



# CAPÍTULO 4

## FOBIA SOCIAL: TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID-19

**Evanda M. Rocha Miranda**

evandarm@hotmail.com

**Erica da Cruz Nunes**

ericacruz@hotmail.com

**Meg Gomes Martins de Ávila**

coordpsicomaua@gmail.com

### RESUMO

A Fobia Social, também conhecida como Transtorno de Ansiedade Social, está entre os transtornos psiquiátricos com maior incidência e comum na população mundial. O transtorno da Fobia Social caracteriza-se pela experiência de medo ou ansiedade avultados em circunstâncias sociais, quando a pessoa precisa de maneira explícita estar sob avaliação de outras pessoas. A pandemia da Covid-19 desencadeou uma das maiores conturbações que a humanidade pôde vivenciar. A quarentena e as medidas de distanciamento social, propiciaram um aumento significativo nos sintomas da Fobia Social. Este artigo tem como objetivo descrever as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aplicadas ao transtorno da Fobia Social. O método utilizado foi de pesquisa e revisão bibliográfica, com base em materiais científicos já publicados. Nos resultados encontrados foi perceptível que a pandemia da Covid-19 trouxe um acréscimo aos transtornos mentais menores, dentre eles está a Fobia Social. Para quem apresentava o transtorno da Fobia Social, o isolamento provocado pela pandemia, foi uma forma de alívio, uma evitação favorável. No entanto, no decorrer do isolamento, foram detectados dois efeitos referentes à ansiedade social: a diminuição da percepção de ansiedade social, uma vez que as pessoas estavam menos expostas socialmente e o desenvolvimento de ansiedade social. Dessa forma as técnicas da TCC, como a Reestruturação Cognitiva, Técnica de Exposição, Técnica de Relaxamento e Treino de Habilidades Sociais, ajudam o paciente a construir um repertório de habilidades sociais, a fim, de lidar com os problemas de medo e ansiedade de exposições.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fobia Social; Transtorno de Ansiedade Social; Terapia Cognitivo-Comportamental; Técnicas da TCC; Pandemia da Covid-19.

### 1 INTRODUÇÃO

A Fobia Social (FS), que é conhecida também por transtorno de ansiedade social, tem se revelado na população mundial como um fator agravante da saúde mental (FREITAS, 2016). Mululo *et al.* (2009, p. 3) descrevem a FS como “uma ansiedade desmedida diante de diferentes contextos sociais, em que o sujeito teme não se comportar de modo adequado, seja por mau desempenho, seja por demonstrar ansiedade, [...] ser alvo de crítica ou de reprovação”. Nessa



perspectiva, D'el Rey e Pacini (2006, p. 2) ressaltam que o medo social “na grande maioria das vezes está associado às situações de desempenho”.

Segundo Braga *et al.* (2020, p. 3), a “Covid-19 é uma doença infectocontagiosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2)”, dessa forma é exposta como uma família de vírus que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves (RIBEIRO *et al.* 2020). A pandemia da Covid-19, teve origem na China em 2019, se espalhou por todo mundo causando o adoecimento e morte em milhões de pessoas por todo o mundo, trouxe-se consigo o distanciamento social e assim prejudicando a saúde mental das pessoas e crescimento do nível de ansiedade (SANTO *et al.* 2021).

Santo *et al.* (2021, p. 3) afirmam que ocorreu “um aumento significativo nos níveis de adoecimento mental e risco para o desenvolvimento de transtornos mentais menores”, destacando a ausência de bem-estar como um fator agravante dos transtornos mentais. Nesse contexto, houve mudanças no comportamento social das pessoas, visto que a pandemia desencadeou um acréscimo relevante da ansiedade (FARO *et al.* 2020). Já Araújo e Costa (2021) destacam que o isolamento social trouxe prejuízos na saúde mental da população. Pessoas que estavam com doenças pré-existentes controladas, passaram a apresentar piora durante o momento pandêmico (BRASIL, 2021).

Desta forma, o presente estudo é relevante devido ao crescente aumento do transtorno de ansiedade e da FS nos últimos anos, em especial no período pandêmico da Covid-19, acarretando assim, um maior risco de transtornos mentais (OLIVEIRA *et al.* 2022). Tendo em vista que o isolamento social trouxe alterações psicológicas, torna-se importante a compreensão do fenômeno, bem como o seu tratamento psicológico (SANTANA, 2020).

