



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



Ana Carolina Gusmão e Paiva

**A qualidade de vida em ansiosos sociais após a terapia cognitiva comportamental em
grupo: uma análise pós intervenção terapêutica**

Juiz de Fora

2020

Ana Carolina Gusmão e Paiva

A qualidade de vida em ansiosos sociais após a terapia cognitiva comportamental em grupo: uma análise pós intervenção terapêutica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Ana Carolina Gusmão e Paiva.

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço.

Juiz de Fora

2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gusmão e Paiva, Ana Carolina.

A qualidade de vida em ansiosos sociais após a terapia cognitiva comportamental em grupo: : uma análise pós intervenção terapêutica / Ana Carolina Gusmão e Paiva. -- 2020.

81 f.

Orientador: Lelio Moura Lourenço

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.

1. Qualidade de Vida. 2. Transtorno de Ansiedade Social. 3. Fobia Social. 4. Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo. I. Moura Lourenço, Lelio, orient. II. Título.

Ana Carolina Gusmão e Paiva

A qualidade de vida em ansiosos sociais após a terapia cognitiva comportamental em

grupo: uma análise pós intervenção terapêutica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Processos Psicossociais em Saúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia por Ana Carolina Gusmão e Paiva.

Aprovada em 02 de Dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Interno: Prof. Dr. Gustavo Arja Castañon

Universidade Federal de Juiz de Fora

Membro Externo: Prof. Dr. Luís Antônio Monteiro Campos

Universidade Católica de Petrópolis

Dedico este trabalho a todos aqueles que se permitem evoluir e são corajosos o suficiente para procurar ajuda.

AGRADECIMENTOS

Em todos os momentos, sejam eles de lutas ou de conquistas, Deus se faz presente iluminando minha caminhada. Minha gratidão é imensa e sei o quanto Ele esteve comigo nessa trajetória até aqui, mais uma vitória juntos!

Agradeço aos meus pais e irmão, por realmente serem minha família, pela compreensão, apoio e oportunidade para que eu pudesse alcançar mais um sonho.

Ao Rafael, meu parceiro de vida, um agradecimento especial por ser, das mais diversas formas, o meu pilar. Obrigada por ser o que preciso em cada momento, por incitar o melhor que posso ser, por acreditar e sonhar junto comigo.

Ao meu orientador, Lelio Moura Lourenço, pela confiança desde o início e por apostar junto comigo neste estudo. Obrigada por me incentivar durante todo o caminho.

Agradeço aos amigos psicólogos e a todos os membros do Grupo Tímidos que me ajudaram na realização da intervenção terapêutica e compartilharam ensinamentos. Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade e confiança.

Aos amigos do mestrado, pelo apoio constante e por compartilharem conhecimento, todas as conquistas e angústias, transformando cada etapa mais descontraída e valorosa. À Iracema Abranches, pelos ensinamentos e disponibilidade, você é inspiração.

Aos amigos da vida, agradeço pela compreensão e pela permanência. Vocês dão cor a cada passo que dou e a certeza de ter vocês comigo, perto ou longe, me encoraja a voar.

A todos que contribuíram com ensinamentos, que me inspiraram e torceram por mim, direta ou indiretamente, meus mais sinceros agradecimentos!

RESUMO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também chamado de fobia social ou timidez patológica, é definido pelo DSM-V como o medo ou ansiedade excessiva em situações sociais que envolvam observação, interação e desempenho, e em contextos que apresentam possibilidade de julgamento e avaliações negativas. O transtorno interfere significativamente na vida do indivíduo, causando prejuízo funcional e até desencadeando outras comorbidades. Diante todos os sintomas vivenciados pelos ansiosos sociais e suas limitações, esse transtorno causa um grande impacto na qualidade de vida sendo um importante problema de saúde pública, embora pouco reconhecido e subdiagnosticado. A Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo (TCCG) tem sido um dos tratamentos mais requisitados para esta patologia e demonstrado uma significativa eficácia para os fóbicos sociais. É neste contexto que se objetiva avaliar os efeitos de uma intervenção terapêutica com ansiosos sociais utilizando técnicas de TCCG e a possível melhora na qualidade de vida dos pacientes. O estudo é de caráter qualitativo, composto por uma triagem inicial, psicoterapia em grupo e uma entrevista individual semiestruturada após a intervenção, com o objetivo de entender a percepção dos ansiosos sociais sobre a qualidade de vida e seus fatores, como também compreender se o grupo interferiu nos sintomas ansiosos e na qualidade de vida após a intervenção, entendendo a funcionalidade do grupo e seus efeitos dentro das percepções individuais. A amostra da pesquisa é composta por adultos entre 18 e 60 anos que se julgam tímidos e estiveram dispostos a participar do grupo e da entrevista a posteriori. As respostas obtidas na entrevista foram analisadas e categorizadas através dos conceitos de Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Segundo as evidências encontradas, confirmou-se que a intervenção em grupo foi eficaz na diminuição de alguns sintomas dos ansiosos sociais, que a percepção individual de cada participante sobre qualidade de vida reforça a subjetividade desse conceito, além do seu desconhecimento, e sugere a melhoria na qualidade de vida e performance social após a TCCG.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Transtorno de Ansiedade Social, Fobia Social, Terapia Cognitivo Comportamental em Grupo.

ABSTRACT

Social Anxiety Disorder (SAD), also called social phobia or pathological shyness, is defined by the DSM-V as excessive fear or anxiety in social situations involving observation, interaction, and performance, and in contexts that offer the possibility of judgment and negative evaluation. The disorder significantly interferes with the life of the individual, causing functional impairment and even triggering other comorbidities. In view of all the symptoms experienced by socially anxious people and their limitations, this disorder has a major impact on quality of life, being an important public health problem, although little recognized and underdiagnosed. Group Cognitive Behavioral Therapy (CBTG) has been one of the most requested treatments for this pathology and has demonstrated significant efficacy for social phobias. It is in this context that the objective is to evaluate the effects of a therapeutic intervention with social anxious people using CBTG techniques and the possible improvement in the quality of life of the patients. The study is of a qualitative character, consisting of an initial screening, group psychotherapy, and a semi-structured individual interview after the intervention, with the objective of understanding the perception of socially anxious people about the quality of life and its factors, as well as comprehending if the group interfered in anxious symptoms and in quality of life after the intervention, understanding the group's functionality and its effects within individual perceptions. The sample of the research is composed of adults between 18 and 60 years of age who think they are shy and were willing to participate in the group and in the posterior interview. The responses obtained in the interview were analyzed and categorized through the concepts of Content Analysis by Bardin (2016). According to the evidence found, it was confirmed that the group intervention was effective in reducing some symptoms of social anxiety, that the individual perception of each participant about quality of life reinforces the subjectivity of this concept, in addition to their lack of knowledge, and suggests improvement in quality of life and social performance after CBTG.

Keywords: Quality of Life, Social Anxiety Disorder, Social Phobia, Group Cognitive Behavioral Therapy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - Associação Americana de Psiquiatria

AS - Ansiedade Social

BAI - Inventário de Ansiedade do Beck

BDI - Inventário de Depressão do Beck

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CPA - Centro de Psicologia Aplicada

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

LSAS - Escala de Ansiedade Social de Liebowitz

NEVAS - Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAs - Pensamentos Automáticos

QV - Qualidade de Vida

SF-36 - 36-Item Short Form Health Survey

TAS - Transtorno de ansiedade social

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

TCCI - Terapia Cognitivo-Comportamental Individual

TCCG - Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL.....	13
3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM GRUPO.....	16
4 QUALIDADE DE VIDA.....	20
5 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA.....	25
6 OBJETIVOS.....	28
6.1 Objetivo Geral.....	28
6.2 Objetivos Específicos.....	29
7 METODOLOGIA.....	29
7.1 Desenho do estudo.....	29
7.2 Participantes e seleção da amostra.....	30
7.3 Instrumentos.....	31
7.4 Procedimentos para coleta dos dados.....	32
7.5 Considerações éticas.....	34
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
8.1 Caracterização dos participantes.....	36
8.2 Compreensão sobre o conceito de Qualidade de Vida.....	37
8.3 Possíveis fatores que abarcam a Qualidade de Vida.....	39
8.4 Os traços da Ansiedade Social.....	42
8.5 Percepção de Qualidade de Vida antes do grupo.....	46
8.6 O impacto da intervenção em grupo na Qualidade de Vida.....	48

8.7 Características e vantagens da terapia em grupo.....	52
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	58
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
APÊNDICE II - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA QUALIDADE DE VIDA EM ANSIOSOS SOCIAIS.....	70
ANEXO I.....	71
ANEXO II.....	75
ANEXO III.....	76
ANEXO IV.....	77
ANEXO V.....	79

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também conhecido como ansiedade social ou fobia social, pode afetar gravemente a vida de pessoas e tem por sua definição o medo ou ansiedade acentuado diante de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo se sente exposto a possíveis avaliações por outras pessoas. As principais situações temidas por esses ansiosos envolvem interações sociais, desempenho ou ser observado (APA, 2014). Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (APA [DSM-V], 2014), para uma pessoa ser diagnosticada com TAS, os sintomas devem interferir significativamente em sua vida causando prejuízo no funcionamento social, profissional e em outras áreas importantes, impactando diretamente a qualidade de vida.

A literatura acrescenta o fato de que o TAS é desencadeador de outros transtornos e, apesar de ser o quarto problema de saúde mental mais comum e estar presente em 5% à 13% da população geral, profissionais da saúde e os próprios ansiosos sociais têm dificuldades de identificar este transtorno. Mesmo com a qualidade de vida afetada, apenas uma pequena porcentagem busca tratamento, colaborando com a manutenção e evolução da patologia (WITTCHEN et al., 2000).

As abordagens terapêuticas empiricamente testadas e reconhecidas como eficazes no tratamento da ansiedade social são a farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental individual (TCCI) e em grupo (TCCG) (ITO et al., 2008). A TCCG tem crescido e se destacado dentre essas três modalidades pela sua eficácia e a possibilidade de realizar um tratamento com maior número de pacientes em um curto espaço de tempo, se comparada com a TCCI (RANGÉ; PAVAN-CÂNDIDO; NEUFELD, 2017).

É diante deste contexto que se compreende a importância de maiores informações acerca do TAS e do acesso a tratamentos pelos portadores, de forma que estes tenham uma melhora na qualidade de vida e, conseqüentemente, em sua saúde, considerando que a definição de saúde pela OMS é o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Essa correlação entre ansiedade social e qualidade de vida ainda é muito recente na literatura, sendo relevante expandir os estudos nessa área.

Portanto, o presente estudo teve por objetivo investigar a possível mudança da qualidade de vida, de forma singular, em ansiosos sociais submetidos à terapia cognitiva comportamental

grupal. Neste sentido, foi possível observar ao fim do tratamento a diminuição de sintomas de cada ansioso social, relatado por eles, assim como a percepção de melhoria na qualidade de vida e performance social, como resultado do processo terapêutico.

2 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) tem sua definição de acordo com a 5ª edição do Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria em 2014, sendo identificado pelo medo acentuado e persistente diante da exposição a certas situações sociais, nas quais o indivíduo sente que está sendo observado e analisado por outras pessoas. Os principais medos relacionados a essas exposições incluem comer, beber ou escrever diante dos outros, lidar com figuras de autoridade, falar ao telefone, interagir com pessoas estranhas ou do sexo oposto, ser o centro das atenções e falar em público (RUSCIO et al., 2008; STEIN; STEIN, 2008).

O DSM já caracterizava o TAS em subtipos (circunscrito e generalizado) e trouxe uma significativa mudança na sua 5ª edição, identificando que indivíduos podem se preocupar apenas com o seu desempenho, sem temer ou evitar outros tipos de situações sociais e, por isso, o DSM-V traz o fator tipo desempenho como um traço da ansiedade social. Neste caso, os prejuízos acarretados são voltados mais para a vida profissional e acadêmica àquelas que requerem performance pública.

A ansiedade social (AS), anteriormente conhecida como fobia social, é considerada como um fator de risco para o desenvolvimento humano, que leva o indivíduo frequentemente ao comportamento de esquiva frente às situações sociais, sendo de desempenho (ex.: entrevista de emprego), de observação (ex.: comer em público) ou de interação (ex.: conversar com o sexo oposto) segundo o DSM-V. Como consequência, pode acarretar graves prejuízos nos mais diversos âmbitos da vida da pessoa, como trabalho, escolaridade e atividades sociais (D'EL REY; PACINI, 2005), corroborando para a queda de sua qualidade de vida.

A etiologia da ansiedade social, segundo Knijnik (2008), é concebida como multifatorial, sendo resultante da interação de fatores genéticos, biológicos, cognitivos, comportamentais e psicodinâmicos em interface com o contexto e experiências individuais. Para Leahy (2011), a ansiedade social surge de uma herança filogenética, resultante de

comportamentos de proteção de nossos ancestrais, já que no ambiente primitivo existia uma alta necessidade de sobrevivência, de forma a evitarem ataques por partes de outros seres humanos. Por conseguinte, corresponder ao grupo ou querer ser valorizado por ele era um comportamento protetivo, já que o contrário poderia resultar em violência ou ataque inesperado.

A ansiedade social está associada a percepções internas que funcionam como elementos essenciais para a manutenção de pensamentos e crenças disfuncionais (HOFMANN, 2000). Neste caso, o transtorno pode ser entendido como decorrência das percepções distorcidas que uma pessoa tem de si e dos outros, frequentemente de forma negativa, advindas das próprias crenças de possuir um desempenho considerado ruim ou inadequada frente às diversas situações sociais (HOFMANN; DIBARTOLO, 2000). É por isso que pessoas com este transtorno possuem um medo ou ansiedade desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social, causando um sofrimento significativo e prejuízos na saúde do indivíduo.

Diante dos eventos percebidos como ameaçadores, o padrão comportamental dos indivíduos com TAS caracteriza-se pela evitação de tais situações e pelo medo exagerado de se expor, demonstrar suas fraquezas e ser julgado negativamente pelo seu desempenho; os ansiosos sociais tendem a ter uma elevada autocrítica e salientar apenas os pontos negativos das situações. Normalmente, possuem um alto grau de exigência e se avaliam baseando em julgamentos externos idealizados, constantemente fazendo comparações e avaliações de competência pessoal ou social, em uma constante busca ao perfeccionismo (HOFMANN; HEINRICH, 2003). Badaró, Miranda e Paiva (2019) trazem a ideia de um ciclo retroalimentativo feito pelos ansiosos sociais, onde a sensação é mantida e intensificada a partir de um processo ruminativo de pensamentos focados em si e de uma autoimagem negativa.

Frente a isto, a evitação se faz um comportamento de segurança, no entanto limitante, considerando que na vida cotidiana pode se caracterizar pela recusa em tarefas como apresentar trabalhos, comer e falar ao telefone na presença de colegas, realizar entrevistas, interação social, iniciar uma relação afetiva, viajar com os amigos, entre outras atividades (MORAIS; CRIPPA; LOUREIRO, 2008).

Ainda nesse sentido, o perfeccionismo negativo é associado à ansiedade, à raiva, à depressão, problemas de autoestima, medo do fracasso e vergonha (SAGAR; STOEBER, 2009; ULU; TEZER, 2010). O ansioso social nunca consegue se satisfazer por idealizar o que seria um desempenho social perfeito e aceitável e, por isso, sente-se constantemente e excessivamente deslocado (LEAHY, 2011). Considera-se, assim, que os danos relacionados ao

TAS incidem diretamente no cotidiano das pessoas, possivelmente prejudicando a sua qualidade de vida.

O transtorno de ansiedade social é o quarto problema de saúde mental mais comum depois da depressão, do abuso de álcool e da fobia simples (KESSLER et al., 2005). Os sintomas deste transtorno estão presentes em 5% à 13% da população geral, implicando em graus de incapacidade e limitações sociais e ocupacionais distintos (BOOK; RANDALL, 2002; NARDI, 2000; PICON, 2006). De acordo com o DSM 5, a idade média de início do transtorno é entre 8 e 15 anos, sendo mais frequente em mulheres do que em homens (APA, 2014; PICON; KNIJNIK, 2008). Acrescenta-se a ocorrência presente na literatura de que o TAS tem sido desencadeador de outros problemas psiquiátricos, podendo até mesmo configurar outros transtornos (BADOS, 2009; RODRÍGUEZ et al., 2003). Os transtornos mais comuns desencadeados pela ansiedade social são fobia específica, agorafobia, depressão grave e transtornos relacionados ao abuso de álcool (HEIMBERG; MAGEE, 2016). Estes quadros comórbidos podem atingir 70% a 80% das pessoas e que, em sua maioria, tem o TAS como quadro anterior ao diagnóstico adicional.

Esse transtorno de ansiedade se inicia por volta da adolescência, estando mais presente em populações de baixa escolaridade devido à dificuldade dessa classe exercer papéis de destaque e convívio em contextos sociais, como por exemplo a vida acadêmica (TILLFORS; FURMARK, 2007). Apesar de todos esses dados elevados e do transtorno interferirem na qualidade de vida de forma perceptível ao portador, profissionais da saúde e os próprios ansiosos sociais têm dificuldades de identificar o transtorno (WANG et al., 2005). Junto a isso, apenas uma baixa porcentagem busca tratamento, cooperando com a manutenção e evolução da patologia (WITTCHEN et al., 2000).

De acordo com Hope, Heimberg e Turk (2012), a maioria dos ansiosos sociais só procuram tratamento quando há transtornos comórbidos, salientando que, dentre as comorbidades envolvendo a ansiedade social, a depressão se apresenta como a mais grave, trazendo a necessidade de um tratamento diferenciado. As intervenções cognitivas apostam que os ansiosos sociais precisam desafiar os pensamentos e crenças que sustentam o transtorno, na utilização de técnicas que auxiliam nesse questionamento e através de exposições a situações temidas, a fim de obter uma melhor adaptação cognitiva e fisiológica aos contextos evitados (LEAHY, 2011).

