

O IMPACTO DA INSERÇÃO DE FAMILIARES No Tratamento do Portador Adulto de Fobia Social

Sílvia SZTAMFATER, Mariângela Gentil SAVÓIA

RESUMO

Introdução: Diversos estudos clínicos com fóbicos sociais adultos têm sido desenvolvidos nos últimos tempos, mas não há na literatura estudos de natureza intervencionista que levem em conta a participação da família.

Objectivo: O presente artigo tem como objetivo verificar o impacto da inserção de familiares no tratamento do portador adulto de fobia social.

Método: A amostra caracterizou-se por 15 homens e 15 mulheres portadores de fobia social, entre 25 e 40 anos, com humor deprimido, e oito cuidadores. Utilizou-se os instrumentos SCID, SAD e FNE. Os familiares responderam a escala Burden Interview adaptada. Foram realizados três grupos de terapia, com dez portadores cada e 20 sessões semanais de 90 minutos. Os atendimentos dos cuidadores ocorreram em grupos quinzenais, sendo dez sessões de uma hora ao todo no programa. Os dados foram analisados utilizando-se o teste *t* de Student pareado, adotando-se o nível de significância de 5%.

Resultados: 12 portadores concluíram o programa, dez participantes desistiram depois de haver iniciado e oito portadores só fizeram a entrevista inicial. Após a intervenção, nove participantes concluintes obtiveram diminuição da pontuação nas escalas SAD e FNE, dois apresentaram diminuição apenas na FNE e um participante aumento em ambas as escalas. Todos os participantes que tiveram familiares incluídos no programa concluíram a intervenção. A análise estatística revelou que foram encontradas diferenças significativas entre as médias das escalas SAD e FNE após o procedimento.

Conclusão: Este estudo mostrou que a adesão ao tratamento de portadores de fobia social aumenta quando a família também participa da intervenção.

SUMMARY

THE IMPACT CAUSED BY THE INSERTION OF FAMILY MEMBERS

In the Treatment of the Adult Social Phobic Patient

Introduction: Although several clinical studies on adult social phobic patients have been developed of late, related literature fails to present studies of interventionist nature dealing with family participation in the patient's treatment.

Objective: The present article is intended to verify the impact caused by the insertion of family members in the treatment of the adult social phobic patient.

Method: Subjects included 15 male and 15 female patients affected by social phobia, age range 25 to 40 years, and showing depressed mood; eight caregivers were also included in the study. Instruments used for the study comprised the SCID, SAD, and FNE scales. Family members answered to the adapted Burden Interview scale. Three therapy groups were formed and each one included ten patients that attended 20 weekly 90-minute sessions. Caregivers' attendance was fortnightly carried out with ten one-hour sessions. Data were analyzed using the paired Student's *t* test and the adopted significance level was 5%.

Results: Twelve patients were able to conclude the program; ten participants quit the ongoing program; eight patients were present at the initial interview only. After the

S.S., M.G.S.: Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa, São Paulo, Brasil

© 2010 CELOM

intervention, nine participants showed SAD and FNE decreased scores; two patients showed decreased FNE scores only; and increased scores in both scales were observed in one patient. All the participants who had family members included in the program concluded the intervention. Statistical analysis showed significant mean differences between SAD and FNE scales after the procedure.

Conclusion: The present study showed that social phobic patients adherence to treatment is likely to increase when family members also participate in the intervention.

INTRODUÇÃO

Fobia social ou transtorno de ansiedade social é um dos distúrbios psiquiátricos de mais alta incidência na população, com percentuais que variam de 3 a 13%¹. Muitas vezes confundida com uma simples timidez por leigos, traz sofrimentos excessivos ao portador, gerando perdas na sua vida profissional e pessoal²⁻⁵.

De acordo com o DSM-IV-TR⁶, a fobia social é caracterizada por um medo persistente e acentuado, por parte do portador, de ser avaliado e observado por outras pessoas, quando exposto a situações sociais ou de desempenho, nas quais teme apresentar comportamentos inadequados ou embaraçosos.