Segundo Wright *et al.* (2019), as intervenções cognitivas e comportamentais aplicadas às emoções trouxeram uma formulação original. Esses conceitos incluem a função de processos de informação mal adaptados na depressão e nos transtornos de ansiedade.

Diante do cenário atual, questiona-se como às técnicas da TCC podem contribuir na vida de pessoas acometidas de FS em tempos de pandemia da Covid-19. Hipotetiza-se que algumas técnicas da TCC como a Reestruturação Cognitiva (RC), a Técnica de Exposição (TE), Técnicas de Relaxamento (TR) e o Treino de Habilidades Sociais (THS), podem ajudar o paciente a construir um repertório de habilidades sociais, a fim de lidar com problemas do medo e ansiedade de exposições em tempos de pandemia da Covid-19.



O objetivo geral deste artigo é descrever as técnicas da TCC aplicadas ao transtorno da FS. Para obter este objetivo seguiu-se as etapas expostas nos seguintes objetivos específicos: I) Apresentar o transtorno da Fobia Social e os seus critérios diagnósticos; II) Descrever o fenômeno da Fobia Social durante a pandemia da Covid-19; III) Caracterizar as técnicas da TCC para a da Fobia Social.

A metodologia escolhida para esse estudo foi de revisão bibliográfica. De acordo com Martins e Pinto (2001), a pesquisa bibliográfica busca argumentar e esclarecer sobre o tema escolhido, com base em artigos científicos, teses e livros. Tendo como finalidade reunir fundamentos, com bases teóricas especializadas no tema escolhido. Foram consultadas as seguintes bases de dados: SciELO, Pepsic Google Acadêmico, monografias, teses, bem como, livros clássicos da TCC. Essas bases foram escolhidas pela aproximação da temática e por ser de acesso livre.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de janeiro a maio de 2022. A seleção dos artigos ocorreu a partir da leitura e análise de literaturas específicas, com busca pelos descritores: Fobia Social, Transtorno de Ansiedade social, Terapia Cognitivo Comportamental, Técnicas da TCC, Pandemia da Covid-19.

Foram selecionados 150 artigos, dentre eles foram escolhidos 40, feito a leitura e utilizados, também foram selecionados 29 livros, catalogados e usados. Os critérios de inclusão foram os artigos que estão de acordo com os descritores e dos últimos 30 anos. A coleta de informações foi realizada por meio da leitura do material pesquisado, contendo o critério de inclusão de acordo com os objetivos específicos e o problema de pesquisa. Foram selecionadas as principais informações de cada publicação, a fim de responder à questão elaborada na proposta deste estudo.

## **2 TRANSTORNO DA FOBIA SOCIAL**

### **2.1 Contextualizando a Fobia Social**

Ao fazer uma busca na história, a expressão FS, vem desde os tempos de Hipócrates, 400 A.C. Teve sua origem na população grega (OSÓRIO, 2008). Segundo Osório (2008, p. 21) “a primeira referência explícita à Fobia Social foi feita por Janet, no início de 1900, e o termo neurose social foi usado por Schelder, em 1930, para descrever pacientes extremamente tímidos”.

Osório (2008), a partir dos trabalhos de dessensibilização sistemática de Joseph Wolpe, em meado do século XX, afirma que ocorreu o despertar das fobias e conseqüentemente o



respectivo tratamento utilizando a terapia comportamental. Foi sugerido pelo psiquiatra inglês Isaac Marks, em 1960, que a FS deveria ser diferenciada do transtorno de ansiedade. Foi reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria em 1980 na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III), como um diagnóstico psiquiátrico.

A ansiedade e a FS, relatada desde tempos longínquos, estão entre os problemas de saúde mental da atualidade. Os Transtornos de Ansiedade podem ser considerados um dos maiores males do mundo moderno e vem prejudicando a vida de muitos indivíduos. A FS está entre um dos transtornos psiquiátricos com maior incidência e mais comum na população (KESSLER, *et al.* 1994).