3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM GRUPO

A Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) trabalha com o fato de que a interpretação sobre um evento desencadeia o fator emocional, interferindo na expressão comportamental e, por fim, constituindo a tríade emoção-cognição-comportamento, que reflete o processamento de informação. Os principais responsáveis pelo surgimento, desenvolvimento e manutenção do TAS são as percepções negativas sobre si mesmo e as situações sociais, responsáveis pelo princípio dos comportamentos pouco adaptativos, como a evitação (GOLDIN et al., 2009; MAHAFFEY et al., 2013).

Por isso, a importância das interpretações dos eventos que são influenciadas pelas crenças, isto é, pelas construções cognitivas de significados. A terapia cognitivo-comportamental tem sido a mais requisitada para o tratamento em TAS, segundo (KAMPMANN et al., 2016), porque trabalha com mudanças cognitivas e comportamentos mal adaptados através da reestruturação cognitiva, exposição e estratégias de enfrentamento. Essa linha terapêutica se baseia no modelo cognitivo de Beck, pilar de toda prática em TCC, que é constituído por três níveis de pensamentos: automáticos (PAs), crenças intermediárias e crenças centrais.

Os pensamentos automáticos são espontâneos e fluem de forma rápida e, em geral, não ocorrem em nível consciente, sendo cognições intrínsecas dos indivíduos e conseqüentes às percepções atribuídas aos eventos vivenciados (BADARÓ; MIRANDA; PAIVA, 2019; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Os PAs são reflexos das crenças centrais junto às intermediárias que incidem em forma de sentença nos pensamentos, como “não vou conseguir interagir com as pessoas da sala”, ou como uma imagem mental de estar isolado no canto da sala, com a cabeça baixa, transpirando, sentindo vergonha, e todas as pessoas conversando na sala a sua volta.

As crenças são criadas e reforçadas ao longo da vida através de experiências idiossincráticas ou aprendidas através de relações interpessoais e é através delas que a estrutura cognitiva de um indivíduo é arquitetada (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Quando as crenças são distorcidas, as situações inofensivas se transformam em ameaças sociais, ou a pessoa imagina antecipadamente essas possíveis ameaças, potencializando os sintomas ansiosos (BODEN et al., 2012; BURATO; CRIPPA; LOUREIRO, 2009).

Crenças intermediárias são regras, atitudes e suposições que interferem diretamente nas percepções e comportamentos do indivíduo (LEAHY, 2006). Todas as pessoas têm um conjunto de crenças intermediárias que foram aprendidas e fundidas umas às outras durante a vida de forma a darem significado ao mundo (WHITE, 2003). As crenças centrais ou nucleares geralmente são globais, rígidas e generalizadas para situações diversas, desenvolvidas na infância através das interações com outras pessoas significantes e das experiências que reforçam essas crenças (NEUFELD; CAVENAGE, 2010). Estas representam a forma como lidamos com as situações vivenciadas, sendo responsável pela percepção do indivíduo sobre si mesmo, sobre os outros, o mundo e o futuro (tríade cognitiva).

Em uma revisão de sua teoria, A. Beck (2005) ressaltou que não são as crenças centrais em si que são disfuncionais, a questão é a forma como essa crença é ativada que a faz disfuncional, nos casos em que não condizem com o contexto e/ou com as evidências. Beck propôs então a teoria dos modos, onde “ todos os indivíduos podem apresentar todas as crenças e estas não serem disfuncionais, até o momento em que sua ativação se torne disfuncional, quando o contexto e as evidências não derem base para aquela ativação” (NEUFELD; CAVENAGE, 2010, p. 6).

Recentemente, as abordagens terapêuticas empiricamente testadas e reconhecidas pela sua eficácia no tratamento da ansiedade social são a farmacoterapia, a terapia cognitivo-comportamental individual (TCCI) e em grupo (TCCG). A literatura aponta que as intervenções na TCC reduzem, além dos sintomas de ansiedade social, os sintomas patológicos associados, principalmente o de carácter depressivo, sendo de extrema importância clínica, já que o TAS tem um alto índice de comorbidade associado à depressão (WONG et al., 2014). Adiciona-se que essa intervenção também melhora o processamento de dados cognitivos e afeta os sistemas neurobiológicos (ALDEN et al., 2018).

Ainda existe uma discussão acerca da TCCI e TCCG em relação às adaptações de protocolos individuais aplicados nas terapias grupais em TCC, por mais que a efetividade desta já seja comprovada e largamente trabalhada na literatura, o que, inclusive, Almeida, Martins e Alarcon (2015) ratificam, afirmando que a TCCG tem sua eficácia para diversos contextos e pacientes. Os estudos de Dogahneh et. al. (2011) compararam as modalidades de TCC individual e em grupo, com o objetivo de avaliar o impacto na redução do medo da avaliação negativa. Os autores encontraram resultados que sugerem a melhora em ambos os grupos, ressaltando uma maior eficácia no grupo TCCG. A intervenção em grupo tem sua efetividade na ansiedade

social devido a sua característica de já expor o ansioso em uma situação social (grupo) de forma contínua (BURLINGAME et al., 2016; PRINCIPE; VINCELLI; CAPODEROSE, 2019).

Esta terapia grupal tem crescido e se destacado no âmbito da saúde pública e privada pela sua eficácia e capacidade de atender um número maior de pacientes em menor espaço de tempo, se comparada com a TCCI (RANGÉ; PAVAN-CÂNDIDO; NEUFELD, 2017). Além disso, o trabalho em grupo oferece ao indivíduo o contato social através da interação com os outros participantes, diminuindo o isolamento (HOFMANN, 2004).

Segundo Picon e Knijnik (2008), é normal que os ansiosos sociais não compartilhem suas inseguranças e experiências, pois acreditam serem os únicos com os problemas que sentem ou que sejam algo incomum. As exposições são geradas e vivenciadas pelo grupo de forma favorável à reestruturação cognitiva, situação difícil de ser aplicada na clínica individual. No momento em que os participantes escutam o outro relatar um mesmo problema e/ou sintomas, ficam mais propensos à modificação de crenças e a terem uma postura mais ativa no tratamento (PICON; PENIDO, 2011).

Técnicas essenciais da TCC são utilizadas em grupo também como base de tratamento, como a psicoeducação, as atividades a serem feitas em casa, a reestruturação cognitiva, o treinamento em habilidades sociais e a exposição, sendo esta responsável por romper com o ciclo de ansiedade social (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008), sendo de extrema importância que as intervenções cognitivas ocorram sempre antes, durante e após cada exposição. Através desses fatores, a terapia em grupo trabalha o indivíduo para que consiga enfrentar as situações ansiogênicas, a fim de alcançar um dos seus objetivos, que é o de transformar o paciente em seu próprio terapeuta (PICON; KNIJNIK, 2008).

Neufeld (2011) afirma que as técnicas aplicadas em grupo devem ser específicas, de forma a alcançarem o objetivo da remissão dos sintomas e, para que consigam atingir o grupo como um todo, deve-se atentar para a sua homogeneidade, ou seja, devem agrupar sintomatologias e metas comuns. É dessa forma que a Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo se diverge de outras especialidades e modalidades de intervenções grupais.

No campo da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), destacam-se quatro modalidades de grupos: 1) grupos de apoio - são característicos de ambulatórios, têm como fator terapêutico o apoio entre participantes (média de 15 membros), encontros abertos e semanais, com conteúdo definido; 2) grupos de psicoeducação - o objetivo é proporcionar conhecimento e prover informação sobre as demandas estabelecidas pelos participantes (média

de 15 membros), através de sessões estruturadas, semanais, entre 4 a 6 semanas, focadas na psicoeducação e resolução de problemas; 3) grupos de orientação/treinamento - trabalham com o propósito de mudança cognitiva, comportamental e emocional dos participantes (média de 15 membros), sendo grupos fechados, semanais, com duração média de 8 semanas; e os 4) grupos terapêuticos - trabalham com demandas específicas, delinham ações estruturadas de forma a comporem grupos fechados de no máximo 12 participantes, com sessões semanais e duração mínima de 12 encontros, sendo os mais relatados na literatura em TCCG (NEUFELD et al., 2017).

Assim, destaca-se que, no contexto grupal, há uma relação entre as intervenções cognitivas e comportamentais e a dinâmica de interação do grupo, onde as técnicas da TCC, perante os processos de interação grupal, garantem os resultados da TCCG (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008). Com esta modalidade terapêutica, os indivíduos reconhecem com mais facilidade os erros cognitivos dos outros membros do grupo do que as próprias disfunções e também apresentam uma maior quantidade de conexões entre pensamentos e sentimentos do que normalmente ocorre em uma terapia individual. Esses fatores foram afirmados pelos autores Hollon e Shaw desde 1979 e, em 1993, por Heimberg et al., de forma que estes estudos solidificam a eficácia da TCC em grupo há mais de três décadas.

O grupo torna-se então uma oportunidade de aprendizagem em se relacionar e desenvolver essa habilidade. Outros aspectos que acrescentam à TCCG são a identificação de dificuldades semelhantes entre os membros dos grupos, a interação grupal como um obstáculo social vencido, a promoção da exposição junto às trocas de experiências compartilhadas entre os participantes, a percepção e construção de evidências contra distorções cognitivas, o aprendizado por observação e o compromisso de mudança diante do grupo (ITO et al., 2008).

As evidências científicas têm demonstrado cada vez mais a efetividade da TCC para o transtorno de ansiedade, seja ela individual ou em grupo (HEDMAN et al., 2014), de forma a se destacar no campo de pesquisa pelo seus resultados. Uma pesquisa realizada (THORGEIRSDOTTIR; BJORNSSON; ARNKELSSON, 2015) sobre a terapia cognitivo-comportamental em grupo evidenciou uma melhora referente ao clima terapêutico em grupo de TCC para ansiosos sociais e em relação aos sintomas dos participantes. Especificamente na TCCG, as pesquisas revelam que esta prática para os ansiosos sociais potencializa o processo de mudanças cognitivas, proporcionando o aumento da motivação para os diversos enfrentamentos (DITZ et al., 2015).

4 QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida (QV) teve sua repercussão pela primeira vez em 1964, quando o presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, declarou que os objetivos de um governo deveriam ser medidos pela qualidade de vida que proporciona às pessoas e não pelo balanço dos bancos (MONTEIRO et al., 2010). A partir deste momento, cientistas sociais, filósofos e políticos passaram a se interessar por este conceito, sendo um dos temas mais discutidos na atualidade onde produtos e serviços prometem a melhoria de qualidade de vida e onde as publicações científicas frequentemente referenciam a avaliação de QV. (FLECK et al., 1999; MONTEIRO et al., 2010).

A compreensão sobre QV se ampliou muito na década de 1990, seu conceito começou a ser entendido sob os prismas da multidimensionalidade e da subjetividade, de forma a priorizar a percepção do indivíduo sobre sua condição pessoal de saúde e de outros elementos não médicos ligados à qualidade de vida. Esta nova concepção trouxe o crescimento de estudos empíricos a fim de uma compreensão melhor e mais ampla sobre QV (SEIDL; ZANNON, 2004), que se estende até os dias atuais.

O tema tem sido alvo de estudo de diversas áreas de conhecimento e, mesmo diante uma literatura abrangente, não existe um consenso teórico e metodológico da QV. No entanto, os conceitos mais aceitos de qualidade de vida entre os estudiosos tentam abarcar uma multidimensionalidade dentro das abordagens gerais ou holísticas. O principal conceito a se considerar é utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que divulgou um conceito, visto até hoje na literatura, definindo a QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (1995, p. 1405). O conceito foi abordado novamente pela OMS (1998, p. 28), em que Pereira, Teixeira e Santos (2012, p. 245) apresentaram como:

(...) a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas.

O tema da QV tem se expandido no debate acadêmico nos dias atuais, ainda é considerado um campo novo de pesquisa e, de acordo com Almeida, Gutierrez e Marques (2012), a sua concepção ainda está em processo de entendimento e de suas fronteiras. Por expandir os limiares da saúde, campo que originou a QV, o âmbito de pesquisa a respeito da

qualidade de vida dialoga entre várias disciplinas e linhas de pensamento, em diversas culturas e regiões do mundo. É diante este panorama que os autores supracitados afirmam que o estudo e o campo da QV tem a diversidade e a complexidade em sua essência.

Partindo do pressuposto de que a OMS define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, Fleck, Chachamovich e Trentini (2003) traçam uma ponte com a qualidade de vida, concebendo-a como a sintonia entre os diferentes modos de viver e as dimensões físico, mental, social, cultural, ambiental e espiritual. Dessa forma, a qualidade de vida apresenta dois aspectos conceituais: 1) a subjetividade - percepções individuais sobre o próprio estado de saúde e sobre os aspectos não médicos dentro do seu contexto de vida; 2) a multidimensionalidade - relacionado às várias dimensões que compõem a qualidade de vida (como as citadas acima) ainda objeto de estudos empíricos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Essa multidimensionalidade foi validada, de forma empírica, a partir de quatro dimensões básicas: 1) Física: percepção do indivíduo sobre suas condições físicas; 2) Psicológica: percepção sobre suas condições afetivas e cognitivas; 3) Relacionamento social: percepção sobre os próprios relacionamentos sociais e papéis sociais adotados na vida; 4) Ambiente: percepção individual sobre os diversos aspectos que envolvem o ambiente em que vive (SEIDL; ZANNON, 2004).

Já a OMS usa cinco dimensões a fim de compreender a Qualidade de Vida de forma ampla, contemplando seus diversos fatores: 1) saúde física, 2) saúde psicológica, 3) nível de independência (aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), 4) relação social e 5) meio ambiente (SOUZA; CARVALHO, 2003). É através destas dimensões que estes autores afirmam que a qualidade de vida não pode ser estudada apenas em níveis materiais e quantitativos, da mesma forma que Gonçalves (2006) traz o meio social como o definidor de QV e responsável pela percepção do que é uma boa qualidade de vida.

Através de uma visão polissêmica, Minayo, Hartz e Buss (2000) alertam que a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que se aproxima do grau de satisfação que se pode encontrar na vida familiar, social e ambiental e à própria estética existencial. Dentro dessa polissemia, os autores trazem a qualidade de vida como uma representação social no que se trata de seus elementos subjetivos e pela relatividade cultural inferir em seu conceito. Desta forma, a QV vai além das condições objetivas ou à expectativa de vida da pessoa, ela se amplia para o sentido que um indivíduo atribui à estas condições e ao modo como vivem. Este conceito

varia também de acordo com o nível de conhecimento do indivíduo, o ambiente físico que o circunda, sua convivência social, a sociedade na qual está inserido e com suas expectativas particulares quanto ao seu conforto e bem-estar. Gonçalves e Vilarta (2004) compartilham deste conceito, entendendo que a compreensão e percepção da QV são relativas e versáteis, como consequência por serem dependentes e entrelaçadas das condições históricas, ambientais e socioculturais.

Simultaneamente, os autores Minayo, Hartz e Buss (2000), consideram a existência dos parâmetros materiais que compõem a qualidade de vida e a tornam passível de mensuração e comparação universal. Neste último caso, envolvem a satisfação das necessidades mais básicas do ser humano: alimentação, saúde, trabalho, lazer, habitação, escolaridade, renda e todos os fatores relacionados ao desenvolvimento econômico e social. Para Vilarta e Gonçalves (2004), os indicadores de objetividade das condições materiais são as relações estabelecidas dentro da sua sociedade e a posição do indivíduo na vida; enquanto que os indicadores de subjetividade são as percepções e conhecimentos individuais de suas próprias condições físicas, emocionais e sociais vinculados aos fatores culturais, temporais e sociais.

O uso de critérios objetivos na análise e busca da compreensão da qualidade de vida possibilita delinear o retrato de um indivíduo ou de um grupo referente aos bens e serviços aos quais tem acesso, apoiando-se em dados quantitativos. De acordo com Vilarta e Gonçalves (2004), os instrumentos dos parâmetros materiais revelam o modo e a condição de vida de uma população, através de dados obtidos de forma objetiva, sem que tenha uma abordagem individual e idiossincrática.

Frente ao patamar material, instrumentos para avaliação da qualidade de vida variam de acordo com a abordagem e objetivos do estudo. Por exemplo, o Medical Outcomes Study Questionnaire 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) tem se destacado quando o interesse é a avaliação da QV relacionada à saúde, e o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) para análise da qualidade de vida em geral (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Este último instrumento foi construído pela OMS em 1994 e, mesmo depois de mais de duas décadas, permanece sendo utilizado em grande escala e disponibilizado em mais de 50 idiomas, incluindo o Brasil (PEDROSO; PICININ; GUTIERREZ, 2013).

Os instrumentos de avaliação ganharam muito espaço nas pesquisas por terem muitas aplicações, (...) “são amplas e incluem não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação de efetividade de tratamentos e funcionamento de serviços de saúde. Além disso,

podem ser importantes guias para políticas de saúde” (FLECK et al., 2000, p. 38). Os indicadores de QV são utilizados para avaliar a eficácia, a eficiência e o impacto de tratamentos específicos, podendo também ser aplicado para comparar procedimentos para controle de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004). Pode-se dizer, então, que a relação entre saúde e qualidade de vida, expressas pelos dados objetivos e subjetivos, possibilita delimitar o perfil de uma população, suas condições e padrões existentes. Isto posto, permite-se a caracterização dos grupos e a realização de comparações entre eles, sendo dados vantajosos para as políticas públicas, permitindo melhores ações para a promoção de saúde e prevenção de doença.

A fim de tornar a qualidade de vida um constructo mensurável e passível de comparação entre estudos e cultura, a criação de instrumentos específicos tem sido crescente na literatura da área afim (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012). Porém, todos eles apresentam limitações importantes a partir do momento em que a qualidade de vida é sintetizada em noção psicométrica, e a idiosincrasia de cada indivíduo não é avaliada.

Os autores Vilarta e Gonçalves (2004) entendem que instrumentos de categoria subjetiva também são capazes de construir perfis de populações, utilizando e se baseando nas percepções individuais, de forma complementar à análise dos dados objetivos. A maior dificuldade, assim como se faz sua grande importância, é estruturar e formular questões que possam revelar correspondências entre os índices coletivos e os de satisfação pessoal, seja para os instrumentos subjetivos ou até mesmo para os de cunho objetivo.