Assim sendo, a principal característica deste transtorno, é o medo da avaliação negativa pelos outros, causando isolamento e solidão à pessoa acometida⁷. Desta forma, a fobia social gera comprometimento pessoal, econômico e social ao portador e à sua família, incidindo diretamente na qualidade de vida de ambos⁸.

Diversos estudos clínicos com fóbicos sociais adultos têm sido desenvolvidos nos últimos tempos. Uma revisão sobre pesquisas com treino de habilidades sociais⁹ identificou nos indexadores Medline, PsycInfo, Lilacs e Scielo, no intervalo de 2000 a 2005, 16 pesquisas que abordaram fobia social e suas associações às habilidades sociais. Os estudos relataram que os pacientes com fobia social apresentaram habilidades sociais mais deficitárias, apontando o benefício potencial na participação em programas de treino em habilidades sociais. Outros estudos envolvendo fóbicos sociais, mas não necessariamente ligados só à habilidades sociais, também podem ser encontrados na literatura. É o caso de uma pesquisa¹⁰ que teve como objetivo avaliar a adesão de fóbicos sociais adultos ao tratamento, através do comparecimento semanal a sessões de terapia cognitivo-comportamental em grupo. Dos 18 participantes que iniciaram, somente oito terminaram o programa composto de 16 sessões. Dos dez pacientes que abandonaram o tratamento, cinco fizeram-no antes do início das sessões de psicoterapia e os demais antes da 16ª sessão.

Estudos que têm como intuito avaliar a eficácia de diferentes formas de tratamento em portadores de fobia social também são comuns. Para ilustrar, podemos citar pesquisas envolvendo a exposição ao vivo às situações temidas pelo portador, como técnica mais utilizada na redução das reações de ansiedade^{11,12}, além de ensaios que já consideram a internet como ferramenta indispensável no tratamento da fobia social¹³.

Não obstante, com relação ao tratamento, pesquisas mostram a eficácia da medicação e do uso da terapia cognitivo comportamental^{14,15}. Especial menção deve ser feita a um ensaio¹⁶ duplo-cego com sertralina e terapia cognitivo comportamental, no qual os pesquisadores desenvolveram um programa de terapia comportamental em grupo, organizado em 20 sessões de 90 minutos cada, que contou com a elaboração de um manual para estruturar o tratamento e descrever detalhadamente cada sessão [Este manual está disponível no portal do Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – www.amban.org.br]. Este programa serviu como referência para a intervenção proposta neste artigo, de forma que o seu conteúdo foi adaptado ao formato e objetivo do trabalho aqui exposto e discutido.

Neste ponto, um destaque é necessário: atualmente, não há evidência clara que o uso combinado de terapia cognitivo comportamental e medicação seja mais efetivo do que o uso destas modalidades individualmente^{17,18}. A escolha por uma ou outra forma deve ser feita de acordo com cada paciente¹⁹.

Percebemos, portanto, que estudos voltados ao tratamento com terapia cognitivo comportamental para fobia social têm sido intensificados e diversas técnicas vêm sendo descritas na literatura⁴. Alguns autores^{1,3,4} fazem referência ao uso de técnicas terapêuticas já citadas anteriormente, como o treino de habilidades sociais e exposição, e destacam outras possíveis: relaxamento e reestruturação cognitiva (identificação de pensamentos, questionamento de pensamentos), além de mencionar o uso do registro de comportamentos, tarefas de casa como forma de treinar o comportamento também fora da sessão, biblio-

grafia de suporte que explique sobre a patologia (biblioterapia) e ensaio comportamental para treinar habilidades sociais nas sessões.

Vale lembrar, ainda, que existe uma polêmica no que diz respeito ao tratamento: a adoção da terapia cognitivo comportamental de forma individual ou em grupo. Estudiosos na área^{1,3,4} apontam vantagens da terapia em grupo em relação à individual, pelo fato do grupo servir como uma situação social vivida pelo portador e observada pelo terapeuta, propiciando ao terapeuta monitorar o progresso do paciente durante o tratamento, além de oportunizar a vivência de situações temidas pelos participantes através do ensaio comportamental.