Grande parcela da população acometida por transtorno de ansiedade e FS deixa de praticar suas tarefas por medo (COSTA, *et al.* 2019). O transtorno da FS caracteriza-se pela experiência do medo ou ansiedade avultados em circunstâncias sociais; contextos em que a pessoa precisa de maneira explícita estar sob avaliação de outras pessoas. “O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade, que serão avaliados negativamente provocando a rejeição ou ofenderá a outros. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade” (APA, 2014, p. 203).

Dentre os transtornos estudados por diversos autores (ANDRETTA, 2011; BARLOW *et al.* 2016; CLARCK; BECK, 2012; HOFMANN, 2014), está o transtorno da FS. D’el Rey (2001) descreve a FS como um tipo de ansiedade acentuada que decorre de eventos sociais e de desempenho, em situações em que a pessoa possa estar em exposição, provocando sofrimento e perdas de oportunidades para o indivíduo.

Medo e ansiedade são emoções naturais necessárias para nossa sobrevivência. De acordo com Clark e Beck (2014, p. 17) “estas emoções tornam-se problemáticas quando há reações excessivas, persistentes e irrealistas frente à situações cotidianas normais”. Sendo assim, o medo e a ansiedade são estados emocionais manifestados em indivíduos que se encontram em situações de eventos incitadores (RAMOS; CERQUEIRA-SANTOS, 2021).

O transtorno da FS compreende particularidades específicas do medo e da ansiedade. Mesmo não sendo tida como incapacitante, sabe-se que tem provocado danos nas diversas áreas da vida de uma pessoa. No Brasil há uma prevalência entre 2% e 16%, com uma variação de 1,8% e 42,4% apresentada em pesquisas recentes (RAMOS; CERQUEIRA-SANTOS, 2021).



De acordo com Hope, Heimberg e Turk (2012), há uma heterogênea relação entre a genética, o ambiente familiar e as vivências de pessoas ansiosas socialmente. Elas manifestam crenças negativas e elementares sobre si mesmas, sobre outros indivíduos e o sobre seu universo social.

Segundo Cordioli *et al.* (2019), um dos modelos cognitivos mais aprovados e com mais comprovações científicas da FS é o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995). Clark e Wells (1995) apresentam como os principais componentes que compõem o modelo da FS: crenças e suposições disfuncionais, perigo social percebido, sintomas somáticos e cognitivos, sintomas comportamentais (Ansiedade antecipatória a preocupação, processamento pós-evento) e o processamento de si mesmo como objeto social. Em conformidade com esse modelo, o ponto central da FS é a apreensão em razão de provocar a ideia favorável nas pessoas, uma incerteza avultada em relação a si e sua competência em conseguir seu propósito (RANGÉ *et al.* 2011).

Corroborando com essa perspectiva, Cordioli *et al.* (2019), descrevem que o modelo cognitivo preserva a pressuposição fundamental da TCC em que,

Os indivíduos não são perturbados pelas situações, mas por suas interpretações delas. A partir de crenças desenvolvidas ao longo de sua vida, os acontecimentos atuais são interpretados à luz de tais crenças ou suposições (que podem ser disfuncionais e não corresponder à realidade), podendo ocorrer erros em processos de atenção, interpretação e memória, denominados erros cognitivos ou distorções cognitivas (p. 818).

Continuando na perspectiva de Clark e Wells (1995), por consequência da inter-relação e propensões inatas e vivências anteriores, as pessoas com FS criam crenças sobre si e o mundo social. Essas crenças são acionadas no momento em que vivenciam situações sociais, às quais fazem reconhecer que estão em risco, podendo estar de forma imprópria e intolerável, levando assim, a desfechos de situações sociais calamitosas (CORDIOLI *et al.* 2019).

Hirsch e Clark (2004) destacam que a persistência da FS, pode se tornar duradoura devido o modo como as pessoas que têm o transtorno processam as informações sociais. Elas processam as informações sociais sobremaneira negativa e de forma exagerada. Diante disso, estudiosos como (BECK *et al.* 1985, CLARCK; WELLS, 1995, LEAHY, 1983 *apud* HIRSCH; CLARCK, 2004), “sugerem que vieses no processamento de informações podem contribuir para a manutenção da fobia social” (p. 1). Dessa forma, fica evidente um viés de processamento de informações, quando a pessoa caracteriza com clareza e, em particular, a informação em um determinado domínio cognitivo.