Os fatores econômicos e materiais têm sua importância para a qualidade de vida, mas é relevante frisar que não representam sua totalidade. Os fatores econômicos compõem as condições objetivas da vida de uma nação ou indivíduo e é inegável sua influência na vida das pessoas, mas a questão é a importância das percepções e dos pensamentos delas sobre essas condições.

É evidente que o conceito de QV traz em si uma carga subjetiva, associada ao nível sociocultural, faixa etária e aspirações pessoais (VECCHIA et al., 2005); a grande questão é que esses dois fatores não podem ser dissociados quando o assunto é qualidade de vida. Talvez sejam o objetivo da pesquisa e o desenho do estudo os maiores responsáveis por delinear os traços para os fatores objetivos ou subjetivos da QV. Almeida, Gutierrez e Marques (2012) salientam que há uma relação dialética entre esses fatores, que os fazem indissociáveis diante da conexão entre eles.

Para assumir uma compreensão clara e justa sobre QV, é imprescindível o reconhecimento de toda uma complexidade existente na concepção de cada pessoa e do mundo, uma vez que a QV se revela e se explica na relação entre o sujeito, o ambiente e sociedade no qual está inserido. Este reconhecimento permite compreender as diversas associações, interfaces e influências recíprocas entre os diferentes elementos que constituem as percepções de uma pessoa ou grupo social frente à qualidade de vida (BARBOSA, 1998).

O presente estudo teve seu trabalho baseado na visão em consonância com as autoras Irigaray e Trentini (2009, p. 299) quando afirmam que:

Os conceitos individuais podem influenciar de maneira determinante a percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde e a sua satisfação com a vida. Consequentemente, duas pessoas com o mesmo estado objetivo/real de saúde podem apresentar qualidade de vida totalmente diferente, devido aos aspectos subjetivos.

Da mesma forma que as expectativas entre os indivíduos e os grupos sociais se diferem em relação ao bem-estar e conforto, considerando que estas expectativas estejam em conformidade com as condições objetivas de vida e, por conseguinte, afirmando que o conceito e percepção de QV são relativos e variam a cada indivíduo, contexto e/ou grupo.

Em alguns contextos, há o equívoco, como dizem Minayo, Hartz e Buss (2000), de associar a QV às questões apenas de ordens biológicas ligadas somente à saúde e, por conseguinte, excluir os aspectos culturais, históricos e contextuais que tanto influenciam e são fatores de manutenção da saúde e até mesmo de desenvolvimento de doenças. Almeida, Gutierrez e Marques (2012) e Silva et al. (2011) discorrem que, para a humanização da medicina e dos serviços de saúde em geral, é imprescindível reconhecer e valorizar a relação interdependente entre os campos subjetivos e objetivos da percepção, levando em consideração os campos clínicos e sociais, de forma que o indivíduo não se transforme apenas em um indicador ou número para análise, ou até mesmo não seja visto como o único responsável por sua saúde e bem-estar.

É nesta concepção que este estudo percebe os participantes, além de ter a intenção de chegar próximo aos aspectos em que a terapia em grupo é capaz de mobilizar (dimensões mais subjetivas) e investigar as percepções individuais e idiossincráticas sobre o impacto que a TCCG teve em sua qualidade de vida frente à ansiedade social. Uma boa QV implica em acreditar e promover o desenvolvimento das potencialidades da pessoa (CORREIA, 2009; FERREIRA, 2009; SERBIM; FIGUEIREIDO, 2011).

5 TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA

As dificuldades apresentadas pelos ansiosos sociais, como a participação em atividades profissionais, sociais, de lazer e de autocuidado, o distanciamento das relações pessoais e todas as restrições vividas pelo portador de TAS, evidenciam prejuízos funcionais nas práticas diárias da pessoa, inferindo diretamente nas condições de saúde do indivíduo (MORAIS; CRIPPA; LOUREIRO, 2008). O transtorno de ansiedade social pode ser considerado crônico de forma que afeta consideravelmente a qualidade de vida do portador, prejudicando suas funções ocupacionais e vida social (DIXON et al., 2017; GÓMEZ-ORTIZ et al., 2019).

Recentemente, Dryman et al. (2016) conduziram um estudo apontando que o comprometimento funcional das relações sociais, educacionais e ocupacionais de quem possui TAS tende a contribuir, significativamente, para a má qualidade de vida em quatro esferas: realização, crescimento pessoal, funcionamento social e ambiente social.

Estudos populacionais constataram uma associação entre TAS e baixa no desempenho no trabalho, interação social e maiores problemas na adolescência, sendo que o transtorno pode provocar pelo menos 50% de diminuição da qualidade de vida. Os parâmetros de qualidade de vida prejudicados foram: saúde, limitações devido a problemas emocionais, funcionamento social, saúde mental e vitalidade (CRIPPA et al., 2011). Os autores descobriram também maior ideação suicida e menor desejo de viver nestes pacientes. As estratégias descritas como as mais utilizadas pelos portadores para lidar com a ansiedade social foi o abuso de álcool e de substâncias psicotrópicas e, talvez de forma consequente a isto, os dados mostraram que os portadores de TAS utilizavam mais serviços de saúde do que o grupo controle dos estudos feitos.

Com base nos resultados de Wittchen et al. (2000), ansiosos sociais (sem mais comorbidade) apresentam prejuízo na qualidade de vida nos domínios: saúde geral, funcionamento social, vitalidade e saúde mental. As limitações profissionais fizeram-se presentes nos portadores de TAS, com a consequência de impacto nos recursos financeiros. Estes indivíduos gastavam mais com serviços de saúde e recebiam salário menor, revelando terem dificuldade de conseguir emprego e ter relações de trabalho, além de possíveis perdas na produtividade.

Reforçando os dados acima, Patel et al. (2002) confirmaram que os ansiosos sociais experimentam prejuízos na área acadêmica, profissional, na vida pessoal e nos relacionamentos

afetivos, apresentando alto índice de pessoas separadas, divorciadas e solteiras, sendo esses índices ainda maiores quando associado a outra comorbidade. Como consequência, as pessoas com TAS têm tendência maior de dependerem financeiramente de seus familiares e de estarem desempregadas. Os autores ainda trazem a importância de tratamentos mais efetivos, sejam psicoterápicos ou psicofarmacológicos, reforçando o fato do TAS ser uma condição subdiagnosticada e até pouco reconhecida, favorecendo a manutenção e a cronificação do transtorno, aumentando o uso dos serviços de saúde.

Outros autores constataram que transtorno de ansiedade está associado ao abandono precoce na escola, equivalente a 48,8% dos indivíduos e, em particular, 61,2% desse grupo apresentavam sintomas de TAS recente ou ao longo da vida (VAN; MANCINI; FARVOLDEN, 2003), de forma que evidencia a necessidade de diagnóstico e tratamento efetivo. As razões mais recorrentes para o abandono escolar envolvem o fato de se sentirem nervosos em sala ou na escola, timidez diante do professor, temor em falar na frente dos outros alunos, necessidade de trabalhar, perda de interesse e abuso de álcool ou drogas. O estudo ainda revelou que 34,8% dos participantes associavam suas preocupações e ansiedade à motivação em chegarem atrasados e ficarem em casa, diminuindo a frequência na escola.

A maioria dos estudos demonstram que o TAS associado a outras comorbidades, principalmente à depressão, possui níveis mais baixos de QV do que o TAS sozinho (LOCHNER et al., 2003; RAPAPORT et al., 2005). Outros estudos mostraram que a qualidade de vida, de forma objetiva, tende a ser equivalente entre ansiosos sociais versus indivíduos com outros transtornos de ansiedade, constatando prejuízos e insatisfação com a vida e com saúde (BARRERA; NORTON, 2009; LOCHNER et al., 2003; OLATUNJI; CISLER; TOLIN, 2007; RAPAPORT et al., 2005). Ressalta-se que estes dois últimos grupos de autores evidenciam que a QV, diante de relações interpessoais e da escolaridade, é significativamente mais prejudicada no TAS.

Os autores Erwin et al. (2004) constataram que os ansiosos sociais que responderam a uma pesquisa online relataram níveis substancialmente mais altos de ansiedade social em relação àqueles que buscam tratamento. De forma consequente, indivíduos com um quadro ansioso social mais grave tendem a procurar menos um tratamento por causa da interação social exigida no processo terapêutico. Assim, os prejuízos e relatos de qualidade de vida podem ser mais graves do que os apresentados pelos indivíduos que procuram tratamento. Os autores mostram a importância de pesquisas futuras examinarem a QV desse grupo que tem sintomas mais graves de TAS e não procuram tratamento.

Os estudos apresentados, somados à literatura, revelam a percepção dos ansiosos sociais de insatisfação com a vida e suas dificuldades, diretamente relacionadas aos prejuízos funcionais que comprometem a participação e o engajamento em atividades fundamentais da vida cotidiana, os quais afetam o desempenho acadêmico, produtividade, trabalho e relações sociais - familiares-afetivos, refletindo possivelmente em danos econômicos e na saúde em geral, aumentando o uso de serviços de saúde (MORAIS; CRIPPA; LOUREIRO, 2008). Em adição, frequentemente o TAS está associado a outras comorbidades, sendo a mais comum a depressão (LANGER et al., 2019). Percebe-se que tais comorbidades interferem negativamente nas condições do TAS e seu prognóstico, complicando o tratamento e, conseqüentemente, inferindo ainda mais na qualidade de vida do indivíduo (WERSEBE et al., 2018).

É evidente na literatura a eficácia de tratamento usando TCC para TAS, resultando em redução de sintomas e também na melhora da qualidade de vida, entretanto, as classificações de QV pós-tratamento geralmente permanecem inferiores às relatadas por controles saudáveis (ENG et al., 2001; WATANABE et al., 2010). Diante desses fatores, Dryman et al. (2016) discutem sobre o fato de que o tratamento direciona para a melhoria da satisfação com a vida e o bem-estar subjetivo dos ansiosos sociais e que a redução dos sintomas não necessariamente representa níveis normativos de QV. Por isso, os autores relatam a necessidade de uma compreensão diferenciada dos domínios da qualidade de vida, de forma que um único fator global poderia obscurecer os diferentes traços na QV de indivíduos socialmente ansiosos, até mesmo como melhoria no tratamento, enfatizando a importância de avaliar a subjetividade da qualidade de vida de um indivíduo.

Com o objetivo de entender a qualidade de vida em seus aspectos subjetivos em ansiosos sociais, realizou-se uma revisão sistemática em busca de pesquisas qualitativas neste viés. As bases utilizadas foram Scopus, Web of science, Scielo, Redalyc e Pubmed, utilizando os seguintes descritores: qualidade de vida associado a transtorno de ansiedade social e fobia social e suas traduções em inglês. Ao todo, foram encontrados 19.948 artigos nas cinco bases. Foi aplicado filtro temporal de 15 anos, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, de acesso aberto e sem os artigos duplicados por aparecerem em mais de uma dessas bases, resultando assim em 2.426 artigos.

A próxima etapa foi fazer um filtro pelos títulos dos artigos, de forma a selecionar apenas os que abordavam qualidade de vida e ansiedade social e, em seguida, uma leitura flutuante dos resumos dos artigos selecionados, a fim de selecionar apenas aqueles que aparentemente abordavam a qualidade de vida em ansiosos sociais de forma qualitativa. Nesta

fase, encontrou-se apenas 35 artigos sobre pesquisas quanti-quali a princípio, que foram lidos na íntegra por 3 pessoas, a fim de entender os dados subjetivos da QV e como eram abordados qualitativamente com os ansiosos sociais. Destes selecionados apenas 20 discorriam sobre a realização de uma entrevista, porém nenhum deles explicou como este processo foi realizado, nem os dados de forma específica. Somente a parte quantitativa foi discutida e analisada, sendo apenas citada a realização de entrevistas ou etapas para a análise qualitativa.

Os artigos foram objeto de análise, porém fica evidente a necessidade de pesquisas qualitativas que avaliem a subjetividade da qualidade de vida diretamente com os ansiosos sociais, não apenas através de instrumentos, mesmo que alguns destes avaliam percepções individuais em relação a alguns fatores da QV, ainda assim, a subjetividade fica relativizada. Diante desses dados, a pesquisa realizada vem a acrescentar muito na literatura e nas concepções teóricas abordadas.

Considerando esse cenário, faz-se de grande importância o desenvolvimento do projeto intitulado “Grupo de Tímidos”, oferecido pelo Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) da Universidade Federal de Juiz de Fora, que oferece intervenção terapêutica baseada na terapia cognitivo comportamental de grupo para adultos ansiosos sociais e, de forma agregadora, a pesquisa em questão que avaliou qualitativamente a qualidade de vida dos ansiosos sociais. Em consonância à literatura, o protocolo de tratamento utilizado no projeto do NEVAS conta com psicoeducação, reestruturação cognitiva, técnicas de exposição, relaxamentos e treino de habilidades sociais. No que concerne à atuação clínica, o objetivo é oferecer à comunidade oportunidades iguais de tratamento de qualidade, trabalhando para que indivíduos com transtorno de ansiedade social sejam beneficiados com o atendimento terapêutico, intervindo para o desenvolvimento das habilidades sociais e competências no enfrentamento aos eventos estressantes, assim como a superação. Como consequência e relevância do estudo, pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida subjetiva do indivíduo de forma que o aprendizado oferecido seja aproveitado ao longo das adversidades vividas futuramente pelo participante.

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Avaliar se houve mudança na qualidade de vida de ansiosos sociais, diante de suas percepções subjetivas, após serem submetidos à terapia cognitiva comportamental em grupo, fruto de um projeto do Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) da UFJF.

6.2 Objetivos Específicos

- 1) Entender a percepção dos participantes em relação a mudança da ansiedade social após a terapia em grupo;
- 2) Entender a percepção dos ansiosos sociais sobre qualidade de vida e os fatores que a compõe;
- 3) Compreender se houve mudança na percepção de qualidade de vida antes e após a terapia em grupo;
- 4) Compreender se o grupo impactou/interferiu positivamente na qualidade de vida após a intervenção e sua funcionalidade diante da visão dos participantes

7 METODOLOGIA

7.1 Desenho do estudo

Esta pesquisa é caracterizada metodologicamente como um estudo transversal, de intervenção clínica, com atributos qualitativos, a fim de avaliar um tratamento em grupo baseado na Terapia Cognitivo Comportamental para pacientes com Transtorno de Ansiedade Social e a melhora subjetiva da qualidade de vida desses pacientes após a intervenção.

Ressalta-se que este estudo é um apêndice de uma pesquisa longitudinal existente desde 2013, intitulado informalmente de “Grupo de Tímidos”, alvo de outros estudos que aplicam testes pré e pós intervenção, a fim de mensurar variáveis relacionadas ao TAS, avaliando a diminuição ou não dos sintomas ansiosos e depressivos. Tais resultados não serão abordados neste trabalho, o qual tem como seu cerne a entrevista semi-estruturada, de forma a obter

informações que se aproximam mais da percepção subjetiva de cada participante sobre conceitos e possíveis mudanças da qualidade de vida após a intervenção terapêutica e seus significados. Desta forma, este estudo complementa o trabalho realizado pelo Grupo Tímidos de forma a agregar conhecimento tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

7.2 Participantes e seleção da amostra

A população alvo foi constituída de sujeitos adultos (homens e mulheres) que apresentaram traços que caracterizam o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), recrutados através do Projeto “A efetividade da terapia cognitivo-comportamental de grupo em pacientes com fobia social: pesquisa e extensão” - informalmente intitulado como Grupo de Tímidos - desenvolvido pelo Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) ligado ao programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Este projeto foi divulgado através de redes sociais, cartazes espalhados principalmente na UFJF e por meios de comunicação da cidade. A seleção da amostra ocorreu através da inscrição no projeto no Centro de Psicologia Aplicada (CPA-UFJF) e, posteriormente, das triagens que objetivaram delimitar as características dos indivíduos, eleger aqueles compatíveis nos sintomas - a fim de evitar vieses - e convidá-los a participarem do grupo. Para esse processo, foi pedido aos participantes para responderem a uma entrevista clínica padrão do CPA, a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), ao Inventário de Ansiedade do Beck (BAI) e ao Inventário de Depressão do Beck (BDI), instrumentos descritos no tópico “Instrumentos”. Como resultado dessas etapas, foi possível determinar o diagnóstico de ansiedade social e/ou sintomas que constituem esse quadro, permitindo entrar nos critérios de inclusão e exclusão.

Como critério de inclusão, foram avaliados os seguintes fatores: ter feito a inscrição no CPA da UFJF e passado pela triagem, ter entre 18 e 60 anos, apresentar traços da ansiedade social e não estar realizando outro tipo de atendimento psicológico. Foram excluídos participantes fora da faixa etária estabelecida e aqueles que apresentaram algumas comorbidades junto com o Transtorno de Ansiedade Social, tais como Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Depressão Maior grave, entre outras, investigadas pelo psicólogo triagista, discutidas em supervisão. Os pacientes que apresentaram estas comorbidades foram encaminhados para terapia individual, com o acolhimento e suporte necessário.

Após a seleção dos participantes, a formação do grupo e a intervenção da TCCG em 10 encontros, os indivíduos que permaneceram até o final do projeto foram convidados a uma última entrevista - foco deste estudo - sendo contactados pela pesquisadora; o encontro foi marcado no próprio CPA, de acordo com a disponibilidade e a aceitação do indivíduo em participar desta última etapa.

7.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para rastreamento dos participantes incluem uma entrevista padronizada pelo CPA (triagem), o Inventário de Ansiedade do Beck (BAI), Inventário de Depressão do Beck (BDI) e a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz. Após a seleção dos participantes, realizou-se a intervenção em grupo e, a posteriori, um último encontro com a pesquisadora, que realizou a entrevista relacionada à qualidade de vida.