Dissemos, anteriormente, que a fobia social incide diretamente na qualidade de vida da família do portador. Este dado vai de encontro a uma problemática registrada na literatura que afirma serem os familiares os grandes responsáveis pelo cuidado do doente psiquiátrico, pois uma média de 50 a 90% de pacientes em tratamento mora com sua família²². Entretanto, fornecer cuidados aos portadores de transtornos psiquiátricos não é tarefa fácil, e menos ainda, quando não se tem quase ou nenhuma informação acerca da patologia. Em decorrência, muitos familiares ficam sobrecarregados, podendo experimentar consequências negativas (ansiedade, depressão, medo e culpa) na sua própria vida, bem como críticas e atritos com o doente²²⁻²⁵.

Percebe-se que a família passou a ter um papel prioritário na recuperação do paciente psiquiátrico, recuperação esta que hoje tem como objetivo reinserir o paciente na sociedade, através do desenvolvimento de habilidades emocionais, intelectuais e sociais. Partindo desta concepção, houve uma mudança no paradigma saúde/doença em relação às patologias psiquiátricas, já que pacientes crônicos não são vistos mais como incapazes, mas sim como pessoas disfuncionais, que precisam de suporte, principalmente familiar, para uma readaptação à vida social²⁴.

A fim de que a família possa fornecer o suporte adequado ao doente e garantir a sua reinserção na sociedade, desenvolveu-se uma prática de intervenção no tratamento do paciente psiquiátrico, denominada psicoeducação, que visa suprir tanto as demandas do doente, quanto as da família.

Trata-se de uma prática que têm como objetivo instruir o cuidador do paciente psiquiátrico sobre a patologia, os tratamentos, a capacidade de desenvolvimento e habilidades esperadas, prevenção de recaídas, estratégias para solução de problemas e convivência harmônica²⁶. Estudos em diversos países comprovaram que a psicoeducação proporciona maior satisfação do cuidador em lidar com o

portador, diminuindo a sobrecarga para a família, maior adesão ao tratamento e aceitação do paciente, redução da preocupação e frustração do cuidador para com o doente e diminuição de níveis de recaídas e reinternações²⁷⁻²⁹.

Mesmo que a fobia social tenha alta incidência na população e seja de natureza crônica e incapacitante, causando sofrimento para o portador e seus familiares, pesquisadores³⁰ constataram que não há na literatura estudos de natureza intervencionista com portadores adultos que levem em conta a participação da família.

O presente artigo tem como objetivo verificar o impacto da inserção de familiares no tratamento do portador adulto de fobia social.

MATERIALE MÉTODOS

A amostra caracterizou-se por 15 homens e 15 mulheres. Quanto ao perfil dos participantes, 18 não trabalhavam (estavam desempregados ou nunca haviam trabalhado de fato), 19 moravam com os pais, nove eram casados ou namoravam e 13 portadores cursavam ou haviam concluído o ensino superior. No que diz respeito à idade, o intervalo da grande maioria variou de 25 a 40 anos.

Os critérios de inclusão adotados para os portadores foram: ter entre 18 e 60 anos, não apresentar outras patologias que não fobia social e depressão, ser diagnosticado como fóbico social pela SCID (entrevista clínica semiestruturada para o DSM-IV-TR traduzida e adaptada para o português)³¹ e não estar fazendo tratamento psicológico no momento.

Pacientes com risco de suicídio, que apresentassem outros diagnósticos psiquiátricos primários que não fobia social e depressão, além de doenças orgânicas, epilepsia ou que fizessem uso superior a duas unidades de álcool por dia foram excluídos do estudo.

Quanto aos cuidadores, o critério para inclusão era que tivessem contato com o portador cotidianamente e se dispusessem a entrar no programa voluntariamente.

Instrumentos

Conforme mencionado anteriormente, a entrevista clínica SCID foi utilizada para selecionar os participantes da pesquisa.

Para medir a intensidade dos sintomas ligados à fobia social, dois instrumentos foram usados: escala de esquivas e desconforto social (SAD) em versão traduzida para o português^{32,33} e a escala de medo de avaliação negativa (FNE) em versão também traduzida para o português^{32,33}.