Conforme afirmam Hirsch e Clarck (2004),

Sugere-se que viés na atenção, interpretação, memória e imaginação podem levar os pacientes com fobia social a ver as situações sociais como muito mais ameaçadoras do que realmente são, e motivá-los a se comportar de maneira que contribua para a manutenção de seus medos. Por exemplo, avaliações aprimoradas de ameaças geradas por vieses de processamento de informações podem motivar comportamentos de segurança que aumentam os sintomas provocam comportamentos menos amigáveis e de outras pessoas (p. 2).

De acordo ainda com Hirsch, Clarck (2004) e Cordioli *et al.* (2019), o processamento de informação pode ser explicado por seis possíveis fatores de como o paciente vê as interações sociais ameaçadoras. Bem como os fatores que contribuem para manter a inflexibilidade psicológica. Conforme descrito na tabela 1.

**TABELA 1.** DESCRIÇÃO DO PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES E FATORES QUE CONTRIBUEM PARA MANTER A INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA DE PESSOAS COM FOBIA SOCIAL.

Classificação	Fatores ameaçadores do processamento de informações	Fatores que contribuem para manter a inflexibilidade psicológica
1	Fazer previsões excessivamente negativas sobre eventos sociais futuros.	Fusão cognitiva, em que os pensamentos são tomados literalmente como verdades absolutas acerca da realidade (p. ex., se acho que os outros estão me julgando negativamente é porque estão mesmo).
2	Interpretar eventos sociais em andamento de maneira excessivamente negativa.	Evitação experiencial – indisponibilidade para permanecer em contato com a experiência interna desagradável (pensamentos e sentimentos negativos), tentando alterá-la ou evitá-la, mesmo quando isso causa sofrimento (p. ex., evitar situações sociais para não se sentir nervoso).
3	Recuperar seletivamente informações negativas sobre eventos sociais passados.	Falta de contato com o momento presente – a mente constantemente divaga acerca do que de negativo aconteceu no passado (p. ex., em uma situação social anterior) ou poderá acontecer no futuro (p. ex., em uma situação social futura).
4	Distorcem imagens negativas de seu próprio desempenho social.	Eu conceitualizado – definição do eu por meio de conceitos (p. ex., eu como “desinteressante”).
5	Apresentam processamento reduzido de pistas sociais.	Falta de clareza de valores – perda da noção do que é realmente importante em sua vida (p. ex., ter amigos).
6	Dentro de pistas sociais, tendem a se concentrar em informações que podem ser interpretadas de forma negativa.	Falta de ações comprometidas com os valores – o comportamento fica a serviço da evitação experiencial, e não da prossecução do que é importante (p. ex., para não se sentir nervoso, o indivíduo com TAS evita situações sociais, em vez de se envolver nelas por ser a única forma de desenvolver amizades).

Fonte: Hirsch e Clarck (2004); Cordioli *et al.* (2019).



No modelo cognitivo da TCC de “terceira onda”, é destacado que uma inflexibilidade psicológica é o elemento central da psicopatologia. Entendendo assim, que ocorre uma luta da pessoa para desviar-se ou conter pensamentos, sentimentos e emoções impertinentes, que trazem prejuízos emocionais (CORDIOLI *et al.* 2019).

A premissa básica apresentada por Hope, Heimberg e Turk (2012, p. 24) é que: “uma crença comum entre indivíduos socialmente ansiosos é que eles carecem de habilidades sociais importantes e que o seu comportamento social provavelmente será inadequado ou inapropriado”, apresentando uma visão mais crítica de si mesmo ou até mesmo um comportamento social insatisfatório. Neste caso, ela chega a pensar que seus sintomas serão percebidos por outras pessoas e que elas poderão lhe julgar de forma negativa e, assim, permanecem com uma hipervigilância.

## 2.2 Critérios Diagnósticos da Fobia Social

O DSM-V (APA, 2014) descreve alguns critérios para definir o transtorno da FS. Dentre eles estão: medo ou ansiedade intensa em situações tidas como sociais, temor à exposição em eventos sociais que, geralmente, são abdicados ou suportados. Observa-se que situações que exigem exibição perante outras pessoas, ainda que mínima, tornam-se um sofrimento psíquico.