- **O Inventário de Ansiedade do Beck (BAI)** tem por objetivo avaliar os sintomas ansiosos em pacientes deprimidos. É composto por 21 questões e o respondente avalia o quanto foi incomodado por cada sintoma durante a última semana. O escore total pode variar entre 0 e 63 e as categorias de pontuação são: grau mínimo de ansiedade (0 a 7 pontos); ansiedade leve (8 a 15 pontos); ansiedade moderada (16 a 25 pontos) e ansiedade severa (26 a 63 pontos) (CUNHA, 2001).
- **O Inventário de Depressão do Beck (BDI- II)** trata-se de uma escala de autorrelato para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos, que poderá identificar possíveis comorbidades. O BDI II foi desenvolvido e adequado após a publicação da quarta edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM IV), que alterou muitos dos critérios diagnósticos dos Transtornos Depressivos. Seu escore varia de 0 a 63, sendo 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa.
- **Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)** tem por objetivo avaliar situações ansiogênicas referentes a interações sociais e de desempenho em sujeitos com fobia social. A escala é composta por 24 itens, do tipo Likert, com 4 opções de respostas que avaliam a gravidade atual da ansiedade e evitação em cada um dos itens (Masia-Warner et al., 2003). O resultado é alcançado através da soma das respostas e é classificado

como fobia social moderada (55-65); fobia social média (66-88), fobia social grave (81-95) e fobia social muito grave (maior que 95).

- **Entrevista Clínica (triagem):** foi utilizado uma ficha de triagem padrão, contemplando dados sobre a queixa, uma breve anamnese e o perfil sociodemográfico. Essa entrevista forneceu subsídios para identificar o nível de ansiedade social e possíveis comorbidades ou transtornos que poderiam inviabilizar o tratamento.
- **Entrevista Semi-Estruturada:** a escolha por esse método fez-se pela possibilidade de um intercâmbio entre pesquisador e entrevistado, permitindo respostas abertas e mais próximas da subjetividade do sujeito. A relevância individual foi priorizada, possibilitando um desenvolvimento adaptativo da entrevista para cada participante e demanda de acordo com o que afirma Breakwell (2010). Como objetivo, investigou-se os efeitos que a TCCG trouxe para a vida do participante e se houve, em sua percepção subjetiva, mudanças na sua qualidade de vida.

7.4 Procedimentos para coleta e análise dos dados

O presente estudo foi desenvolvido em conjunto com o projeto “Grupo de Tímidos”, realizado pelo Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS), no Centro de Psicologia Aplicada (CPA-UFJF).

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, foi divulgado o projeto, oferecendo tratamento em grupo, baseado na terapia cognitivo-comportamental, para adultos com ansiedade social na cidade de Juiz de Fora. Os interessados entraram em contato com o CPA, fornecendo nome, contato e disponibilidade de horários e interesse em participar da intervenção. Em seguida, os membros do NEVAS fizeram o retorno e os convidaram a participarem da primeira fase do projeto, caracterizada pela triagem dos participantes. Neste momento, foram aplicadas as escalas (pré-teste) Liebowitz e BAI para avaliar graus de ansiedade social e a presença de sintomas, o inventário BDI para escanear sintomas depressivos e a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após avaliados os resultados, passado por supervisão e discutido os casos dentro dos critérios de inclusão e exclusão, os candidatos foram selecionados. Foi feito um contato para

convidá-los para a segunda fase, ou seja, o início da intervenção. Os encontros foram semanais, de caráter interventivo, com a duração de quase três meses, totalizando 10 sessões, com duração média de 90 minutos para cada grupo. Os encontros foram conduzidos por três terapeutas: terapeuta principal, co-terapeuta (ambos com formação em Terapia Cognitivo-Comportamental) e observador (normalmente um aluno no final da graduação com experiência clínica). Todos eles seguiram as quatro fases de intervenção: sensibilização e acolhimento; habituação; exposição ao treinamento de habilidades sociais e feedback com prevenção de recaídas. Respeitou-se o número de 6 a 12 pessoas compondo o grupo, de acordo com a literatura, sendo este o número ideal de participantes para as intervenções em terapia cognitivo comportamental para o transtorno de ansiedade social (NEUFELD et al., 2017). Foram realizados dois grupos no segundo semestre de 2019, compostos por uma média de 7 participantes cada (além dos 3 terapeutas) e, devido a mortalidade ocorrida durante o processo terapêutico, finalizou-se com 4 e 3 participantes.

A terceira fase pertence ao projeto Grupo de Tímidos do NEVAS e ocorre no término do trabalho interventivo com os integrantes respondendo novamente as escalas utilizadas na avaliação inicial (pós teste), para averiguar os sintomas de ansiedade e se houve a diminuição deles. Junto a este último encontro, a pesquisadora compareceu brevemente a fim de se apresentar, solicitar um próximo encontro individual e pedir a permissão de entrar em contato para que pudessem agendar a entrevista.

Por fim, após 7 dias do término dos grupos, iniciou-se a quarta fase, na qual a pesquisadora contactou os 7 últimos participantes que permaneceram até a última sessão. As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas no próprio Centro de Psicologia Aplicada da UFJF e agendadas de acordo com a disponibilidade de cada integrante. Essa entrevista abordou a percepção individual da qualidade de vida e se, após a intervenção, houve, na concepção do participante, a melhora da QV em suas vidas. Pretendeu-se também compreender o impacto da intervenção e os efeitos nos sintomas ansiosos de forma idiossincrática, assim como quaisquer dúvidas a serem esclarecidas. Devido a um problema particular, a entrevista com um desses participantes ficou marcada para fevereiro de 2020, época que retornaria para Juiz de Fora, já que a sua família era de outra cidade. Ao chegar a data marcada, o integrante remarcou para março por não ter condições ainda de retornar e por facilitar a vinda com o início de suas aulas.

A partir de março de 2020, início do período acadêmico da maioria das faculdades, novos grupos iriam se formar. Os membros do NEVAS já haviam começado a entrar em contato com a lista de espera a fim de averiguar a disponibilidade dos participantes e iniciar novas

intervenções. A previsão era de iniciar com pelo menos mais três grupos, por ser uma referência já presente no trabalho do NEVAS, estimando uma média de 15 participantes a mais para a entrevista (considerando a mortalidade de participantes). Porém, desde o dia 16 de março de 2020, a instituição (UFJF) entrou em isolamento social e todas as atividades foram suspensas, até os dias atuais, inviabilizando a continuidade do Grupo de Tímidos, da entrevista pendente e de entrevistas futuras que poderiam resultar em um número maior de entrevistados. No entanto, a relevância da pesquisa se manteve e os resultados encontrados agregam o cenário da literatura por expor conhecimentos diferenciados dos encontrados na revisão bibliográfica. O Núcleo de estudos permanece em atividades online e o projeto Grupo de Tímidos estuda a possibilidade de continuar no auxílio à comunidade com intervenções remotas, levando em consideração o contexto de pandemia em que estamos vivendo.

A última fase se deu pela análise dos dados, que inclui o tratamento dos dados coletados no questionário sociodemográfico, com a finalidade de apresentar algumas frequências relativas das questões. Posteriormente, os dados relevantes foram convertidos em uma tabela para facilitar a visualização dos resultados. As entrevistas semi estruturadas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), sendo aplicada na avaliação das questões discursivas da entrevista para a criação de categorias e subcategorias de conteúdo.

De acordo com proposto por Bardin (2016) foi realizado uma pré-análise dos dados em um primeiro contato com o material produzido, chamado por ele de leitura “flutuante”, para posteriormente trabalhar a formulação de hipóteses e a elaboração dos indicadores que orientaram a interpretação e a preparação formal do material. Após essa etapa, realizou-se a exploração do material a fim de codificar, decompor e enumerar os dados. Para finalizar, ocorreu o tratamento dos resultados com o objetivo de sintetizá-los, realizar inferências e interpretar os dados.

7.5 Considerações éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, por meio do parecer número 3.452.467 (ANEXO V), sendo este favorável para sua execução. Este procedimento possibilitou a realização do contato com os participantes, informando-os da pesquisa e os

convidando para a entrevista. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista, em duas vias (uma ficou com o participante e a outra com o pesquisador), tornando-se respondentes do estudo apenas mediante o consentimento, segundo os princípios éticos norteadores em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

O TCLE foi composto de um texto explicativo acerca da pesquisa, com informações claras sobre os objetivos, procedimentos, da adesão ao estudo ser voluntária, não havendo nenhum tipo de pagamento e o esclarecimento de que a participação ou a não concordância em participar do projeto não acarretaria nenhum tipo de prejuízo. O termo contemplou também os aspectos de privacidade dos participantes, uma vez que as informações fornecidas são tratadas com anonimato e que os resultados serão divulgados em meios públicos com honestidade científica, confidencialidade e sigilo de seus dados. Além de constar no TCLE, foi informado verbalmente também que os participantes poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento sem acarretar nenhum prejuízo. Os termos assinados, as gravações e as transcrições ficarão guardadas por cinco anos pelo pesquisador.

Vale ressaltar que foi oferecido tratamento psicoterápico individual àqueles indivíduos que sentiram qualquer desconforto durante o tratamento em grupo ou apresentaram morbidades associadas ao quadro de transtornos de ansiedade social e não foram selecionados para participarem da intervenção, como também foram esclarecidas quaisquer dúvidas aos participantes que se interessaram em continuar em terapia após a realização do grupo.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir abordarão categorias definidas com base na análise de conteúdo realizada através dos dados retratados na entrevista. O primeiro subtópico descreve resultados introdutórios referentes aos dados coletados na entrevista clínica (triagem inicial), que apresenta o perfil sociodemográfico. Os subtópicos subsequentes são referentes às categorias analisadas na entrevista semi-estruturada, destacando, em negrito, as subcategorias estabelecidas através de uma análise temática, apresentando recortes dos discursos dos entrevistados. Os participantes serão retratados utilizando a letra P acompanhado da ordem de

participação da entrevista de forma a cumprir com o sigilo estabelecido no TCLE e acordado entre pesquisadora e participante.

8.1 Caracterização dos participantes

Com a finalidade de compreender melhor o perfil dos participantes da pesquisa, é realizado, na triagem inicial com os candidatos, um levantamento de dados sociodemográfico, acadêmico e profissional. Esses dados permitem uma seleção mais uniforme de participantes, ajudando a identificar os fatores de inclusão e exclusão, respeitando os critérios da pesquisa e também a literatura que afirma a importância de um grupo mais homogêneo para que a terapia grupal consiga atingir o grupo como um todo (NEUFELD, 2011). Os dados dos candidatos que participaram dos grupos e, a posteriori, da entrevista, se encontram detalhados na tabela a seguir:

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes

Participante	Idade	Gênero	Profissão	Estado Civil
P1	20	Feminino	Estudante – Psicologia	Solteiro
P2	21	Masculino	Estudante - Ciências Humanas	Solteiro
P3	24	Masculino	Estudante - Serviço Social	Solteiro
P4	39	Masculino	Técnico Administrativo	Casado
P5	24	Feminino	Estudante de Direito	Solteiro
P6	29	Feminino	Advogada	Solteiro

Em suma, o perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos participantes da pesquisa foi equilibrado em relação a gênero, com média de idade de 26 anos, predominância solteiro (83,3%) e estudante (66,6%). Tais resultados foram considerados na análise de conteúdo a fim de encontrar possíveis vieses de respostas, sendo apresentado com mais especificidade no próximo item (nível de conhecimento) e no item 8.3, ao analisar a subcategoria renda. Foram apenas nesses dois contextos que as características acima apareceram como possíveis fatores determinantes diante das respostas e percepções dos participantes, não implicando na eficácia da intervenção ou da pesquisa em questão.

8.2 Compreensão sobre o conceito de Qualidade De Vida

Esta categoria apresentou respostas diversas, indo de encontro com a concepção subjetiva da qualidade de vida e com a importância da singularidade deste termo para cada indivíduo, como afirma Minayo, Hartz e Buss (2000), de forma que a QV se amplia para o sentido atribuído pelo indivíduo às suas condições de vida e pelas expectativas particulares em relação ao conforto e bem-estar. É interessante também analisar o que os autores falaram sobre essa percepção e que fatores referentes à QV podem variar de acordo com o nível de conhecimento do indivíduo, visto que uma participante que discorreu sobre a qualidade de vida apresentando o conceito mais próximo à literatura é graduanda de psicologia, exemplificado a seguir:

P1: Assim....vou falar o que eu acho que seja. [...] Eu acho que qualidade de vida engloba uma série de fatores. Uma boa alimentação, cuidar da saúde mental, é...estabelecer bons relacionamentos, saber dividir trabalho e lazer....questão do equilíbrio...Acho que é isso! [...] Acho que equilíbrio seria você é...saber fazer as coisas....como posso explicar....nada em excesso. Não trabalhar demais, lazer demais, se não a vida vira uma bagunça entendeu...então eu acho que é você... [...] Dosar!

Percebe-se que a participante já divide a QV em fatores e engloba diversas áreas, além de já ter escutado falar no termo qualidade de vida. Ainda nessa mesma vertente, a próxima definição abarca diferentes âmbitos da QV, mesmo não sendo verbalizado de forma específica e consciente como a entrevistada anterior. Ambas relataram também ter começado por curiosidade e busca pelo seu autoconhecimento antes do grupo terapêutico. Percebe-se que a fala a seguir é guiada por uma noção baseada em experiências particulares:

P5: Me alimentar de forma que supra os nutrientes do meu corpo durante o dia, não excessivamente. Dar pausas, porque eu aprendi que se eu não der pausa meu corpo vai fritar, internamente. Fazer atividade física. Eu incluí agora a terapia pra minha vida, porque eu preciso de exercitar minha mente assim como meu corpo. Questão de auto conhecimento, etc., e...lazer. [...] Porque antes eu achava que não tinha que me divertir nunca.

O próximo participante a apresentar uma definição mais ampla tem formação em letras e mestrado pela UFJF, com histórico de ter tentado psicoterapia pelo plano de saúde duas vezes (sem sucesso) antes do Grupo de Tímidos, e traz o seguinte conceito:

P4: Eu acho que qualidade de vida, no atual contexto social que a gente vive, seria você ter um trabalho que é bem remunerado, mas que não seja às custas de você adoecer pra ter aquela remuneração. Você ter tempo pra fazer alguma coisa que não seja só trabalhar. Você trabalhar pra viver, e não viver pra trabalhar. E você conseguir lidar com essas mudanças e com esse mundo de mudanças muito rápidas. Mudar geralmente, eu trabalhei com isso no meu mestrado, mudar geralmente causa medo. [...] E uma vida que você entra no Instagram, por exemplo, e é maravilhoso. Todo mundo sempre viajando, todo mundo sempre lindo e maravilhoso. [...] E às vezes você tentar acompanhar tudo aquilo né? Eu tenho que acordar cedo bem humorado. Eu tenho que fazer exercício. Eu tenho que comer comida saudável. Eu tenho que trabalhar em um emprego que eu tenha responsabilidade, que remunera bem, mas que ainda dá tempo de eu pedalar depois do emprego. Eu tenho que seguir todas as séries, ver todos os filmes. Entendeu? Então assim, eu acho que qualidade de vida hoje em dia seria assim: você conseguir perceber isso tudo, mensurar um pouco isso tudo, e saber interpretar que você consegue viver sem dar conta disso tudo. [...] Então eu acho que resumidamente seria isso: você ter um emprego, que te remunera bem sem consumir sua saúde. E quando eu falo remunerar bem é relativo também, porque às vezes uma pessoa que ganha 5 mil reais, que é só ela e o companheiro que, por exemplo, tem lá uma renda, que não tem filho, tem casa própria... às vezes vive muito melhor do que alguém que ganha 20 mil e mora em uma cidade maior, tipo Brasília. que é tudo caro. Enfim, essa questão de renda é relativo.

Nessa categoria, este participante foi o único a abordar a questão financeira (em outras categorias este fator se repetirá). Os outros três participantes relataram não saber muito o que seria qualidade de vida, sendo que dois deles afirmaram nunca terem ouvido ou visto tal termo, ambos estudantes dos períodos iniciais da UFJF, e a terceira (P6), advogada.

P2: Não sei...[...] Sei lá. Algo que... tipo assim. Não sei. Não sei definir. [...] Talvez eu tenha agora, mas eu não tive antes, assim tipo, de começar a procurar a me tratar, e tal.[...]Eu acho que apoio. Apoio psicológico, terapêutico e tal. Apoio de amigos e tal. Porque eu vim do Rio pra cá, sem conhecer ninguém, e foi uma loucura pra mim.

P3: Nunca ouvi falar em qualidade de vida...[...] Talvez equilíbrio entre o... talvez uma saúde mental equilibrada.

P6: Qualidade de vida? [...] Fazer o que eu gosto. Estar conversando com meus amigos, ter liberdade pra poder encontrar com eles, a gente ficar jogando conversa fora e me divertir

Diante essas exposições, ressalta-se que todos os entrevistados adaptaram o conceito de qualidade de vida de acordo com seus **contextos de vida** e suas **percepções acerca de suas sensações de bem-estar**, enfatizando mais uma vez a necessidade de olharmos a qualidade de vida como uma noção eminentemente humana e peculiar.

Assim como abordado por Gómez-Ortiz et al. (2019), percebe-se o quanto os participantes consideraram suas funções ocupacionais e vida social para elaborar o conceito da QV, indo de encontro com a constatação desse autores de que essas são as áreas mais afetadas pelos ansiosos sociais. Somado a isso, encontra-se as quatro dimensões da qualidade de vida definida pelos autores Seidl e Zannon (2004): física, psicológica, relacionamento social e ambiente. Essa multidimensionalidade pode ser observada em falas distintas e de forma mais indireta, contudo, reforça a presente literatura e a ideia de que a percepção da qualidade de vida aparece de forma contextual e seu grau de satisfação com cada dimensão.

8.3 Possíveis fatores que abarcam a Qualidade de Vida

A fim de compreender as possíveis percepções acerca da multidimensionalidade da qualidade de vida, questionou-se aos participantes sobre o que eles consideraram fatores da QV, de forma a trazer um pouco mais sobre as concepções e reflexões dos entrevistados.

Esta categoria reforça mais uma vez o quanto as percepções são subjetivas, contextuais e podem inferir em possíveis resultados de avaliação da QV. Observa-se cinco principais unidades de registros nas falas dos participantes sobre quais seriam esses fatores: psicológico/saúde mental, relacionamento social, trabalho/estudo, saúde física (alimentação, exercício físico) e renda, presentes nas falas que serão mencionadas ao longo desta categoria e a subsequente.