Para avaliar as habilidades sociais dos portadores, foi utilizada a Escala Multidimensional de Expressão Social – Parte motora (EMES)¹.

Ao final da intervenção, os participantes responderam a um questionário de avaliação do tratamento, composto por questões abertas e desenvolvido pela pesquisadora em duas versões distintas. A escolha por uma das versões teve como critério a participação ou não do familiar no processo.

No tocante aos cuidadores, dois instrumentos foram utilizados: a escala Burden Interview^{34,35} adaptada para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais, em versão traduzida para o português, e um questionário de avaliação do tratamento, aplicado no final do processo, formado por questões abertas e elaborado pela pesquisadora.

Ambiente

A coleta de dados ocorreu em uma instituição de saúde mental, no período de Outubro de 2006 a Maio de 2008, na cidade de São Paulo.

Procedimento

Os portadores que participaram do tratamento foram encaminhados pelos profissionais da instituição (psiquiatras e psicólogos), outros profissionais da área da saúde ou tomaram conhecimento do programa através de um link na internet.

Foram realizados três grupos de terapia, formados por dez portadores cada, com duração de 20 sessões semanais de 90 minutos. Além dos dez pacientes, os grupos contaram com a participação de um terapeuta (própria pesquisadora) e coterapeuta (psicólogo convidado).

Uma entrevista inicial foi feita com cada portador, por uma psicóloga que não a pesquisadora, para garantia da neutralidade e fidedignidade dos dados. Inicialmente, nesta entrevista, o participante assinava um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e era avaliado pela entrevista SCID e pelas escalas SAD, FNE e EMES. Os sujeitos selecionados na entrevista inicial eram encaminhados para a terapia em grupo.

De cada grupo de portadores, foram convidados cinco familiares para participar do programa. Os atendimentos dos cuidadores também ocorreram em grupos, realizados quinzenalmente, com duração de uma hora, sendo dez sessões ao todo no programa. Estes grupos contaram com os mesmos profissionais que dirigiram os grupos de pacientes.

As primeiras sessões do grupo de portadores foram caracterizadas pela realização do contrato terapêutico e explicação do tratamento. Nas outras sessões foram abordadas as seguintes temáticas: psicoeducação da fobia social, assertividade, comportamento não-verbal, expressão de afetos, comunicação e mudanças percebidas com a

intervenção (avaliação do tratamento). Ainda, os profissionais fizeram uso de algumas técnicas, a saber: observação e registro de comportamentos, exposição, ensaio comportamental, tarefas de casa, relaxamento, treino de habilidades sociais e biblioterapia.

Já com os familiares, o início da intervenção foi similar à dos portadores: sessões com esclarecimentos sobre o contrato terapêutico, explicação do tratamento e, como única diferença, preenchimento da escala Burden Interview adaptada. Nas demais sessões, houve a exploração de temáticas como: psicoeducação da fobia social, expectativas do familiar frente ao tratamento, dificuldades enfrentadas na convivência com o portador, possíveis soluções (familiar como facilitador), assertividade, comunicação e mudanças percebidas com a intervenção (avaliação do tratamento).

Ao final do programa, isto é, na vigésima sessão do grupo, os portadores responderam novamente às escalas SAD e FNE e preencheram o questionário de avaliação do tratamento.

Para os portadores desistentes do programa, foi aplicado o roteiro de entrevista de desistência do tratamento, quando as sessões do grupo do qual fizeram parte terminaram. Finalmente, para aqueles participantes que só compareceram à entrevista inicial, houve uma reconvocação para que respondessem ao roteiro de entrevista.

Com relação aos familiares, ao final da intervenção (décima sessão), foi aplicado o questionário de avaliação do tratamento.