Rangé *et al.* (2011), apresentam os mecanismos neurais compreendidos nos transtornos de ansiedade, que conseqüentemente também estão presentes na FS. Há modos de defesas que, para serem acionados devidamente, precisam passar por processos perceptivos quando localizados uma presença de perigo real ou potencial no ambiente externo. Podendo ser detectado vários estímulos, com características facilmente aversivas. Contudo, as ocorrências de perigos na maior parte são ambíguas, sendo possível ocorrer duas classes de erros, “falso positivo (ou seja, a ocorrência de uma resposta na ausência de uma situação de perigo) ou falso negativo (ou seja, a não apresentação de uma resposta de defesa quando existe uma situação de perigo)” (RANGÉ, *et al.* 2011, p. 69). No entanto, se houver uma exagerada incidência do erro de falsos positivos, é possível desencadear evoluções patológicas referentes aos transtornos de ansiedade. Como descrevem Rangé *et al.* (2011, p. 69), que o excesso dessa ativação “constitui uma das principais razões para o fato de os transtornos de ansiedade estarem entre as patologias mentais de maior incidência, alcançando uma prevalência de cerca de 30% na população geral”.

No momento que a pessoa se encontra com medo, seu organismo libera hormônios que aceleram os batimentos cardíacos como uma resposta normal ao estímulo, tendo a função de



colocar a pessoa em posição de alerta e fuga. No entanto, antevedendo o medo, o indivíduo passa pela experiência da ansiedade, que antecede o modo de alerta (CASTILLO *et al.* 2000).

Bohneberger (2016) afirma,

Ao interpretar uma situação como ameaçadora ou tensa, o organismo entra em estado de alerta e começa a sofrer alterações. Os sintomas do medo e ansiedade variam entre sensação de [...], sudorese, tremores, agitação, nervosismo, [...] e angústia (p. 1).

As alterações fisiológicas que se encontram diretamente relacionadas à condição emocional e física do indivíduo como as sensações e emoções, podem se tornar um problema quando reações excessivas, contínuas e irrealistas são ocorridas em situações normais do dia a dia (BOHNEBERGER, 2016).

Nesse sentido, Rangé *et al.* (2011), definem o medo e a ansiedade como:

O medo diferencia-se da ansiedade pela presença de um estímulo externo que produz tal emoção. Pode-se então definir medo como uma emoção que faz parte de um sistema adaptativo que responde de forma adequada a estímulos de perigo. A ansiedade, por sua vez, caracteriza-se por seu aspecto patológico, uma vez que esse estado subjetivo decorre de um conjunto de reações ativadas na ausência de qualquer situação de perigo ou uma ativação desproporcional em relação à situação que a provocou (p. 69).

Segundo Knapp *et al.* (2004), as pessoas fóbicas sociais apresentam uma redução no seu bem-estar, dificuldades escolares, carência nas habilidades sociais, dificuldades nos relacionamentos, alta taxa de desemprego, baixa frequência em universidades e em casos mais complexos o isolamento social. A pesquisa realizada com estudantes de medicina para a verificar FS no estado de Sergipe, conduzida por Andrade *et al.* (2019, p. 7), destacam que, “as situações sociais mais temidas e relacionadas com sintomas de medo e ansiedade foram expressar uma desaprovação ou discordância, seguida de falar com desconhecidos, apresentar seminários e ser o centro das atenções”. Sendo assim, as pessoas que sofrem FS, estão sempre preocupadas se os outros vão enxergá-las como fracas, ansiosas ou vulneráveis, o que acarreta inibição e pavor levando muitas vezes à inércia, limitando as atividades e em diversos casos condenadas à solidão (LEAHY, 2007).

