsigWeb, Scielo, Psichinfo, Psiquiatryonline, British Medical Journal e consultas ao acervo da Universidade Federal de Juiz de Fora. Serão utilizados três questionários fechados, de auto-preenchimento, já validados, a saber: 1) Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) desenvolvido por Turner, Beidel e Dancu em 1989 e validado para o português em 2006 por Patrícia Picon. O SPAI é um inventário de auto-relato utilizado para o rastreamento de casos de provável fobia social, quantificação de gravidade de sintomas e avaliação da eficácia terapêutica; 2) Inventário de Ansiedade de Beck, cujo objetivo é avaliar a presença de sintomas ansiosos; 3) Audit (Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Alcool) que verifica os níveis de consumo de álcool de uma pessoa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

- O embasamento teórico apresentado sustenta o objetivo do estudo, com referências atualizadas sobre o assunto.
- Características da população a ser estudada: A população alvo se constituirá de 100 sujeitos, maiores de 18 anos, que estão internados na 3ª e 10ª enfermarias do Hospital Ana Nery em decorrência de problemas relacionados ao consumo de álcool. Foi apresentado declaração de infra-estrutura e autorização da pesquisa pela psicóloga Carla Mara Mendes, chefe-responsável pelas duas enfermarias aonde serão realizadas a pesquisa.
- Instrumento de coleta de dados: Os dados serão coletados através de três questionários fechados, de auto-preenchimento, já validados, a saber: 1) Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) desenvolvido por Turner, Beidel e Dancu em 1989 e validado para o português em 2006 por Patrícia Picon. O SPAI é um inventário de auto-relato utilizado para o rastreamento de casos de provável fobia social, quantificação de gravidade de sintomas e avaliação da eficácia terapêutica; 2) Inventário de Ansiedade de Beck, cujo objetivo é avaliar a presença de sintomas ansiosos; 3) Audit (Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool) que verifica os níveis de consumo de álcool de uma pessoa. Foram apresentados os questionários de coleta de dados, que encontram-se anexo ao projeto.
- O orçamento será de responsabilidade dos pesquisadores.
- O cronograma inicia em julho de 2010 e finalizando em dezembro de 2010, sendo que a aplicação da metodologia só inicia após a aprovação pelo CEP/UFJF.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito, com descrição suficiente dos procedimentos a serem adotados para realização da pesquisa e a explicitação de riscos e desconfortos esperados, ressarcimento de despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa e a forma do sujeito fazer contato com o pesquisador informando que está de acordo com a Res. 196/96 do CNS. Menciona ainda que os questionários de coleta de dados ficarão arquivados aos cuidados do pesquisador por 5 anos, contados a partir do término da pesquisa.
- Qualificação do pesquisador responsável é compatível com o projeto de pesquisa.
- Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela **aprovação** do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado.
Juiz de Fora, 19 de agosto de 2010

Prof. Dra. Iêda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2010

ASS: _____



Solicitação de Desenvolvimento da Pesquisa

Título da pesquisa: "O Estudo da Comorbidade entre Fobia Social e o Abuso/Dependência de Álcool".

Orientador responsável: Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço

Outros autores: Psic. Débora Pereira Paiva

Colaboradores: Sabrina Maura Pereira

Daniel Alexandre Gouveia Gomes

Tipo de trabalho: Dissertação de Mestrado

Objetivo principal do trabalho: Observar padrões de consumo de álcool, padrões de ansiedade e possíveis sintomas de fobia social.

Área principal: Psicologia

Inserção acadêmica: sim

Recursos / Modalidade: Financiamento com recursos próprios

Data prevista para início: Janeiro/2010 (a data para início está condicionada ao prazo de tramitação deste formulário nos órgãos responsáveis)

Data prevista para término: Janeiro

Local para aplicação: a pesquisa será desenvolvida no Hospital

Público Alvo: pacientes internados devido a problemas relacionados ao consumo de álcool

Carga Horária necessária / dia: 5 horas

Periodicidade: uma vez por semana

Turnos: manhã e tarde

Horários: 9 às 11hs e 14 às 17hs.

Data da solicitação: 05/11/2009

Responsável pela solicitação:

Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Pesquisador Responsável

Capitã Psicóloga Carla Mendes
Profissional Responsável

Juiz de Fora, 19 de Janeiro de 2010.



P.O. Box 950
 North Tonawanda, NY 14120-0950
 1-800-456-3003

3770 Victoria Park Ave
 Toronto, ON M2H 3M6
 (416) 492-2627 1-800-268-6011

PROFORMA INVOICE

Reference No. 562391
 Customer ID 171733

Fax: 1-888-540-4484
 E-mail: International@mhs.com
www.mhs.com

INVOICE ADDRESS:	DELIVERY ADDRESS:
Debora Pereira Paiva Univ Federal de Juiz de Fora JF Campus da UFJF Prédio do Critt. Bairro Martel Juiz de Fora - MG, . 36036-330 Brazil	Attention: Debora Pereira Paiva Univ Federal de Juiz de Fora JF Campus da UFJF Prédio do Critt. Bairro Martel Juiz de Fora - MG, . 36036-330 Brazil

Notes: Permission to copy SPAI Portuguese

PAGE 1

DELIVERY METHOD	ENTERED BY
UPS International	catherine.

DATE	TERM #	EXPIRATION DATE
May 13, 2009	Due on receipt	5/13/2010

PART NUMBER	QUANTITY	UNITS	UNIT PRICE	DISC %	NET PRICE
PER12E	1	EACH	1.50	0.00	1.50

Permission to Copy SPAI Q/S

Notes:

ADMFEES	1	EACH	50.000	0.00	50.00
Administration Fee					
Notes:					
SP2POB	1	EACH	70.000	0.00	70.00

SPAI Manual

Notes:

FREIGHT Freight

60.00

	Merchandise Total	121.50
	Misc. Charges - see above	60.00
	Sales Tax	0.00
Please note our new EIN: 98-0369592	TOTAL	181.50 US

40620



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 345607	
Projeto de Pesquisa O ESTUDO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE FOBIA SOCIAL E DO ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE					
Área de Conhecimento 7.00 - Ciências Humanas - 7.07 - Psicologia				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Fobia social, alcoolismo, Atenção Terciária à Saúde					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 100	Total Brasil 100	Nº de Sujeitos Total 100	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NAO	Wash-out NAO	Sem Tratamento Específico NAO	Banco de Materiais Biológicos NAO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Lélio Moura Lourenço		CPF 768.959.557-04	Identidade RJ-047986336		
Área de Especialização Psicologia Social		Maior Titulação Doutorado	Nacionalidade brasileira		
Endereço R. Ministro Amarílio L. Salgado, 273/ 401		Bairro Cascatinha	Cidade Juiz de Fora - MG		
Código Postal 36033-290	Telefone 32293117 / 3232363836	Fax	Email lemolo57@hotmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.					
Data: ____/____/____			Assinatura _____		
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Hospital Ana Nery		CNPJ 21.556.063/0001-07	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão Enfermaria pública e privada		Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO		
Endereço ESTRADA DA CHACARA		Bairro GRAMA	Cidade JUIZ DE FORA - MG		
Código Postal 36048700	Telefone (32)32247271	Fax ---	Email		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: _____			Assinatura _____		
Data: ____/____/____					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 01/06/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Voltar

IMPRIMIR