Os dados foram analisados utilizando-se o teste *t* de Student pareado, adotando-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Um total de 154 interessados entrou em contato para participar da pesquisa durante o período de vigência do projeto. Pela internet, houve 130 interessados que mandaram e-mail, sendo todos eles respondidos pela pesquisadora. Destes 130, 17 participaram realmente da intervenção. Outros 16 possíveis participantes foram encaminhados por profissionais da própria instituição de saúde onde a intervenção foi realizada, dos quais cinco participaram efetivamente. Também houve participantes que entraram em contato com o projeto através de outros profissionais ou pelos próprios participantes. Neste caso, todos aqueles que demonstraram interesse, totalizando oito portadores, participaram do tratamento.

Em relação à amostra, os 30 participantes apresentavam humor deprimido, mesmo que em diferentes níveis, e

quatro deles nunca haviam feito nenhum tipo de tratamento psiquiátrico ou psicológico até o momento da intervenção.

Quanto à participação, 12 portadores concluíram o programa, com uma média de presença de 14,25 sessões. Outros dez participantes desistiram depois de haver iniciado e, neste caso, a média de presença constituiu-se de 5,8 sessões. Por fim, oito portadores só fizeram a entrevista inicial, não participando efetivamente da intervenção.

O Quadro 1 mostra as pontuações nas escalas SAD e FNE dos participantes concluintes antes e depois da intervenção. Através dos dados disponibilizados, percebemos que, antes da intervenção, dez portadores apresentavam pontuações que os caracterizavam como fóbicos sociais em ambas as escalas [Para ser caracterizado como fóbico social, é necessário ter 17 pontos ou mais na escala SAD e 24 pontos ou mais na escala FNE.], e os outros dois obtiveram pontuações acima do critério para considerá-los fóbicos sociais apenas na escala SAD. Após a intervenção, no entanto, nove participantes obtiveram diminuição da pontuação em ambas as escalas, sendo que destes, dois não seriam mais considerados fóbicos sociais. Outros dois portadores concluintes apresentaram diminuição em apenas uma das escalas, a FNE.

Vale a pena ressaltar que, antes da intervenção, as médias das escalas SAD e FNE registradas foram de 25,1 e

27,9 pontos respectivamente. Após o programa, estas médias caíram para 21,3 na escala SAD e 24,6 na escala FNE. A partir da aplicação do teste *t* pareado, a diferença entre as médias da escala SAD no início e após a intervenção foi de 0,068 e da escala FNE 0,05.

Com relação à EMES, a média obtida pelos participantes concluintes do programa foi de 71 pontos [Neste instrumento, quanto maior o valor de pontos obtidos, maior o grau de habilidades sociais].

O quadro 2 exhibe os dados referentes aos 18 participantes desistentes da intervenção, quer seja antes de ter iniciado ou durante a sua consecução. Observamos que as médias do grupo que desistiu antes de começar o programa foram: 23,3 na escala SAD, 27,0 na escala FNE e 95,6 na EMES. Já os portadores que abandonaram a intervenção durante a sua ocorrência, tiveram as seguintes médias: 23,4 na escala SAD, 27,7 na escala FNE e 84,5 na EMES.

Quadro 2 – Médias das escalas obtidas pelos participantes desistentes antes ou durante a intervenção

Desistentes	Total	Médias das escalas		
		SAD	FNE	EMES
Antes da intervenção	8	23,3	27,0	95,6
Durante a intervenção	10	23,4	27,7	84,5

Quadro 1 – Pontuação das escalas SAD e FNE, dos portadores concluintes do programa, antes e depois da intervenção

Concluintes	SAD			FNE		
	N	Início	Fim	Resultado	Início	Fim
1	21	24	aumento	22	28	aumento
2	22	18	diminuição	23	22	diminuição
3	28	28	igual	30	29	diminuição
4	28	24	diminuição	26	25	diminuição
5	24	8	diminuição	29	14	diminuição
6	25	27	aumento	30	28	diminuição
7	23	27	diminuição	30	28	diminuição
8	28	27	diminuição	29	22	diminuição
9	27	25	diminuição	30	28	diminuição
10	28	21	diminuição	30	28	diminuição
11	24	19	diminuição	29	26	diminuição
12	23	8	diminuição	28	17	diminuição

O quadro 3 destaca a participação do familiar em relação aos resultados dos participantes que concluíram o programa. Dos oito participantes com familiares no programa, seis obtiveram diminuição de pontuação nas escalas SAD e FNE, um diminuição em pelo menos uma das escalas e o portador restante aumento em ambas as escalas.