De acordo com o DSM-V (APA, 2014), a FS tem maior incidência entre as mulheres do que entre os homens, na população em geral. Apresenta-se mais em adolescentes e jovens adultos. Segundo o DSM-V (APA, 2014, p. 205), em estudos mais recentes “a idade média de início do transtorno da Fobia Social nos Estados Unidos é de 13 anos, e 75% dos indivíduos têm idade entre 8 e 15 anos”. No entanto, tem apresentado uma prevalência média no decorrer





da vida variando de 5 a 13% como descrito em diversos estudos e citado por Osório (2008), emergindo de histórias

que surgiram na primeira infância por embaraços sociais ou timidez, com a vivência estressante sofrida por humilhações ou por motivo de bullying.

O DSM-V (APA, 2014, p. 203), apresenta algumas características diagnósticas do transtorno da FS. Os critérios expostos são demonstrados na tabela 2:

**Tabela 2.** Critérios Diagnósticos da Fobia Social DSM-V.

<b>Critérios diagnóstico Transtorno da Fobia Social (Ansiedade Social) segundo DSM-V - 300.23</b>	
<b>CRITÉRIOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>CRITÉRIO A</b>	Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais, ser observado e situações de desempenho diante de outros
<b>CRITÉRIO B</b>	O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente.
<b>CRITÉRIO C</b>	As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.
<b>CRITÉRIO D</b>	As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
<b>CRITÉRIO E</b>	O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
<b>CRITÉRIO F</b>	O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
<b>CRITÉRIO G</b>	O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
<b>CRITÉRIO H</b>	O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica.
<b>CRITÉRIO I</b>	O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno do pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
<b>CRITÉRIO J</b>	Se outra condição médica (p. Ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, a ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou excessivo.
<b>Especificar-se</b>	Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenho em público.

**Fonte:** DSM-V (APA, 2014).

A elucidação dos critérios do DSM-V, permite uma melhor descrição da patologia. A duração do transtorno que é pelo menos de seis meses (Critério F), esse limiar de duração possibilita diferenciá-lo do transtorno de medos sociais transitórios comuns (APA, 2014).

Corroborando com a perspectiva apresentada no DSM-V (APA, 2014), os autores D’el Rey e Pacini (2006) elucidam que o medo e a ansiedade das pessoas que apresentam FS está relacionado às situações de desempenho, com exposição em público e interatividade social no cotidiano, tendo dificuldades em ir a locais como festas, entrevistas de emprego, pois apresentam uma hipersensibilidade a avaliação negativa e críticas. Pessoas com FS apresentam fragilidade cognitiva, propendem a decifrar de maneira errônea os acontecimentos sociais e seu



respectivo funcionamento. Consequentemente, seu maior temor é chamar a atenção das pessoas para si (D'EL REY; PACINI, 2006).

Rangé *et al.* (2011, p. 270) citam que a pessoa com FS apresenta: “medo, ansiedade e evitação secundários a crenças negativas de avaliação em situações sociais imaginadas ou reais”. Sendo assim, uma das características da FS que a diferencia dos demais transtornos e da ansiedade é sua característica do medo persistente contínuo de eventos sociais, diálogo ou situações de provável avaliação por outras pessoas. Além do mais, a preocupação de ser criticada ou rejeitada, o receio da opinião dos outros, falta de assertividade e baixa autoestima (Rangé *et al.* 2011; CABALLO, 2007; LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013).

Dentre os fatores de risco apresentados pelo DSM-V (APA, 2014) estão: os temperamentais e ambientais. No fator de risco temperamental estão, os traços subjacentes de inibição comportamental e o medo de ser avaliado de forma negativa. Já no fator ambiental, estão os maus-tratos, as atribulações e dilemas enfrentadas na infância, como fortes fatores de risco para o transtorno (APA, 2014).

### **3 O FENÔMENO DA FOBIA SOCIAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

Na concepção de Faro *et al.* (2020), a pandemia da Covid-19 desencadeou uma das maiores conturbações que o mundo pôde vivenciar. Segundo Rohde (2020), dentre as consequências da pandemia está: o acréscimo dos transtornos mentais, traumas psicológicos, o aumento dos sintomas psíquicos, o estresse pela mudança da rotina e, por fim, a quarentena e as medidas de distanciamento social.