A participante representada por P5 apresentou a mesma resposta de sua definição sobre qualidade de vida, alegando não mudar nada e se baseando nesses fatores para pensar e

responder sobre o conceito. Os outros participantes, P1 e P2, responderam à questão, porém repetiram o que expuseram sobre a definição de QV, presente na categoria acima.

O **fator psicológico/saúde mental** foi apontado diretamente pelos três participantes anteriormente citados, P1, P2 e P5. No entanto, na fala dos outros três, percebe-se a sua presença indiretamente de forma que podemos considerar a única unidade contemplada por todos os 6 participantes, como exemplificado a seguir:

P3: Eu acho que no meu caso, com uma vida acadêmica, pressão acadêmica, academia... talvez seria mesmo você tentar tirar sua cabeça daquilo, em determinados momentos, talvez no seu dia, ou em determinados dias. [...] Passava o final de semana processando informação, e tudo mais... Não conseguia relaxar. E chegava no domingo e eu já tava pensando na semana toda. É um ciclo.

P4: E você conseguir lidar com essas mudanças e com esse mundo de mudanças muito rápidas. [...] você conseguir perceber isso tudo, mensurar um pouco isso tudo, e saber interpretar que você consegue viver sem dar conta disso tudo. [...] Então é você ter um emprego, que te remunera ao ponto de você conseguir viver bem, sem consumir sua saúde, e você ter tempo para fazer outras coisas que não seja só trabalhar. E que essas coisas não sejam assim: se não for igual tá no Instagram não vai ser bom. Você ter essa consciência.

P6: Pra mim? [...] Pra mim, paz... tempo... e sei lá... e boas companhias mesmo. Porque não adianta também a gente ficar trabalhando feito uma louca e não ter tempo pra fazer nada. Eu não vou fazer isso. Depois eu morro e não vou ter aproveitado nada.

O fator **trabalho/estudo** é bem destacado pelos entrevistados, apenas um deles não faz referência a este tópico, podendo ser percebido também nas falas acima. É necessário contextualizar a fala do P5 quando este diz: “Dar pausas, porque eu aprendi que se eu não der pausa meu corpo vai fritar, internamente”. A alusão para dar pausas é referente aos estudos, sempre se cobrou muito e posteriormente ainda comenta: “Porque antes eu achava que não tinha que me divertir nunca”. De forma complementar, também é referente a essa autocobrança que se situa a fala de P1: “saber dividir trabalho e lazer....questão do equilíbrio [...] Não trabalhar demais, lazer demais, se não a vida vira uma bagunça entendeu...então eu acho que é você....Dosar!”

É vital pontuar que todos eles ressaltaram a importância de seus fatores ocupacionais serem dosados, por apresentarem as características de uma elevada autocobrança e eficácia nessas áreas, sendo relatadas por alguns como o foco de sua ansiedade social. Diante disso, a próxima categoria ilustra o quanto podemos observar os traços que abarcam o conceito de

ansiedade social na literatura presentes nos relatos dos participantes, inclusive a importância do tipo desempenho, acrescentado no DSM-V.

Outro destaque dentro das seis unidades de registro desta categoria é o quesito **renda**. Foram três participantes que incluíram a parte financeira em suas percepções, sendo talvez o fator mais objetivo da qualidade de vida apresentado nas entrevistas. Acredita-se não ter relação com escolaridade ou faixa etária, já que o conteúdo das falas foi exposto de forma diversificada. Ou seja, cada um abordou o quesito renda de forma diferente e, para clarificar, após a identificação do participante, especificou-se os dados "profissão e faixa etária". O conteúdo das três falas também se difere quanto à valia dada à essa questão financeira, como exposto abaixo:

P2 (estudante, 21 anos): Acho que a preocupação com dinheiro e tal. Seja não ter um emprego e ter que buscar, ou estar em uma cidade nova e só receber auxílio financeiro dos pais e ter que se virar. É uma coisa que agrava a ansiedade também, de um jeito que, pra ter qualidade de vida, é necessário também um apoio financeiro.

P4 (concurado, 39 anos): Eu acho que qualidade de vida, no atual contexto social que a gente vive, seria você ter um trabalho que é bem remunerado, mas que não seja às custas de você adoecer pra ter aquela remuneração. Você ter tempo pra fazer alguma coisa que não seja só trabalhar. Você trabalhar pra viver, e não viver pra trabalhar. [...] E quando eu falo remunerar bem é relativo também, porque às vezes uma pessoa que ganha 5 mil reais, que é só ela e o companheiro que, por exemplo, tem lá uma renda, que não tem filho, tem casa própria... às vezes vive muito melhor do que alguém que ganha 20 mil e mora em uma cidade maior, tipo Brasília. que é tudo caro. Enfim, essa questão de renda é relativo. Então é você ter um emprego, que te remunera ao ponto de você conseguir viver bem, sem consumir sua saúde, e você ter tempo para fazer outras coisas que não seja só trabalhar.

P6 (advogada autônoma, 29 anos): [...] Porque não adianta também a gente ficar trabalhando feito uma louca e não ter tempo pra fazer nada. [...] Acho que dinheiro não entra não. Porque você pode fazer várias coisas sem dinheiro... que não justifica.

A possível relação seria que os dois participantes que relativizaram esse fator são os que já se encontram no mercado de trabalho e não possuem vínculo de dependência financeira aparente, como é o caso do P2. É inegável a importância dos fatores objetivos da qualidade de vida, de forma a trazer a reflexão de que, quando estes aspectos são minimamente satisfatórios na vida do indivíduo, não ganham tanta atenção ao avaliarem a QV. Decorrente a isso, é concebível associar à definição de QV pela OMS em 1998, e presente até os dias atuais, quando este conceito se faz pelo reflexo da percepção individual e subjetiva que o indivíduo tem sobre suas necessidades estarem sendo satisfeitas ou não, alegando que isto independe do estado de

saúde física ou condições sociais e econômicas. Pereira, Teixeira e Santos (2012) já haviam apresentado a discussão sobre o peso a dar a um componente específico pelo fato deste ter uma importância diferente para cada sujeito investigado, sendo visto por eles como um problema adicional nas pesquisas direcionadas à qualidade de vida. Mais uma vez é clara a importância contextual diante da concepção de QV e como esta pode ser avaliada através de aspectos diferentes, cada um com pesos desiguais, conforme cada indivíduo, sua história e idiosincrasia.

8.4 Os traços da Ansiedade Social

Na busca de compreender as concepções dos participantes acerca da qualidade de vida, evidencia-se o quanto eles partem de suas experiências e subjetividades para formular seus conceitos. Ao longo desta categoria ficarão evidentes os traços da ansiedade social apresentados pelo DSM-V (APA, 2014), os quais motivam as percepções dos participantes frente às suas definições e reflexões. Essa categoria foi criada percebendo o quanto os traços da AS apresentados nos discursos eram compatíveis à literatura, sendo na percepção da pesquisadora, conteúdo que precisou ser acrescentado e despertou a importância por ser referência para a criação de conceitos individuais pelos participantes.

É importante lembrar que AS se constitui pelo medo excessivo e persistente frente a certas situações sociais, nas quais o indivíduo sente que está sendo observado e analisado por outras pessoas. De acordo os autores Stein e Stein (2008) e também Ruscio et al. (2008), os principais medos relacionados a essas exposições, e que podemos perceber nas respostas ao longo desta categoria, são: comer ou beber diante dos outros, lidar com figuras de autoridade, falar ao telefone, interagir com pessoas estranhas ou do sexo oposto e falar em público.

Nos relatos, observou-se a presença e constância dos atributos presentes na literatura sobre ansiedade social, inclusive o subtipo acrescentado pelo DSM-V, **tipo desempenho**, de forma a ratificar que os prejuízos mais recorrentes deste traço são voltados mais para a vida profissional, acadêmica e as que exigem performance pública, como exemplificado nas falas. Fica evidente também a possível dificuldade de identificar o transtorno pelo próprio portador de TAS e como isso influencia na procura pelo tratamento devido a associação com outras comorbidades, visto na fala do participante P4, descrita abaixo. Este cenário é muito presente na literatura, como em Wang et al. (2005) e Hope, Heimberg e Turk (2012), salientando a

importância de maior identificação por diversos profissionais, a fim de diminuir a manutenção e evolução patológica.

P4: Eu fui tendo, vamos dizer assim, as consequências da ansiedade. Tipo assim, eu sou muito determinado. Se eu falo que eu quero passar em um concurso, eu sou aquele tipo de pessoa que leva a sério, sabe? 8 horas por dia de estudo. Eu estudo 8 horas por dia. Só que aí o que que acontece? Às vezes por eu me pressionar tanto, acaba gerando uma certa ansiedade. “Hoje eu não estudei 8 horas, igual eu me propus... Estudei 7 só” [...] Que eu tava, realmente, na época da qualificação, por exemplo, eu cheguei a parar no hospital. Tive uma crise forte de ansiedade quando eu fui sentar pra... Eu qualifiquei. Dei ali uma semana de descanso. Fui sentar na frente do computador pra poder fazer algumas alterações no texto, que já tava pronto, pra poder partir pra coleta de dados, e eu fiquei extremamente ansioso, né? [...] Eu tive “batedeira”, meu coração disparou, meu lábio começou a ficar meio torto, meu braço ficou meio dormente. Minha esposa saiu do trabalho, me levou pro hospital, e tive que fazer tratamento com psiquiatra durante quase 1 ano tomando remédio. [...] Ansiedade social, assim, como eles disseram, a primeira vez quando falou que era grupo de tímidos, eu até falei com o Terapeuta: “Olha, meu problema não é bem timidez”. Aí ele falou: “Não, isso é só um nome. A questão é ansiedade social...”, aí ele começou a me explicar [...] Graças a Deus que eu não me enquadro em todas as facetas da ansiedade social, por exemplo essa questão de falar em público, e tudo. Mas na entrevista com ele, na triagem... Foi identificado que era muito a ver com que eu sofria, com que eu estava passando.

P1: Mas em relação a apresentar trabalho eu quase morro! Se eu tiver trabalho na sexta feira eu vou sofrer a semana inteira. [...] só quando tem prova e trabalho, que exige muito de mim.

Percebe-se que, através dos prejuízos e das áreas afetadas na vida dos participantes devido a ansiedade social, eles traçam suas ideias e percepções acerca de qualidade de vida e suas satisfações, corroborando com Irigaray e Trentini (2009) quando afirmam que os conceitos individuais influenciam de forma determinante as percepções sobre o estado de saúde, a satisfação com a vida e até sobre as expectativas em relação ao bem-estar.

Ainda em comparação com a literatura, Hofmann e Heinrichs (2003) já traziam os traços da autocrítica e alto grau de exigência presente na ansiedade social, sendo constantes as avaliações de competência pessoal ou social e busca do perfeccionismo. Os autores Ulu e Tezer (2010) chamam de **perfeccionismo negativo** e associam à ansiedade e medo do fracasso e vergonha, como podemos ver nas falas dos participantes.

P3: Então, pra mim a que tava era apresentar trabalho. [...] Assim, falaram de autoridade. É algo que eu ainda tenho dificuldade. As outras coisas tenho dado uma amenizada, comer em público pra mim, agora já tá de boa. Falar no telefone também [...]

P4: Sim, porque eu tinha um fetiche de que qualquer coisinha que eu fizesse precisava estar perfeita pra ser boa. Então assim, se eu tirei 9,9 em uma prova que valia 10, não prestou porque era pra eu ter tirado 10, entendeu? [...] Às vezes você manda super bem, mas em vez de pensar nos 99% que você mandou bem você pensa naquele 1%.

P5: Porque antes eu achava que não tinha que me divertir nunca [...] nossa tenho que focar no sei o que, tenho que ganhar dinheiro pra ajudar minha mãe.

Dialogando com tais perspectivas, observa-se a presença do ciclo retroalimentativo abordado por Badaró, Miranda e Paiva (2019) como uma característica dos ansiosos sociais. Nas falas a seguir, podemos identificar o processo **ruminativo de pensamentos** responsável pela manutenção e intensidade das sensações:

P1: Se eu tiver trabalho na sexta feira eu vou sofrer a semana inteira. [...]

P3: [...]talvez seria mesmo você tentar tirar sua cabeça daquilo, em determinados momentos, talvez no seu dia, ou em determinados dias. [...] Passava o final de semana processando informação, e tudo mais... Não conseguia relaxar. E chegava no domingo e eu já tava pensando na semana toda. É um ciclo.

P4: [...] eu tenho uma característica que é o seguinte: às vezes eu tenho um pensamento. Uma situação me leva a ter um pensamento que ele fica em “looping”. Ele fica se repetindo, e aí aquilo começa a me incomodar. E aí pra o meu cérebro parar de pensar naquilo, ele desenterra, ou ele cria ou ele enxerga alguma outra coisa...

Vale destacar ainda respostas que evidenciam os traços do TAS ao identificar o medo ou ansiedade acentuada diante de **situações sociais** em que o indivíduo se sente exposto a julgamentos e possíveis avaliações por outras pessoas. Algumas distorções cognitivas se revelam, permitindo observar as percepções negativas dessas situações sociais e até sobre si mesmo, como é visto em Mahaffey et al. (2013). Eles também afirmam serem essas percepções negativas responsáveis pelos comportamentos evitativos. É possível analisar ainda a ideia de que os ansiosos sociais normalmente se avaliam baseando em julgamentos externos idealizados e constantemente avaliam sua competência social e pessoal (HOFMANN; HEINRICH, 2003).

P1:É...uma coisa que me pega muito é em relação a apresentar trabalho, apresentar em público. [...] Mas assim não é fácil né...principalmente agora na faculdade. Não sei, eu acho que por ter um professor que tem doutorado te assistindo, seu medo é muito maior, porque você fala assim: “meu Deus ele sabe tudo, vai me perguntar os negócios que eu não sei, vai achar que eu não estudei” [...] O resto também assim, questão do julgamento. Isso é um problema que eu tenho...muitas vezes eu não consigo falar não, como medo de magoar outra pessoa. Isso na faculdade então...eu pego as coisas pra mim, fico cansada, porque faço muita coisa, pra amenizar pro outro sabe? [...] Mas antes era uma dificuldade,

eu sempre queria aceitar tudo pra ser a boazinha. [...] Eu acho que muitas vezes a gente pensa “ah, será que a pessoa vai ficar magoada comigo? Por que eu não quis ajudar, fazer a parte dele?”...a gente pensa nisso, não pensa que é pra ele aprender! [...] era super pensando no outro, “ah não, vai falar isso de mim, eu não quero que fale...”

P2: Que quem passa isso fica difícil pra conhecer outras pessoas que passam isso, geralmente a gente pega na muletinha dos extrovertidos, que fazem as coisas, que conversam com a gente, que conhecem a gente.[...] Eu sabia que eu era diferente do que os outros, minha mãe no caso, esperava que eu... Ela queria que eu fosse extrovertido, e tal, essas coisas. Só que ela não entendia como eu me sentia. [...] Aí eu tava tendo crise ansiosa, a cada toda semana e tal. Porque demorou um mês para fazer amigos e tal. E mesmo assim, estando no Rio, eu perdi uma quantidade de amigos. Que eu tô na faculdade. É aquela coisa. A gente perde contato. Muda tudo, e fiquei tipo meio que sozinho. Aí eu não saía de casa e tal. E só meio que me afundando no desespero de o que eu ia fazer com minha vida. [...] que antes do grupo talvez eu não conseguia fazer, que era: tive que ligar pra central de atendimento da internet, para comunicar, trocar... fazer uma “parada” lá. E eu consegui fazer sem me embaralhar. Consegui explicar pro cara o que era pra fazer e tal.

P5: Assim, pessoas conhecidas eu começo a mostrar mais quem eu sou, porque eu me sinto mais à vontade pra... tipo assim, eu tenho problema com rejeição, então eu percebo que a pessoa tá ali muito tempo comigo, eu penso: “Pô, essa pessoa vai começar a me rejeitar, logo eu vou me mostrar um pouco mais.” E aí geralmente as pessoas que eu desconheço, ou conheço um pouco menos, conheço mais ou menos, eu crio um certo personagem. E eu tenho muito bloqueio também com autoridade...eu descobri isso no grupo. [...] Esse é o ponto. Porque muitas vezes eu não tenho nem coragem de falar dessa maneira, entendeu? Ou eu falava: “Você é um burro”, quando eu tava chegando no meu limite mesmo, só assim que eu mostrava minha opinião. “Você é um burro, e o azul que é o melhor, porque eu acho isso e pronto e acabou”. Ou eu falava nada, ficava somente na minha. Não conseguia fazer esse meio termo, esse equilíbrio. Cortar o medo. [...] Tá vendo? Eu já estava pensando no que você queria que eu respondesse!

P6: Aí eu já fico pensando que seria muita gente, sabe? Porque igual assim, com os meus amigos é muito tranquilo. Eu já conheço eles, já tenho uma intimidade, então eu não tenho problema em conversar com eles. [...] Então, aí geralmente eu fico mais contida, fico mais quieta. Tanto é que quando eu falei pros meus amigos que eu tinha que ir no grupo, elas: “pra que você vai no grupo?”. Eu falei: “gente, pelo amor de Deus. Vocês veem como eu tô quando tem outras pessoas diferentes, como que é outra coisa. Com vocês que eu já conheço há anos é uma coisa”. Entendeu? Geralmente fico mais quieta. [...] Porque às vezes eu ia pensar em alguma coisa pra falar, mas aí juntava outras pessoas conversando e não sei o que... Aí eu ficava muito nervosa, aí fiquei mais quieta [...] Às vezes a gente vai lá e puxa assunto com uma pessoa. Eu ficava achando que a pessoa não ia achar aquilo interessante, e não sei o que, não sei o que... [...] Eu e o outro menino do grupo que tínhamos essa dificuldade, e a gente teve

um exercício aqui disso, dessa parte de relacionamento, paquera. [...] aí eu e esse menino estávamos na mesma. A gente não saía do lugar, ficava só olhando, não fazia nada porque não tinha coragem. Não fazia nada.