O quadro 3 também revela que a média de presença dos familiares foi de 4,25 sessões. Ter oito familiares incluídos no programa, significa uma porcentagem de 63% do total esperado, que era de 15 familiares. A amostra de familiares foi composta por seis pais (pai e/ou mãe do portador), uma esposa e também um namorado.

DISCUSSÃO

O perfil dos participantes do programa assemelha-se com aquele existente na literatura: a maioria não trabalha, é dependente economicamente, com humor deprimido, pouco estudo e é solteira¹. Esta situação pode estar relacionada ao fato de terem habilidades sociais deficitárias e não conta-

Quadro 3 – Participação do familiar em relação aos resultados dos participantes concluintes nas escalas SAD e FNE

Participante Concluinte	Familiar	Frequência		Resultados	
		N sessões	%	SAD	FNE
1	Pais	5	50%	aumento	
2	Mãe	2	20%	diminuição	
3	Não participou			igual	diminuição
4	Namorado	2	20%	diminuição	
5	Mãe	3	30%	diminuição	
6	Não participou			aumento	diminuição
7	Mãe	6	60%	aumento	diminuição
8	Não participou			diminuição	
9	Não participou			diminuição	
10	Esposa	7	70%	diminuição	
11	Mãe/Irmã	7	70%	diminuição	
12	Pai	2	20%	diminuição	

rem com apoio adequado tanto no que diz respeito aos familiares, como em relação à assistência psicológica e psiquiátrica necessárias.

Com relação à adesão ao tratamento, pesquisadores¹⁰ afirmam que a baixa participação dos fóbicos sociais está ligada a vários fatores comuns a doenças e tratamentos no geral, bem como a fatores específicos, como a dificuldade de relacionamento social. Os autores acrescentam que avaliar a adesão no tratamento desta patologia é extremamente relevante para o transtorno.

Sendo assim, retomando os dados já descritos, dos 12 participantes concluintes da intervenção, oito tiveram familiares também participando do programa. Deste subgrupo de oito portadores, seis apresentaram diminuição nas escalas SAD e FNE, um diminuição apenas na escala FNE e outro aumento em ambas as escalas. Quanto a este último participante, supomos que durante o programa, ele tenha presenciado e experimentado situações inéditas, não vividas em ambiente natural. Tal fato fez com que identificasse um número maior de possíveis contingências aversivas, responsáveis pelo aumento no valor das escalas. Fazendo uso de outras palavras, este portador tornou-se mais consciente do ambiente no qual está inserido.

Conforme disposto acima, observamos no estudo uma importante diferença entre os portadores que aderiram ao

tratamento e os que não participaram: a família. Esta parece ser uma variável de peso para a recuperação do portador, assim como já constatado na literatura³⁰ e discutido na introdução do artigo.

A análise estatística realizada, comparou as médias das escalas SAD e FNE dos participantes que concluíram o tratamento, antes e depois da intervenção. Os dados obtidos revelam que embora a amostra seja pequena, foram encontradas diferenças significativas entre as médias de ambas as escalas após o procedimento. Em relação à SAD, a significância foi igual a 0,068, o que normalmente não consideramos como significativo; mas dado o tamanho da amostra, podemos interpretar o resultado como marginalmente significativo e hipotetizar que se o número de sujeitos fosse maior, provavelmente a diferença entre as médias seria mais consistente. No tocante à escala FNE, houve diferença significativa entre as médias (0,05) antes e após a intervenção, o que reforça o fato do tratamento ter contribuído para a melhora dos portadores.

Assim como a intervenção foi benéfica para os portadores que contaram com a participação dos seus familiares, o mesmo ocorreu com os familiares, que aparentemente, puderam sentir-se menos sobrecarregados.