A existência de transtornos de ansiedade não é novidade, mas o aumento do estresse ocupacional e o surgimento da privação social devido a Covid-19 elevou essas desordens a um novo patamar. O isolamento social contribuiu para intensificar e expandir inúmeros transtornos, Lima (2020, p. 1), “dado o caráter inédito do distanciamento e isolamento sociais simultaneamente de milhões de pessoas, o impacto da atual pandemia pode ser ainda maior”. Contudo, de acordo com Maia e Dias (2020), ocorreu um impacto psicológico negativo na vida das pessoas.

Segundo Clark e Beck (2012):

Os transtornos de ansiedade estão entre os quadros psicológicos mais debilitantes experimentados na atualidade. Milhões de pessoas em todo o mundo lutam bravamente todos os dias para controlar preocupações, pânico, medo ou pavor. Muitas vezes, porém elas constataam que, quanto mais tentam fugir da ansiedade e seus gatilhos, piores as coisas ficam, e mais estreitas tornam-se suas vidas (p. 9).



Alguns estudos foram realizados e os autores Faro *et al.* (2020); Pereira *et al.* (2020); Maia e Dias (2020), apontam que a ansiedade produzida pela Covid-19 fez a saúde mental de grande parte da população piorar desde o início da crise. Nos países em desenvolvimento, diminuiu significativamente o bem-estar mental e emocional.

Quanto às consequências, causadas pela Covid-19, surgem os aspectos de lidar diretamente com a saúde mental da sociedade, perante a crise sanitária gerada, como o amedrontamento, a fobia, o temor e o distanciamento dos familiares e amigos (GUNDIM *et al.* 2021). Para Zwielewski (2020), as medidas como a quarentena, o isolamento social e restrição das pessoas, em parte diminuiu o risco de transmissão da doença, mas por outro lado a pandemia causada pela Covid-19, proporcionou um acréscimo no indício de sintomas de ansiedade, fobias e pressões psicológicas em grande parte da população.

Para as pessoas que já apresentavam o transtorno da FS, o isolamento provocado pela pandemia da Covid-19, foi uma forma de evitação favorável, como descreve Sudak (2008, p. 124), “os pacientes ansiosos evitam determinadas situações, particularmente gatilhos comportamentais ou fisiológicos, [...] o paciente geralmente está fazendo um esforço para evitar algo que percebe como desconfortável ou perigoso”. Nesse sentido, ainda na visão de Sudak (2008), não precisar sair de casa se tornou algo satisfatório, pois não entra em choque com seus medos e ansiedade de exposição a situação socialmente fóbica.

Já para Clark e Beck (2012, p. 351) a pessoa com FS na fase antecipatória, “começa a imaginar estratégias de como poderia evitar a situação social e manter seu isolamento dos outros”. Fica aclarado que o isolamento social provocado pela pandemia da Covid-19, trouxe um conforto à pessoa com FS, por não precisar passar por situações de sofrimento, pois todos estavam reclusos em suas casas. Faro *et al.* (2020) destacam que o distanciamento e o isolamento social imposto pela pandemia, na “recomendação de não se reunir em grupos e evitar lugares cheios e aglomerações”, sendo essa uma das características vista pela pessoa fóbica social como favorável, contudo evitando assim o contato social que tanto causa ansiedade e medo, visto que, “a patologia leva o indivíduo ao sofrimento e interfere na interação do sujeito no contexto social” (BULHÕES *et al.* 2019, p. 1).

Na perspectiva de Andretta e Barbosa (2021), os impactos apresentados pela pandemia da Covid-19 foram diferentes conforme as regiões até mesmo de um mesmo país. No entanto, no decorrer do isolamento, foram detectados dois efeitos referentes à ansiedade social: a diminuição da percepção de ansiedade social, uma vez que as pessoas estavam menos expostas



socialmente, e o desenvolvimento de ansiedade social, visto que muitas pessoas passaram a viver isoladas do convívio social.

Para Ribeiro *et al.* (2020), há uma necessidade de entender os problemas causados pelo isolamento social durante a pandemia. Assim, vê-se a importância de se manter o equilíbrio emocional utilizando “alguns manejos psicoterápicos que contam com várias técnicas, ferramentas ou exercícios para desenvolver uma boa saúde mental” (RIBEIRO *et al.* 2020, p. 4). No entanto, dados os principais aspectos gerados pelo isolamento social, onde a falta de interação social foi restringida e suspensa, as técnicas da TCC podem ser utilizadas para tratar e ajudar pessoas que tiveram a FS desvendada com o quadro psicopatológico no contexto pandêmico. Nesse sentido, a TCC se mostra como uma abordagem adequada para tal situação de tratamento de pessoas fóbicas socialmente, propondo intervenções que possibilitem mudanças.