Além disso, o portador de TAS idealiza o que seria um desempenho social perfeito e aceitável, o que gera uma constante insatisfação e, como consequência, sente-se constantemente deslocado (LEAHY, 2011). Essas distorções reforçam aquele ciclo de pensamentos ruminantes até mesmo de uma autoimagem negativa, gerando comportamentos de evitação e manutenção da ansiedade.

As dificuldades apresentadas pelos ansiosos sociais referentes às atividades ocupacionais, sociais e de lazer, assim como os obstáculos nas relações pessoais evidenciam as restrições vividas pelos ansiosos sociais, corroborando com Moraes, Crippa e Loureiro (2008), quando afirmam que essas limitações são capazes de elucidar os prejuízos funcionais nas práticas diárias do indivíduo, de forma a inferir diretamente na saúde em seus diversos aspectos.

8.5 Percepção de Qualidade de Vida antes do grupo

O intuito desta categoria foi tentar entender se, depois de instigar uma reflexão acerca de qualidade de vida, os entrevistados conseguiriam perceber como a QV era antes da intervenção em grupo, respeitando suas concepções. Desta forma, seria possível compreender um pouco mais os efeitos do trabalho terapêutico do Grupo de Tímidos e quais aspectos este poderia inferir direta e indiretamente.

As respostas obtidas foram coerentes com as definições dadas pelos participantes sobre QV, entretanto, mesmo aqueles que afirmaram conhecer o termo qualidade de vida, não tinha a sua percepção de forma clara antes da intervenção. Todos os entrevistados possuíam a consciência de que algo estava falho, ou que alguns aspectos da vida precisavam melhorar. Inclusive, essa sensação é que os motivou a procurar ajuda psicológica e o grupo em questão. É possível perceber que alguns deles só refletiram sobre o assunto a partir do momento em que foram indagados na entrevista, questionados se já possuíam a percepção de como estavam a qualidade de vida deles antes da intervenção terapêutica. Confere os principais pontos levantados abaixo:

P1: [...] o grupo afetou essa percepção. Porque antes eu ficava só pressionada com as coisas que eu tinha pra fazer...Eu acho que ela não tá tão boa, porque eu ainda não sei dosar meu tempo entre faculdade e lazer. Mas em comparação ao que já foi eu aprendi muita coisa. Então hoje em dia, vamos supor, eu tenho uma prova. No ensino médio eu estudaria pra essa prova a semana inteira, sem fazer nada além daquilo. Hoje em dia não, eu vejo um filme, vou passear com minha cachorrinha...antes não, então eu mudei.

P2: Talvez eu tenha agora, mas eu não tive antes, assim tipo, de começar a procurar a me tratar, e tal. [...] Aí eu tava tendo crise ansiosa, a cada toda semana e tal. Porque demorou um mês para fazer amigos e tal. E mesmo assim, estando no Rio, eu perdi uma quantidade de amigos. Que eu tô na faculdade. É aquela coisa. A gente perde contato. Muda tudo, e fiquei tipo meio que sozinho. Aí eu não saía de casa e tal. E só meio que me afundando no desespero de o que eu ia fazer com minha vida. Aquela tristeza assim que acompanha a gente. Uma coisa quase que entrando em um estado de depressão. Sei lá, eu não sei. E eu acho que, olhando pra trás, agora, eu posso afirmar que tenho uma qualidade de vida, porque foi uma barra pesada.

P3: Não...Eu tinha, mas talvez nunca materializei assim.

P4: Antes do grupo eu tava passando um momento mais de sobrecarga. Eu tava fazendo mestrado, trabalhando, não tirei licença pra fazer. Então assim, eu trabalhava de segunda a sexta, eu mexia no mestrado de segunda a sábado, às vezes no domingo eu acabava pegando um pouquinho também. Então eu tava tendo muito tempo de trabalho e estudo, e pouco tempo de descanso e lazer. [...] Então, mas às vezes eu me sentia um pouco como aquela música lá do Raul Seixas que ele fala: “eu devia estar contente porque tenho um corcel... e não sei o que, não sei o que...”. Enfim, às vezes eu pensava assim: era pra eu estar mais realizado, porque eu tenho um emprego... [...] Tô fazendo mestrado - que eu batalhei tanto pra passar-, tenho uma esposa que tá sempre ao meu lado, que a gente se dá bem. Não era pro mestrado estar sendo tão desgastante assim. O meu orientador maravilhoso. Eu chegava lá agitadíssimo e ele me acalmava, não cobrava, não me pressionava. Enfim, às vezes eu sentia que era pra eu estar mais feliz com as coisas que eu tinha. De certa forma eu percebi que aquilo era uma consequência da ansiedade que eu não tinha controle. [...] Não pensava objetivamente na qualidade de vida...mas sentia que algo não estava certo.

P5: Olha, eu tava começando a pensar sobre, tanto que eu pensei em procurar um psicólogo por conta disso. Mas assim, vamo [sic] colocar que antes era bem menos do que agora. Agora parece que eu tô enxergando mais minhas necessidades e colocando mais em prática.

P6: Eu tinha... acho que eu tinha mais inconsciente, mas eu tinha. Eu sempre gostei de fazer isso, e sempre foi tipo mais uma prioridade. Eu não estava enxergando, reparando assim e tal...Analisar? Não, não... só sempre fui de fazer mais o que eu gostava.

Entendendo tais perspectivas, há o reconhecimento de que toda complexidade do conceito de qualidade de vida traz viés para tais percepções e reflexões. Somado a isso, a partir do momento que não há o conhecimento sobre o termo, ou um entendimento vago sobre QV, anteriormente à entrevista, dificulta toda uma análise sobre essa percepção.

Entretanto, todos confirmaram que existia uma consciência sobre alguns aspectos da vida importantes o suficiente para os impulsionarem a procurar ajuda ou até mesmo como referência de valores de vida. Ao mesmo tempo que esta consciência aparenta ser mais importante do que o conhecimento do termo em si ou seus fatores envolvidos, por ela ser responsável pela tomada de decisão e busca de melhoria, percebe-se que os sintomas, mesmo que diferentes entre eles, já existiam a longo prazo em suas vidas. Desta forma, há um questionamento sobre se a possibilidade de um conhecimento maior e melhor em relação a QV, sua importância e impacto na saúde bio-psico-social, poderia antecipar a procura por apoio terapêutico de forma a evitar sofrimentos e manutenção dos sintomas de ansiedade social e até mesmo precaver o desenvolvimento de outra comorbidade, como apareceu no relato de um dos participantes. Como já apresentado pela literatura, mesmo com a qualidade de vida afetada pelo TAS, apenas uma pequena parcela dos portadores buscam tratamento, de forma que colabora com a manutenção e evolução da comorbidade, sendo que profissionais da saúde e até mesmo os próprios ansiosos sociais apresentam dificuldades de identificar o transtorno (WITTCHEN et al., 2000).

Por isso, se o conhecimento sobre TAS e QV fosse mais difundido, tanto na sociedade quanto na formação e prática dos profissionais de saúde, talvez pudéssemos trabalhar com prevenção e ações mais imediatas, evitando a evolução da patologia, sofrimento pelos portadores e desencadeamento de outros transtornos, tão comum no quadro de TAS.

8.6 O impacto da intervenção em grupo na Qualidade de Vida

Nesta categoria, buscou-se compreender se diante das percepções subjetivas dos participantes houve algum impacto na qualidade de vida após serem submetidos à terapia cognitiva comportamental em grupo através do Grupo de Tímidos. Considerando que a TCCG tem sido uma das abordagens mais reconhecidas e empiricamente testadas para o tratamento de ansiedade social, tendo sua efetividade comprovada e trabalhada na literatura (ALMEIDA;

MARTINS; ALARCON, 2015), pretende-se entender em quais aspectos a intervenção consegue atingir, pelo olhar do participante, dentro da concepção que eles mesmos deram sobre a QV.

É sabido que essa abordagem incide no grupo de crenças do indivíduo e, de acordo com Dittz et al. (2015), para os ansiosos sociais essa técnica potencializa as mudanças cognitivas, podendo incentivar e motivar aos diversos enfrentamentos. Entretanto, como isso é experimentado pelo participante e reflete em sua qualidade de vida, são questionamentos que exigem uma subjetividade e até mesmo a flexibilidade de paradigmas, observados nas falas dos entrevistados:

P1: Eu acho que ela não tá tão boa, porque eu ainda não sei dosar meu tempo entre faculdade e lazer. [...] Então, saúde mental melhorou...melhorou não, pera. Piorou depois da faculdade...mas assim, melhorou depois do grupo. Tipo, eu to bem melhor agora em comparação ao que eu entrei! Questão de alimentação, é uma alimentação boa porque já há um tempo eu parei de comer carne, isso me ajuda muito, até em questão de estudo, me sinto mais leve...então em alimentação eu estou ok. Questão de esporte...estou horrível! Porque o tempo que eu tenho, eu não quero ir pra academia eu não quero sair de casa, eu quero dormir! Ainda mais agora, final de semestre, quando não tem prova eu quero ficar em casa! Igual sábado e domingo fui passear com minha cachorra e eu tive que me arrastar pra ir! Mas antes nem isso eu fazia...hoje é um esforço, mas assim, hoje em dia eu sei que é importante, entendeu? [...] O grupo afetou esse percepção...porque antes eu ficava só pressionada com as coisas que eu tinha pra fazer...[...] Porque eu acho que tudo isso influencia na saúde mental, e eu to no processo de mudar minha saúde mental. Então eu vou mudar outras coisas da minha vida. [...] Eu não sei se foi uma coisa direta ou se foi um reflexão que eu fiz. Não sei se é direto...ou se é algo que eu como participante fiz uma reflexão e mudei, entendeu?

Observa-se que a participante fez reflexões sobre aspectos que ela definiu como constituintes da qualidade de vida e alguns não são o foco da intervenção em si, alimentação - exercício físico. Porém, de acordo com os autores citados anteriormente, as mudanças nas cognições podem refletir no enfrentamento em outros contextos (Dittz et al., 2015), de forma que o trabalho realizado no Grupo de Tímidos pode ir além da ansiedade social exclusivamente.

P2: Acho que sim. Pra melhor, porque eu... Ah, teve uma situação que eu comentei no grupo, que antes do grupo talvez eu não conseguia fazer, que era: tive que ligar pra central de atendimento da internet, para comunicar, trocar... fazer uma “parada” lá. E eu consegui fazer sem me embaralhar. Consegui explicar pro cara o que era pra fazer e tal. Aí eu comentei isso no grupo, e aí eu tive o apoio deles e tal. Aí o pessoal também, que é do grupo, também comentou sobre, e eu achei essa interação legal, da gente ter conseguido vencer um pouquinho do dia e compartilhar.

P3: Interferiu porque eu escutei exatamente isso que eu te falei sobre você ter um tempo pra fazer as coisas que você gosta. Buscar um pouco disso. Foi o que eu escutei e eu tenho buscado fazer um pouco disso, pra não chegar fim de semana, chegar no domingo, e você ficar com aquela de: “ah, vai começar a semana toda de novo.” E começar aquele ciclo de pensamento e tal. Eu escutei isso e tenho tentado quebrar. Então me ajudou nesse ponto também. Pra melhor. [...] Assim, falaram de autoridade. É algo que eu ainda tenho dificuldade. As outras coisas tenho dado uma amenizada, comer em público pra mim, agora já tá de boa. Falar no telefone também, que era uma das coisas que tava na minha hierarquia também. [...] Falar no telefone. Essas coisas ficaram mais tranquilas pra mim. Mas o que mais me marcou mesmo foi apresentar trabalho. Eu achei até incrível a forma como isso mudou, porque eu não tava nem esperando. Depois que eu apresentei um, depois que eu tinha entrado no grupo, fui apresentar o primeiro, aí eu fiquei muito nervoso. Aí eu botei em prática algumas coisas, depois os próximos foram só acontecendo. [...] Meio que estou bem mais tranquilo agora pra apresentar. Bem mais confiante.

P4: Sim, porque eu tinha um fetiche de que qualquer coisinha que eu fizesse precisava estar perfeita pra ser boa. Então assim, se eu tirei 9,9 em uma prova que valia 10, não prestou porque era pra eu ter tirado 10, entendeu? Hoje em dia o grupo me ajudou a enxergar isso de forma diferente na maior parte das vezes, porque, fazendo alusão com a questão lá do cardiograma que você falou, às vezes esse pensamento ainda passa pela cabeça. Às vezes você manda super bem, mas em vez de pensar nos 99% que você mandou bem você pensa naquele 1%. [...] Mas de certa forma o grupo me ajudou a ver, por exemplo, no meu trabalho. Eu gosto muito do meu trabalho, mas ele é perfeito? Não é. Tem momentos ali que eu passo por situações estressantes, tem momentos ali que chega gente brava lá esbravejando comigo, sendo que às vezes nem é comigo. Eu tenho que escutar a pessoa esbravejar pra virar e falar assim: “É na porta do lado”. [...] Então assim, de certa forma, racionalmente, nos dias que eu estou bem, eu consigo reconhecer que eu tenho qualidade de vida. Às vezes tem dia que você quer um pouco mais. Às vezes tem dia que você vê seu colega viajando lá no Instagram e você queria estar viajando também. Mas as vezes você vê também um outro colega passando por alguma dificuldade, e você não tá passando por aquilo. Então isso tudo pesa. Às vezes a balança pende mais pra um lado positivo, às vezes pra um lado mais negativo. Mas, de modo geral, eu consigo reconhecer. [...] Ela é boa...e o grupo me ajudou a perceber isso. Nesse sentido, entendeu? Porque antes eu ficava muito naquela coisa do 1%. Aí o grupo, trocando ideia com os colegas e tudo, hoje em dia eu consigo vislumbrar isso. Igual você falou, tem altos e baixos. Mas de uma forma geral, se for traçar um linha, de uma forma geral é ‘assim’.

Essa mudança de percepção das situações apresentada pelo participante acima remete à adaptação cognitiva, um dos objetivos da TCCG, e à teoria de Beck, que ressalta que a forma como uma crença é ativada é o que a torna realmente disfuncional (NEUFELD; CAVENAGE, 2010). O participante reconhece que suas percepções são mutáveis de acordo com suas

sensações, não por causa dos contextos e/ou evidências: “nos dias que eu estou bem, eu consigo reconhecer que eu tenho qualidade de vida.”

A participante representada por P5 apresentou respostas muito fechadas, mesmo afirmando que o grupo impactou sua qualidade de vida: “Melhorou. Consideravelmente.” A fim de entender um pouco mais, foi pedido que especificasse mais sua percepção, quando a participante esclareceu que, em uma escala de 0 a 10, ela considera que melhorou em 6, apresentando a seguinte reflexão: “ Porque depende muito da minha atitude em relação a isso, entendeu? E eu ainda tô num processo de autoconhecimento.”

Ainda assim, esta resposta é muito favorável considerando que a intervenção é breve, de apenas 10 encontros, e conseguiu respeitar um dos objetivos da terapia em grupo (e também da TCC) que é tornar o paciente o seu próprio terapeuta, trabalhando com o participante sua autonomia e enfrentamento de situações ansiogênicas (PICON; KNIJNIK, 2008). É importante lembrar que esta resposta se refere à percepção da participante sobre o impacto que o grupo teve em sua QV, demonstrando o valor que este fator representa frente a todos os outros que ela considerou (alimentação, atividade física, descanso, apoio psicológico, lazer e autoconhecimento).

Por fim, a próxima fala fortalece a perspectiva do quanto a avaliação da qualidade de vida é influenciada pelas expectativas, satisfações e contextos de vida. Cada participante apresentou uma resposta considerando fatores e reflexões diferentes, de acordo com cada necessidade subjetiva e valor atribuído à esses aspectos.

P6: “Eu acho que ajudou. Ajudou porque eu tô tentando não só fazer esse ciclo com meus amigos, mas também estou tentando me abrir, não ficar tão fechada pra outras pessoas novas. Tentando ficar mais sociável... sei lá, não sei se seria a palavra. Entendeu? Porque igual eu te falei, é mais um receio de ficar menos quieta. Então eu tô tentando ali me incluir mais, porque a gente sempre conversa muito. Às vezes a gente vai lá e puxa assunto com uma pessoa. Eu ficava achando que a pessoa não ia achar aquilo interessante [...] Então eu tô tentando não ficar com esses pensamentos, e só tentando mudar, fazer diferente. Fluir, conversar com outras pessoas e ficar mais calma. Não ficar tensa com essas situações. [...] Eu consegui até chegar em uma menina. Eu nunca tinha feito isso. [...] Eu e o outro menino do grupo que tínhamos essa dificuldade, e a gente teve um exercício aqui disso, dessa parte de relacionamento, paquera. [...] A gente não saía do lugar, ficava só olhando, não fazia nada porque não tinha coragem. Não fazia nada. Aí eu consegui, né? Fiquei felizona. Igual criancinha: “Nossa, caralho!”. Igual criança. Eu contei pros meus amigos do grupo, que são umas 5 ou 6 pessoas, que somos mais

próximos. Falei: “gente, eu tô muito feliz. Eu tô muito emocionada. Não precisa de mais nada nesse ano, 2020 já valeu a pena. 30 anos nas costas e minha primeira vez na vida.” Já valeu a pena. Tá ótimo.

À vista disso, em conjunto com todas as falas exposta até aqui e revisão literária, é possível sim afirmar que o conceito de QV deve ser compreendido a partir da multidimensionalidade e da subjetividade como já sustentavam Seidl e Zannon (2004), de forma que a percepção do indivíduo deve ser priorizada diante da condição individual de saúde e de outros elementos fora da área médica que também constitui a qualidade de vida. Gonçalves (2006) já afirmava também a questão da QV ser estudada além de seus níveis materiais e quantitativos, mesmo que estes também constituam o termo. Acrescido a isso, retoma a Dryman et al. (2016) e suas conclusões sobre a necessidade de ter diferentes entendimentos sobre os domínios da qualidade de vida, já que um único fator considerado global permite todo um viés confusional diante dos diversos traços da QV em ansiosos sociais. Eles afirmam que isso poderia influenciar no tratamento e processo de melhoria, enfatizando a necessidade e importância de considerar a subjetividade na avaliação da qualidade de vida de um indivíduo.