Por outro lado, mais da metade dos participantes do estudo não concluíram o tratamento, o que vai ao encontro aos dados apresentados pelos autores quanto à aderência dos fóbicos sociais. Cabe aqui um maior aprofundamento: todos os que não finalizaram o programa, ou seja, 18 portadores, não contaram com familiares participando da intervenção, bem como obtiveram médias iniciais nas escalas SAD e FNE menores e na EMES maior que o grupo de concluintes. Estes dados revelam pontos importantes:

a) A não participação do familiar pode estar relacionada à menor adesão ao tratamento. Este fato fica evidente quando tomamos como base as respostas dadas por estes participantes em relação ao desejo de contar com a presença dos seus familiares na intervenção: todos afirmaram que seria importante e justificaram pela possibilidade de ter mais apoio, compreensão e menos cobrança;

b) As médias obtidas nas escalas SAD, FNE e EMES pelos participantes desistentes, quando comparadas ao grupo de concluintes, podem mostrar que estes portadores não se identificaram com os demais participantes por não se acharem tão comprometidos¹⁰. Ainda, o fato de haver diferenças entre as médias das escalas dos portado-

res desistentes que não iniciaram a intervenção e aqueles que desistiram durante a sua ocorrência, reforça a hipótese de que quanto maior o repertório de um indivíduo em termos de habilidades sociais, mais capaz ele se sente de enfrentar o mundo;

c) Outro dado que chama atenção é o fato de todos os participantes desistentes já terem feito outros tratamentos anteriormente e não terem obtido sucesso. Estudo¹⁰ aponta que o histórico de baixa adesão e a longa duração da doença são fatores predisponentes à baixa adesão em tratamentos atuais. Por estes tratamentos não terem se configurado por terapia em grupo, e esta ser uma modalidade que vem obtendo sucesso com fóbicos sociais, conforme constatamos no início deste artigo, e mais, nenhum portador ter desistido por outros motivos que não o começo de uma atividade, hipotetizamos que a desistência esteja associada à aquisição de novas habilidades sociais e disposição de enfrentar o que antes poderia ter um valor aversivo maior, do que ao fato de não ter havido adesão ao tratamento ou desmotivação ao longo de sua duração. Mesmo porque, uma das expectativas iniciais apresentadas pelos portadores era o interesse de conhecer outros fóbicos sociais e poder compartilhar experiências.

Quanto às limitações do estudo, algumas considerações devem ser feitas: pelo fato de ter abrangido uma pequena amostra e menos da metade dos sujeitos ter concluído a intervenção, os dados aqui obtidos não podem ser generalizados. A este fato, acrescenta-se a dificuldade da obtenção de mais dados referentes à desistência de determinados portadores. Entretanto, os dados obtidos por aqueles aos quais tivemos acesso, possibilitou um maior aprofundamento da discussão e compreensão dos resultados. No que diz respeito aos familiares, um obstáculo constatado foi a pouca disponibilidade para participação no tratamento.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a adesão ao tratamento de portadores de fobia social aumenta quando a família também participa da intervenção. Igualmente, revelou que a inclusão dos familiares no tratamento traz benefícios à família, pois diminui a sua sobrecarga nos cuidados ao portador. Não obstante, a modalidade de intervenção adotada demonstrou ser adequada ao tratamento da fobia social, havendo significativa diferença entre as médias das escalas utilizadas para avaliar os participantes antes e após a intervenção.

Destaca-se a necessidade de realização de mais estudos na área para abranger um número maior de portadores e seus familiares, de forma que os resultados encontrados possam ser generalizados.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Pelo financiamento do estudo: Bolsa de Doutorado Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

CAISM: Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental.