8.7 Características e vantagens da terapia em grupo

Esta última categoria foi criada ao observar no relato dos participantes considerações relevantes e presentes na literatura abordada neste estudo de forma a ratificá-las. Por isso, torna-se importante tratá-las mesmo não sendo o foco do estudo.

É visto que um aspecto da efetividade da terapia em grupo para ansiosos sociais é justamente a exposição contínua a um fator possivelmente ansiogênico, que é a situação social, ou seja, o próprio grupo e sua participação já é um enfrentamento (BURLINGAME et al., 2016; PRINCIPE; VINCELLI; CAPODEROSE, 2019). Desta forma, torna-se visível nos relatos a seguir as vantagens dessa exposição grupal e as percepções dos participantes frente a essa característica:

PI: “Eu gostei porque era um encontro por semana. Então você vinha, aprendia alguma coisa e poderia aplicar isso na semana mesmo. Depois trazer e conversar com *os terapeutas (aqui ela usou o nome dos terapeutas)*. E também como era em grupo, tinham pessoas que muitas vezes você vê que passam por aquilo que você passa também. Então você se sente acolhido, você vê que você não está sozinho. Então foi assim uma perspectiva diferente, porque eu sempre achei que o trabalho em grupo fosse ser mais difícil de você se abrir e falar sabe? Porque tem pessoas assim... Mas eu gostei sabe, eu

achei que ajuda muito, porque você é escutado não só pelos psicólogos, mas também por outras pessoas e elas também têm visões diferentes da sua. Ou também porque você enxerga de uma forma um problema ou uma situação, então você não é ajudado só pelo psicólogo, mas como pelas outras pessoas também. Então, eu escuto o que eles falam e muitas vezes o que eles passam eu também posso ajudar. Então, eu achei genial assim ter mais pessoas. [...] Então, eu gostei bastante! [...] E tipo, o que eu falei de ser diferente é que as vezes...vamos supor, teve um que a dificuldade dele era ir reclamar em uma loja algum produto. Ai eu fiquei assim, “mas gente! Isso pra mim é uma coisa tranquila.” Mas em relação a apresentar trabalho eu quase morro! Se eu tiver trabalho na sexta feira eu vou sofrer a semana inteira. Já essa pessoa que falou isso sobre a troca da loja falou assim: “Não isso pra mim é super tranquilo, porque eu já dei aula de inglês e não sei o que....” Ai a gente chegou num consenso de que quando a gente é avaliado, tem algum professor ou alguma outra pessoa , aí fica tenso. Ai ele disse: “Pra mim também. Porque quando eu dava aula não tinha ninguém me avaliando né. Eu que era o professor.’ Então assim, a gente divergiu mas chegamos em um consenso de nós dois, né. E isso foi discutido também no grupo. [...] Essa questão de ficar em círculo, a gente fica mais à vontade, parece que está meio que incluído...não sei se faz sentido...dá um conforto.

P2: O suporte, o apoio que a gente tem. Porque eu no caso, como ansioso social, tenho essa dificuldade de conectar com as pessoas, e querer muito, e falar e tal. Ser uma pessoa mais ativa. E essa dificuldade em mim sempre trouxe a ansiedade. Então compartilhar experiências, e reunir, e falar, é algo que me dá uma satisfação. Seria a palavra? Não sei. Isso. É. Deixa meu dia mais leve.

No caso deste último paciente, é possível observar ainda as considerações de Hofmann (2004) que afirma que o trabalho em grupo oferece ao ansioso social interações com os outros participantes, estimulando o contato social e diminuindo o isolamento. Essa modalidade terapêutica torna-se, então, um espaço de aprendizagem para se relacionar e/ou desenvolver essa habilidade. Somado a isto, a literatura traz a dificuldade dos ansiosos sociais em compartilharem suas inseguranças e experiências, possuindo crenças de serem os únicos a experimentarem seus problemas ou de serem muito incomuns (PICON; KNIJNIK, 2008).

Assim, destaca-se que o contexto grupal se faz favorável para TAS, permitindo que os participantes escutem outras pessoas relatarem o mesmo problema ou sintomas que experimentam, de forma que fiquem mais propensos à reestruturação cognitiva, mudanças de crenças e posturas mais ativas no tratamento (PICON; PENIDO, 2011). De modo complementar, a TCCG possibilita que o indivíduo identifique semelhança dos seus sintomas e dificuldades no relato dos outros membros e o aprendizado por observação, possibilitando que ele absorva as exposições e mudanças dos outros dentro do grupo.

Além desses fatores estarem presente na fala de P1 acima, há exemplos de todos esses aspectos presentes na literatura nos relatos a seguir:

P3: Não, eu acho que em grupo é muito válido. Porque às vezes, igual eu por exemplo, às vezes eu não tenho muita vontade pra falar. Mas aí o outro fala e você se vê naquela mesma situação. Aí, de repente, vai ter uma ajuda pra ele que vai servir pra você. Acho que o grupo ajuda até nesses pontos. [...] As vezes uma coisa que o outro fala, serve pra você. Acho que pra ansiedade social, assim em grupo, é o ideal.

P4: Primeiro é essa questão dessa boa impressão que os profissionais passam pra gente. Essa questão da forma como se trabalha, os encontros foram conduzidos. Porque quando a gente passa por essas coisas, quando a gente tá do lado de cá, a gente tem uma impressão de que as vezes só a gente passa por aquilo. Daquela forma. A gente pensa que aqueles pensamentos distorcidos, automáticos, que aquilo acontece só com a gente. E quando a gente vê pessoas de sexo diferentes, idades diferentes, realidades diferentes da sua, passando por situações semelhantes, você vendo ali em outra pessoa uma coisa bem parecida com o que você vive, isso traz, de certa forma, um alívio, porque você pensa que você não tá sozinho. Que não é uma coisa só sua, né? E isso acho que foi muito bem trabalhado também, né?

P6: Ah, acho que sim. Me ajudou, lógico, a principalmente ver que não é só eu que tinha os mesmos medos e os mesmos receios. Ver que tinha mais gente. Isso eu acho que é mais tranquilizador. Foi bem legal.

A literatura revela que as intervenções características da TCC reduzem os sintomas de ansiedade social e também os sintomas associados (ALDEN et al., 2018; WONG et al., 2014). Especificamente na TCCG, os ansiosos sociais desenvolvem mais seus processos e mudanças cognitivas, resultando em maior motivação para diversos enfrentamentos (DITZ et al., 2015). É através desses aspectos que se alcança um dos objetivos da TCCG, que é quebrar o ciclo cognitivo-afetivo-comportamental dos ansiosos sociais, estimulando o enfrentamento das diversas situações ansiogênicas.

P5: Foi muito interessante para eu rever várias atitudes que eu tive, pra me relacionar melhor no geral, ao redor assim. E isso me trouxe menos carga de estresse. Parece que foi um efeito dominó, sabe? Menos carga de estresse. Aí tipo assim... sei lá. Meu apetite ficou muito melhor. Eu consegui olhar mais pra mim com menos culpa. Por quê? Antes eu ficava: “nossa tenho que focar no sei o que, tenho que ganhar dinheiro pra ajudar minha mãe”. Aonde que eu tava nessa operação? Eu não me incluía, sabe? Aí depois do grupo, me ajudou a... parece que eu coloquei a câmera um pouco mais em mim e como eu agia ao meu redor. Porque antes eu nem enxergava, e nem enxergava como eu agia no meu ambiente, entendeu?

Frente ao exposto nesta categoria, é importante destacar que o número de participantes é um viés considerado ao compor o grupo terapêutico, de forma a respeitar a literatura e os variados aprendizados do núcleo responsável pelo Grupo de Tímidos (NEVAS). Sendo assim, o número reduzido de membros constituindo o grupo é essencial para minimizar o desconforto e ansiedade, ainda que sem atrapalhar a interação social, porém mantendo a natureza grupal de forma a ser um enfrentamento por si só.

Desta forma, torna-se possível a interação grupal, trocas de experiências entre os participantes, a percepção de distorções cognitivas e seu compartilhamento, o aprendizado em conjunto, tudo isso favorecendo que o indivíduo assuma o compromisso de mudança e esforço diante o grupo.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu explorar as percepções que os participantes têm sobre o termo qualidade de vida e sua relação com a intervenção grupal baseada em Terapia Cognitiva Comportamental a qual foram submetidos. Este estudo possibilitou a confirmação de que há uma dificuldade no entendimento do conceito sobre qualidade de vida, sendo vista e elaborada de forma muito mais subjetiva e contextual para o indivíduo, como também menos teórica e objetiva. Foi possível perceber o quanto o conceito elaborado pelos participantes teve relação com suas experiências, momento de vida, sobre o que consideram importante para o seu bem-estar e satisfação e as expectativas individuais. Por mais que alguns fatores fossem constituintes da QV e presentes também na literatura, ficou evidente como o valor e o peso dado a cada um se diferencia significativamente de um indivíduo para o outro. Torna-se inevitável a conclusão de que, ao analisar a qualidade de vida de um grupo ou sujeito, deve-se ir além das questões biológicas e materiais, sendo necessário uma compreensão diferenciada dos domínios da QV, dando ênfase na avaliação subjetiva e contexto de vida.

Ao mesmo tempo, a intenção aqui não é desvalorizar os aspectos objetivos da qualidade de vida e nem excluir suas análises. Foi possível observar também ao longo da pesquisa, a interdependência entre os aspectos subjetivos e objetivos nas reflexões e percepções dos participantes. Em algumas falas, ficou presente o quanto um fator objetivo estar “satisfatório”, faz com que ele não seja considerado ou tenha um valor relativizado. Desta forma, toda construção subjetiva acerca das percepções e expectativas é baseada também na conformidade

com as condições objetivas de vida, ratificando que sua compreensão é relativa e se difere a cada indivíduo, contexto e grupo, como visto em toda literatura retratada.

Sabendo que a intervenção apresenta limitação em atuar diretamente em todas as dimensões da qualidade de vida, foi possível identificar também o quanto mudanças cognitivas, trabalhadas no grupo terapêutico, refletem em outros aspectos da QV, o que é, às vezes, até reconhecido pelo próprio indivíduo. Um dos exemplos aparentes foi o relato de que um dos ensinamentos do grupo foi ajudar na percepção do quanto se exercitar e comer melhor influenciam no autocuidado e na qualidade de vida, mesmo que isso não tenha sido foco da intervenção.

É através destes resultados que surgem questionamentos sobre a dimensão de atuação do Grupo, o quanto ele realmente impacta na qualidade de vida do participante mesmo dentro de toda a diversidade de percepções, conceitos e o quanto esta pesquisa qualitativa traz uma gama de informações importantes e únicas, impossíveis de serem captadas em dados quantitativos. Admite-se a necessidade de um estudo mais amplo, com maior número de participantes a fim de uma riqueza ainda maior de informação e às vezes até mesmo permitindo uma comparação quali e quanti.

Destaca-se então, a necessidade de novos estudos a fim de aprofundar essa diferença de percepção e construção do conceito de qualidade de vida, bem como ampliar a reflexão e analisar as possíveis diferenças encontradas nos resultados ao avaliar a QV qualitativamente e talvez até através de testes quantitativos. Será que há uma diferença significativamente nos resultados quanti e quali? Qual será o principal desafio encontrado? É possível aproximar um teste ainda mais das questões subjetivas? São reflexões que devem estar presente não só na literatura e nas pesquisas futuras, como também na formação acadêmica e profissional a fim de desenvolver olhares diferenciados para o indivíduo e para conceitos tão “fechados” como saúde, bem-estar e até mesmo qualidade de vida.

Questiona-se ainda o quão necessário se faz a maior divulgação sobre o conceito teórico de qualidade de vida, de forma a ajudar a população a se atentar mais para os fatores que a constituem e até mesmo desenvolvê-los. Considerando ainda o conhecimento sobre a ansiedade social, de forma a evitar a evolução desse transtorno e o desencadeamento de outras comorbidades, diminuindo o sofrimento dos portadores e promovendo mais saúde em geral.

Neste viés, considera-se um outro fator positivo desta pesquisa o apoio à população de Juiz de Fora através do atendimento psicoterápico proporcionado pelo “Grupo de Tímidos” e a

psicoeducação sobre “Qualidade de vida”, proporcionando novas reflexões e consciência para os participantes. Até o presente momento, este é o único projeto que oferece suporte aos ansiosos sociais através da TCCG na região, recebendo ainda mais atenção já que é sabido a presença significativa do transtorno de ansiedade social, a dificuldade de tratamento e até mesmo de sua identificação já abordado na literatura. Este projeto torna possível o retorno direto à comunidade sobre os estudos e pesquisas desenvolvidas no meio acadêmico, indo além do progresso científico e contribuição de conhecimento, disponibilizando apoio social e psicológico.

Por fim, é importante salientar a ausência de estudos na literatura que apresentam detalhadamente os resultados qualitativos da qualidade de vida em ansiosos sociais. As pesquisas encontradas focaram na discussão dos dados quantitativos e não apresentaram especificamente os relatos, ou seus recortes, de forma a deixar claro os dados qualitativos e subjetivos. Constata-se então, que a presente pesquisa se faz pioneira nesse campo de estudo por expor de forma diferenciada essa subjetividade dos ansiosos sociais e a maior visualização dos dados qualitativos, pouco presente na literatura. Junto a isto, destaca-se a necessidade de mais pesquisas nessa realidade, para acrescentar ainda mais estudos e intervenções no contexto brasileiro, já que a maioria da literatura é estrangeira.

REFERÊNCIAS

ALDEN, L. E. et al. Treatment of social approach processes in adults with social anxiety disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 86, n. 6, p. 505–517, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000306>

ALMEIDA, C. DE; MARTINS, E. M.; ALARCON, R. T. Aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo na Ansiedade. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 11, n. 1, p. 32–41, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150005>

ALMEIDA, M. A. B. DE; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP., 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition: DSM-5**. 5. ed. Washington, DC: Author., 2014.

BADARÓ, A. C.; MIRANDA, M. B.; PAIVA, A. C. G. Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) e Ansiedade Social. In: LOURENÇO, L. et al. (Eds.). **Transtorno de Ansiedade Social: perspectivas sociais e clínicas**. Curitiba: CRV, 2019. p. 143–150.

BADOS, A. **Fobia Social: natureza, evaluación y tratamiento**. Universitat de Barcelona. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic.: [s.n.]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/2445/6321>>. Acesso em: 14 maio. 2019.

BARBOSA, S. R. C. S. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, S. R. C. S. (org). **A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM**. Campinas: UNICAMP, 1998. p. 401–423.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo** (L. de A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). (Obra original publicada em 1977). São Paulo: Edições 70, 2006.

BARRERA, T. L.; NORTON, P. J. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 23, n. 8, p. 1086–1090, 2009. DOI: 10.1016/j.janxdis.2009.07.011

BECK, A. T. Além da crença: Uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. In: (ED.), P. M. Salkovskis. **Fronteiras da terapia cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 21–40.

BIELING, P. J.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M.M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

BODEN, M. T. et al. The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder. **Behaviour research and therapy**, v. 50, n. 5, p. 287–291, 2012. DOI: 10.1016/j.brat.2012.02.007.

BOOK, S. W.; RANDALL, C. L. Social anxiety disorder and alcohol use. **Alcohol Research & Health**, v. 26, n. 2, p. 130–135, 2002.

BREAKWELL, G. M. Métodos de entrevista. In: BREAKWELL, G. M. et al. (Eds.). **Métodos de pesquisa em Psicologia**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010. p. 238–259.

BURATO, K. R. S. D. S.; CRIPPA, J. A. D. S.; LOUREIRO, S. R. Validade e fidedignidade da Escala de Comportamento de Segurança na Ansiedade Social (ECSAS). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 5, p. 175–81, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832009000500001>

BURLINGAME, G. M. et al. Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compare a 25-year meta-analytic perspective. **Psychotherapy**, v. 53, n. 4, p. 446–461, 2016. DOI: 10.1037/pst0000090

CRIPPA, J. A. S. et al. **Transtorno de Ansiedade Social: Diagnóstico**. Associação Brasileira de Psiquiatria e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Diretrizes Clínicas na saúde suplementar: [s.n.]. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/ans/transtorno_da_ansiedade_sociedade_social-diagnostico.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CORREIA, C. M. G. G. DA S. **O APOIO SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO CONCELHO DE FARO**. Universidade do Algarve, Faro, Portugal, 2009.

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

D'EL REY, G. J. F.; PACINI, C. A. Tratamento da fobia social circunscrita por exposição ao vivo e reestruturação cognitiva. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 32, n. 4, p. 231–235, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000400005>

DITZ, C. P. et al. A terapia cognitivo-comportamental em grupo no Transtorno de Ansiedade Social. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 15, n. 3, p. 1061–1080, 2015.

DIXON, L. J. et al. The Role of Emotion-Driven Impulse Control Difficulties in the Relation Between Social Anxiety and Aggression. **Journal of Clinical Psychology**, v. 73, n. 6, p. 722–732, 2017. <https://doi.org/10.1002/jclp.22372>

DOGAHEH, E. R.; MOHAMMADKHANI, P.; DOLATSHAHI, B. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy in reducing fear of negative evaluation. **Psychological Reports**, v. 108, n. 3, p. 955–962, 2011. DOI: <https://doi.org/10.2466/02.21.PR0.108.3.955-962>

DRYMAN, M. T. et al. Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 38, p. 1–8, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.003>

ENG, W. et al. Quality of life following cognitive behavioral treatment for social anxiety disorder: Preliminary findings. **Depression and Anxiety**, v. 13, n. 4, p. 192–193, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.1037.abs>

ENG, W. et al. Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 19, n. 2, p. 143–156, 2005. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.01.007>

ERWIN, B. A. et al. The Internet: Home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? **Journal of Anxiety Disorders**, v. 18, n. 5, p. 629–646, 2004. DOI: [10.1016/j.janxdis.2003.08.002](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2003.08.002)

FERREIRA, C. A. N. F. **Envelhecimento e lazer: um caminho para a qualidade de vida**. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2009.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultado de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793–799, 2003. DOI: [10.1590/s0034-89102003000600016](https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000600016)

FLECK, M. P. DE A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19–28, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100006>

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000. DOI: [10.1590/s0034-89102000000200012](https://doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012)

GÓMEZ-ORTIZ, O. et al. Parenting practices and adolescent social anxiety: A direct or indirect relationship? **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 19, n. 2, p. 124–133, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.04.001>

GONÇALVES, S. M. M. **Mas, afinal, o que é felicidade? Ou, quão importantes são as relações interpessoais na concepção de felicidade entre adolescentes.** Instituto de psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Eds.). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas.** Barueri: Manole, 2004. p. 03–25.