A. Lucas Carvalho.

BIBLIOGRAFIA

1. CABALLO VE: Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos 2003
2. FALCONE E: Ansiedade Social e ansiedade fóbica: limites e fundamentos etiológicos. Rev Psiquiatr Clin (São Paulo) 2000; 27(6):301-8
3. HOPE DA, HEIMBERG R: Fobia social e ansiedade. In: Barlow DH. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed 1999;119-160
4. SAVOIA MG, BARROS NETO TP: Tratamento psicoterápico da fobia social – abordagem comportamental cognitiva. Rev Psiquiatr Clin 2000;27(6):335-9
5. BARROS NETO TP: Fobia Social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial. Rev Psiquiatr Clin 2000;27(6):309-315
6. American Psychiatric Association: DSM-IV-TR – manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed 2002
7. SILVA ABB: Mentes com medo: da compreensão à superação. São Paulo: Integrare Editora 2006
8. HANSON L: Quality of life in depression and anxiety. Int Rev Psychiatry 2002;14(3):185-9
9. ANGÉLICO AP, CRIPPA JAS, LOUREIRO SR: Fobia social e habilidades sociais: uma revisão de literatura. Interação em Psicologia 2006;10(1):113-125
10. MALERBI FK, SAVOIA MG, BERNIK MA: Aderência ao tratamento em fóbicos sociais: um estudo qualitativo. Rev Bras ter Comport Cogn 2000;2(2):147-155
11. WLAZLO Z, SCHROEDER-HARTWIG K, HAND I, KAISER G, MÜNCHAU N: Exposure *in vivo* vs social skills training for social phobia: long-term outcome and differential effects. Behav Res Ther 1990;28(3):181-193
12. AL-KUBAISY T, MARKS IM, LOOSDAIL S: Role of exposure homework in phobia reduction: a controlled study. Behav Ther 1992;23:599-621
13. TILLFORS M, CARLBRING P, FURMARK T: Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. Depress Anxiety 2008;25(8):708-717
14. FEDOROFF IC, TAYLOR S: Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. J Clin Psychopharmacol 2001;21:311-324
15. GELERNTER CS, UHDE TW, CIMBOLIC P et al: Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 1991;48:938-945
16. SAVOIA MG, VIANA, AM: Especificidades do atendimento a pacientes com transtorno de ansiedade. In: Savoia MG. A interface entre Psicologia e Psiquiatria: Novo Conceito em Saúde Mental. São Paulo: Roca 2006;p.78-101
17. BLOMHOFF S, HAUG TT, HELLSTRÖM K et al: Randomized

controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry* 2001;179:23-30

18. DAVIDSON JR, FOA EB, HUPPERT JD et al: Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1005-1013.

19. STEIN MB; Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet* 2008; 371:1115-25

20. VAN DYCK R. Non-drug treatment for social phobia. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11 (Suppl 3):65-70

21. FALCONE EMO: Fobia Social. In: Range B. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Transtornos Psiquiátricos*. Campinas: Livro Pleno 2001;133-149

22. LAUBER C, NORDT C, FALCATO L, RÖSSLER W: Lay recommendations on how to treat mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(11):553-6

23. YACUBIAN J: Psicoeducação familiar [monografia]. São Paulo: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo 1997

24. RÖSSLER W: Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry* 2006;5(3):151-7

25. SCHULZE B, RÖSSLER W: Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18(6):672

26. DIXON L, MCFARLANE WR, LEFLEY H et al: Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2001;52(7):903-910

27. PICKETT-SCHENK SA, COOK JA, STEIGMAN P, LIPPINCOTT R, BENNETT C, GREY DD: Psychological well-

being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(9):1043-50

28. SHERMAN MD: The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families. *Psychiatr Serv* 2003;54(1):35-7

29. LUKENS EP, MCFARLANE W: Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treat Crisis Interven* 2004;4(3):205-225

30. SZTAMFATER S, SAVOIA MG: Treatment of social phobia in adults – considerations regarding the family's participation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (no prelo)

31. DEL BEN CM, ZUARDI AW, VILELA JAA, CRIPPA JAS: Entrevista estruturada para o diagnóstico de transtornos do eixo I do DSM-IV (SCID-I/Versão Clínica). Tradução e adaptação. Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo 1998

32. WATSON D, FRIEND R: Measurement of social-evaluation anxiety. *J Consult Clin Psychol* 1969;33:448-457

33. LOTUFO NETO F: Escalas para avaliação de fobias. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Ed 2000;p.53-8

34. SCAZUFCA M: Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* 2002;24:12-7

35. TAUB A: Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cad Saude Publica* 2004;20:372-6