GOLDIN, P. R. et al. Neural Mechanisms of Cognitive Reappraisal of Negative Self-Beliefs in Social Anxiety Disorder. **Biological Psychiatry**, v. 66, n. 12, p. 1091–1099, 2009. DOI: [10.1016/j.biopsych.2009.07.014](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.07.014)

HEDMAN, E. et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet-vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-Year follow-up of a randomized trial. **Behaviour research and therapy**, v. 59, p. 20–29, 2014. DOI: [10.1016/j.brat.2014.05.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.010)

HEIMBERG, R. G.; MAGEE, L. Transtorno de ansiedade social. In: BARLOW, D. H. (Ed.). **Manual Clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo.** Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 114–154.

HEIMBERG, R. G. et al. Cognitive-Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Effectiveness at Five-Year Follow-up. **Cognitive Therapy and Research**, v. 17, n. 4, p. 325–339, 1993. DOI: doi.org/10.1007/BF01177658

HOFMANN, S. G. Self-focused attention before and after treatment of social phobia. **Behaviour research and therapy**, v. 38, p. 717–725, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00105-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00105-9)

HOFMANN, S. G. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 72, n. 3, p. 392–399, 2004.

HOFMANN, S. G.; DIBARTOLO, P. M. An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. **Behavior Therapy**, v. 31, n. 3, p. 499–515, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80027-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80027-1)

HOFMANN, S. G.; HEINRICHS, N. Differential effect of mirror manipulation on self-perception in social phobia subtypes. **Cognitive therapy and research**, v. 27, n. 2, p. 131–142, 2003. DOI: doi.org/10.1023/A:1023507624356

HOLLON, S. D.; SHAW, B. F. Terapia cognitiva de grupo para pacientes depressivos. In: BECK, A. T. et al. (Eds.). **Terapia Cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979. p. 319–343.

HOPE, D. A.; HEIMBERG, R. G.; TURK, C. L. **Terapia cognitivo-comportamental para ansiedade social: Guia do terapeuta**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 26, n. 3, p. 297–304, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300003>

ITO, L. M. et al. Cognitive-behavioral therapy in social phobia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. SUPL. 2, p. 96–101, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600007>

KAMPMANN, I. L. et al. Exposure to Virtual Social Interactions in the Treatment of Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. **Behaviour research and therapy**, v. 77, p. 147–156, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.016>

KESSLER, R. C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 593–602, 2005. DOI: [10.1001 / archpsyc.62.6.593](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593)

KNIJNIK, D. Z. **Fobia Social Generalizada: um estudo comparativo de duas modalidades terapêuticas**. Tese de Doutorado. UFRS, Porto Alegre, 2008.

LANGER, J. K. et al. Symptoms of social anxiety disorder and major depressive disorder: A network perspective. **Journal of Affective Disorders**, v. 243, p. 531–538, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.078>

LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LOCHNER, C. et al. Comparison of Obsessive-Compulsive Disorder, Social Anxiety Disorder, and Panic. **Psychopathology**, v. 36, p. 255–262, 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000073451>

MAHAFFEY, B. L. et al. The Contribution of Experiential Avoidance and Social Cognitions in the Prediction of Social Anxiety. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 41, n. 1, p. 52–65, 2013. DOI: [doi:10.1017/S1352465812000367](https://doi.org/10.1017/S1352465812000367)

MASIA-WARNER, C. et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents : An Initial Psychometric Investigation. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 42, n. 9, p. 1076–1084, 2003. DOI: [10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89](https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89)

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000. DOI: doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 25, n. 4, p. 568–574, 2010. DOI: doi.org/10.1590/S0102-76382010000400022

MORAIS, L. V. DE; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social : uma revisão. **Revista de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, 2008. DOI: doi.org/10.1590/S0101-81082008000200007

NARDI, A. E. Complicações e limitações. In: NARDI, A. (Ed.). **Transtorno de ansiedade social: fobia social – a timidez patológica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. p. 51–57.

NEUFELD, C. B. Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In: RANGÉ, B. (Ed.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 737 – 750.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, p. 3–36, 2010.

NEUFELD, C. B. et al. Aspectos técnicos e o processo em TCCG. In: NEUFELD, C.; RANGÉ, B. P. (Eds.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 33–54.

OLATUNJI, B. O.; CISLER, J. M.; TOLIN, D. F. Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**, v. 27, p. 572–581, 2007. DOI: [dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promoción de la Salud: glosario**. Genebra, 1998. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67246>>. Acesso em: 8 de jul. de 2020.

PATEL, A. et al. The economic consequences of social phobia. **Journal of Affective Disorders**, v. 68, p. 221–233, 2002. DOI: [doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00323-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00323-2)

PEDROSO, B.; PICININ, C. T.; GUTIERREZ, G. L. Inferências da Organização Mundial da Saúde na promoção da qualidade de vida: uma explanação contemporânea dos instrumentos WHOQOL. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, n. 4, p. 19–25, 2013. DOI: [10.3895/S2175-08582013000400003](https://doi.org/10.3895/S2175-08582013000400003)

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. DOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>

PICON, P. **Desenvolvimento da Versão em Português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) e Estudos de Fidedignidade e Validade em Amostras Populacional e Clínica Brasileiras**. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

PICON, P.; KNIJNIK, Z. Fobia Social. In: KNAPP, P. (Ed.). **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 226–247.

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

PRINCIPE, E.; VINCELLI, F.; CAPODEROSE, G. Psicoterapia cognitivo-comportamentale di un caso di Fobia Sociale. **Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale**, v. 25, n. 2, p. 199–217, 2019.

RAPAPORT, M. H. et al. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 6, p. 1171–1178, 2005. DOI: [dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1171)

RANGÉ, B. P.; PAVAN-CÂNDIDO, C. C.; NEUFELD, C. B. Breve histórico das terapias em grupo e da TCCG. In: NEUFEULD, C.; RANGÉ, B. P. (Eds.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupos: das evidências à prática**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 17–32.

RODRÍGUEZ, J. O. et al. Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. **Psicología Conductual**, v. 11, n. 3, p. 405–427, 2003.

RUSCIO, A. M. et al. Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. **Psychological Medicine**, v. 38, n. 1, p. 15–28, 2008. DOI: doi.org/10.1017/S0033291707001699

SAGAR, S. S.; STOEBER, J. Perfectionism, fear of failure, and affective responses to success and failure: the central role of fear of experiencing shame and embarrassment. **Journal of Sport & Exercise Psychology**, v. 31, n. 5, p. 602–627, 2009. DOI: doi.org/10.1123/jsep.31.5.602

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. DA C. Qualidade de vida e saúde, aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de saúde pública**, v. 20, n. 2, p. 580–588, 2004.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREIDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v. 21, n. 4, p. 166–172, 2011.

SILVA, C. M. et al. Ações Públicas Voltadas para Qualidade de Vida do Idoso. In: GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R.; MENDES, R. (Eds.). **Políticas públicas qualidade de vida e atividade física**. Campinas: IPES, 2011. p. 145–153.

SOUZA, R. A. DE; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515–523, 2003. DOI: doi.org/10.1590/S1413-294X2003000300019

STEIN, M. B.; STEIN, D. J. Social anxiety disorder. **The Lancet**, v. 371, n. 9618, p. 1115–1125, 2008. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)

TILLFORS, M.; FURMARK, T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 42, n. 1, p. 79–86, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0143-2>

THORGEIRSDOTTIR, M. T.; BJORNSSON, A. S.; ARNKELSSON, G. B. Group Climate Development in Brief Group Therapies: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Group Therapy and Group Psychotherapy for Social Anxiety Disorder. **Group Dynamics: Theory, Research, and Practice**, v. 19, n. 3, p. 200–209, 2015.

ULU, I.; TEZER, E. Adaptive and maladaptive perfectionism, adult attachment, and big five personality traits. **Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied**, v. 144, n. 4, p. 327–340, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223981003784032>

VAN, A. M.; MANCINI, C.; FARVOLDEN, P. The impact of anxiety disorders on educational achievement. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 17, n. 5, p. 561–571, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00228-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00228-1)

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246–252, 2005. DOI: [dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006](https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006)

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Eds.). **Qualidade de Vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004. p. 27–62.

WANG, P. S. et al. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. **Arch Gen Psychiatry**, v. 62, n. 6, p. 629–640, 2005. Doi: 10.1001 / archpsyc.62.6.629

WATANABE, N. et al. Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A prospective cohort study. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 1–10, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-81>

WERSEBE, H. et al. Well-being in major depression and social phobia with and without comorbidity. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, v. 18, n. 3, p. 201–208, 2018. DOI: [http:// dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.06.004](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.06.004)

WITTCHEN, H. U. et al. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia - Findings from a controlled study. **European Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 46–58, 2000. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00211-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00211-X)

WHITE, J. R. Introdução. In: WHITE, J. R.; FREEMAN, A. S. (Eds.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. São Paulo: Roca, 2003. p. 03–30.

WONG, J. et al. Implicit associations in social anxiety disorder: The effects of comorbid depression. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 28, n. 6, p. 537–546, 2014. DOI: [10.1016 / j.janxdis.2014.05.008](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.008)

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

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa A Qualidade de Vida em Ansiosos Sociais (tímidos) após a Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo: uma análise pós intervenção terapêutica. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é que o transtorno de ansiedade social (TAS) é o terceiro problema de saúde mental mais comum, depois da depressão e o abuso de álcool. Nesta pesquisa pretendemos avaliar a mudança da qualidade de vida de ansiosos sociais submetidos a terapia cognitiva comportamental no projeto da UFJF/NEVAS “A efetividade da terapia cognitivo-comportamental de grupo em pacientes com ansiedade social: pesquisa e extensão”, intitulado informalmente “Grupo de Tímidos”.

Caso você concorde em participar, vamos fazer a seguinte atividade com você: uma entrevista com perguntas sobre qualidade de vida, a eficácia do atendimento psicoterápico em grupo e se houve a percepção da melhora da qualidade de vida após a intervenção terapêutica. Esta pesquisa possui riscos mínimos e, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, é garantido o sigilo sobre a identificação e as informações referentes ao participante e a possibilidade de interrupção ou cancelamento da entrevista. A pesquisa pode ajudar na melhoria da qualidade de vida subjetiva do participante, de forma que o aprendizado oferecido seja aproveitado ao longo das adversidades vividas pelo participante.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causa das atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. 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. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do

Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Ana Carolina Gusmão e Paiva
Campus Universitário da UFJF
Departamento de Psicologia
Instituto de Ciências Humanas – ICH
CEP: 36036-900
Fone: (32) 98404-0180
E-mail: ac.gusmaoepaiva@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: CEP.PROPESQ@UFJF.EDU.BR

APÊNDICE II - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA QUALIDADE DE VIDA EM ANSIOSOS SOCIAIS

- 1- O que achou do grupo? Como foi pra você?

- 2- Ficou alguma dúvida em relação ao tratamento realizado em grupo? Quais?

- 3- Você acredita que aprendeu algo no grupo? Se sim, o que aprendeu? Acha que usará os aprendizados futuramente/ ao longo da vida?

- 4- Você poderia propor alguma sugestão para próximos grupos?

- 5- Você sabe o que é Qualidade de Vida? Descreva.

- 6- Quais os fatores que interferem na sua qualidade de vida? (A fim de conseguir separar o que o grupo consegue atingir ou não)

- 7- Antes de participar do grupo você tinha a percepção da sua Qualidade de vida?

- 8- De acordo com a sua percepção, você considera que o Grupo de tímidos afetou sua Qualidade de vida? Como? (Se precisar, pedir exemplos)

- 9- Alguma dúvida sobre qualidade de vida? E sobre a ansiedade social? Se sim, quais?

- 10- Você indicaria o grupo para alguém? Porquê?

ANEXO I

Universidade Federal de Juiz de Fora

Departamento de Psicologia

Centro de Psicologia Aplicada – CPA



Ficha Cadastral - ADULTO Número no livro de registro

I-Identificação Pessoal:

Nome de Registro: _____ Data de Nascimento ___ / ___ / ___

Nome Social: _____

Sexo: Feminino Masculino**MOTIVO DA PROCURA:**

Encaminhado por: Instituição: _____ Pessoa física: _____

Atendido por: _____ Data da triagem: ___ / ___ / ___

Data do retorno: ___ / ___ / ___ Veio ao retorno: Sim Não **Disponibilidade:** Manhã _____ Tarde _____ Noite _____**ENCAMINHAMENTO PARA:**

Nome: _____ Dia/Hora: _____

 Estagiário Consultório Psi Externo**Filiação:**

Pai: _____

Mãe: _____

Estado civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo Outros

Escolaridade:

Ensino Fundamental Ensino Médio Graduação Pós-graduação

Completo Incompleto

Endereço Residencial:

Rua: _____

Compl: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone:

Residência: _____ Celular: _____

Recado: _____

II- Dados sócio econômicos da família:

2.1-Despesas:

a) Você mora:

Sozinho Com marido ou esposa Outros membros da família Outros

b) Se mora com alguém, quantas pessoas residem com você?

c) Situação da moradia:

Casa própria Aluguel Outros _____

d) Quem assume as despesas domésticas (luz, água, telefone, alimentação, moradia, transporte, etc.):

Você mesmo Os pais Você e outros Outros

2.2-Educação:

- a) Situação escolar: Estuda atualmente Não estuda atualmente
- b) Se inserido no sistema escolar, estuda em? Escola pública. Escola particular.
- c) Outros membros da família estão estudando? Sim Quantos? _____ Não
- d) Em qual sistema escolar estão inseridos?
 Escola pública. Quantos? _____ Escola particular. Quantos? _____
- e) No caso de rede privada, quem assume as mensalidades escolares?
 Você mesmo A família Bolsa de estudos Outros

2.3-Ocupação e renda:

- a) Que atividade exerce no momento?

- b) Quanto recebe? _____
- c) Empresa que trabalha? _____
- d) Endereço: _____
- e) Telefone: _____
- f) Há quanto tempo realiza esta atividade?

- g) Recebe algum benefício (Bolsas do governo, Benefícios do INSS, etc.)?

- Renda Familiar: _____

II – Dados da saúde física ou psicológica

- a) Já fez atendimento psicológico? Não. Sim.
 Local: _____
- b) Algum membro da família já fez ou faz atendimento psicológico no CPA?

Não Sim. Quem? _____ Quando?

Qual profissional?

c) Teve algum problema de saúde (Física e/ou mental)? Não. Sim.

Qual? _____

Quando? _____

d) Faz tratamento médico? Não Sim.

Qual tipo?

e) Já foi internado em clínica psiquiátrica? Não Sim

Local: _____

f) Fez ou faz uso de medicação? Não Sim

Qual (is)? _____

IV – Possibilidades, limites e implicações de custo financeiro dos serviços prestados pelo CPA.

4.1- Quem será o responsável pelo pagamento dos atendimentos?

4.2- Análise sócio econômica: _____

V – Observações da primeira entrevista:

ANEXO II



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 pode suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou 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 NCS Pearson, Inc. 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®. BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

ANEXO III

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

Escala de Fobia Social - Liebowitz

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

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

ANEXO IV

BDI-II Inventário de Depressão de Beck	Nome: _____
	Data: ___ / ___ / ___ Sexo: ___

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

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2 Estou triste o tempo todo. 3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>7. Autoestima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a). 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a). 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a). 3 Não gosto de mim.</p>
<p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2 Não espero que as coisas deem certo para mim. 3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual. 1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser. 3 Eu me critico por todos os meus.</p>
<p>3. Fracasso Passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a). 1 Tenho fracassado mais do que deveria. 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p>	<p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum desejo de me matar. 1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
<p>4. Perda de Prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto. 1 Não sinto tanto prazer com as coisas como eu costumava sentir. 2 Tenho muito pouco prazer pelas coisas que eu costumava gostar. 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar</p>	<p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes. 1 Choro mais agora do que costumava chorar. 2 Choro por qualquer coisinha. 3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p>
<p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a). 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito. 2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo. 3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p>	<p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado. 3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p>
<p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a). 1 Sinto que posso estar sendo punido(a). 2 Eu acho que estou sendo punido(a). 3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>12. Perda de Interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades. 1 Estou menos interessado pelas outras atividades ou coisas do que costumava estar. 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas. 3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>

<p>13. Indecisão</p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p>	<p>18. Alterações no apetite</p> <p>0 Não perdi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p>
<p>14. Desvalorização</p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto como menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p>	<p>19. Dificuldade de concentração</p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p>
<p>15. Falta de Energia</p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p>	<p>20. Cansaço ou Fadiga</p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas coisas do que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p>
<p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p>	<p>21. Perda de interesse por sexo</p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse no sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
<p>17. Irritabilidade</p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p>	

ANEXO V



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Qualidade de Vida em Ansiosos Sociais após a Terapia Cognitiva Comportamental em Grupo: uma análise pré e pós intervenção terapêutica

Pesquisador: ANA CAROLINA GUSMÃO E PAIVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 11758919.8.0000.5147

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.452.467

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.452.467

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.452.467

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1327100.pdf	11/07/2019 22:22:59		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	11/07/2019 22:21:14	ANA CAROLINA GUSMÃO E PAIVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	11/07/2019 22:20:46	ANA CAROLINA GUSMÃO E PAIVA	Aceito
Outros	sigilo.doc	12/04/2019 13:05:24	ANA CAROLINA GUSMÃO E PAIVA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	instrumentos.pdf	12/04/2019 13:03:45	ANA CAROLINA GUSMÃO E PAIVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.docx	11/04/2019 18:36:21	ANA CAROLINA GUSMÃO E PAIVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	11/04/2019 18:35:13	ANA CAROLINA GUSMÃO E PAIVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 12 de Julho de 2019

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3786 Fax: (32)1102-3786 e-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br