#### **4 A TCC COMO INTERVENÇÃO PARA A FOBIA SOCIAL**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) teve como seu fundador Aaron Beck na década de 1960. As pesquisas foram conduzidas por ele, formulando assim, uma base teórica sólida da TCC. Beck (2022), descreve que sua técnica era traçada por uma terapia breve, com objetivos efetivamente elaborados. A TCC tem seu foco no contexto atual, levando em conta os problemas vigentes, para que ocorram alterações nos pensamentos e condutas problemáticas.

A TCC é utilizada por milhares de profissionais de saúde mental em todo o mundo, tendo sua eficácia comprovada (ANGELOTTI, 2007; BECK, 2022; BECK; DAVIS; FREEMAN, 2017; HOPE; HEIMBERG; TURK, 2012; KNAPP *et al.* 2004; KNAPP, 2015; LEAHY, 2021; LEAHY; TIRCH; NAPOLITANO, 2013; LINEHAN, 2010; NEUFELD, 2015; WRIGHT *et al.* 2010) e seus resultados clínicos validados. Conforme afirma Knapp (2015, p. 8), “na última década a TCC é o modelo teórico praticado por cerca de 28% dos psicoterapeutas pesquisados”.

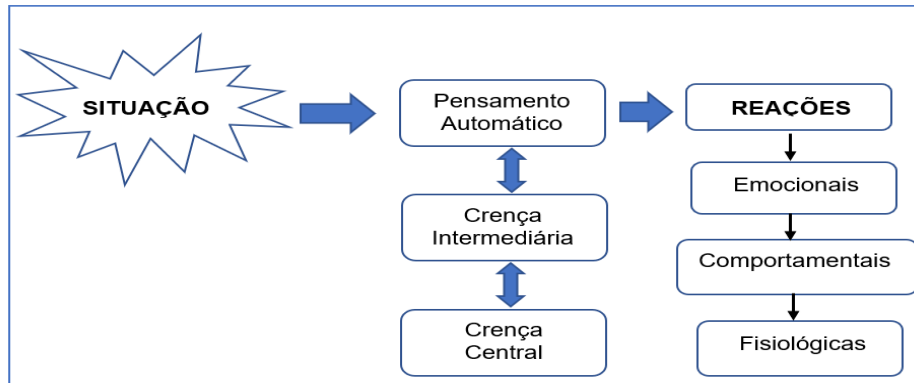
Conforme Wright *et al.* (2019, p. 60), “a TCC é uma abordagem de senso comum que se baseia em dois princípios”. O primeiro princípio destaca a cognição e como ela atua nas emoções e comportamentos. Já o segundo, mostra a maneira que se age e se comporta e como essas maneiras são capazes de abalar os padrões dos pensamentos e das emoções.

O modelo cognitivo criado por Aaron Beck mencionado por Beck (2022, p. 34) apresenta “que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do cliente) é comum a todos os transtornos psicológicos”. Nesse modelo cognitivo são



apresentados os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais. A Figura 1 especifica claramente.

**Figura 1.** O modelo cognitivo de Beck



**Fonte:** Beck, (2022).

Segundo Beck (2022, p. 34), “as cognições (tanto as adaptativas quanto as mal adaptativas) ocorrem em três níveis”. Os pensamentos automáticos são aqueles que vem de forma espontânea sem que haja um direcionamento do raciocínio, em nível superficial. Já as crenças intermediárias trazem seus pressupostos globais, como a rigidez e a generalização. Por fim, as crenças centrais são as perspectivas longevas e profundas sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo (BECK, 2022).

A TCC apresenta no seu modelo cognitivo a hipótese de que as emoções, os comportamentos e fisiologia de um indivíduo são motivados pela compreensão que ele tem dos acontecimentos (BECK, 2022). Beck em suas hipóteses fez ligações entre a pessoa, o ambiente, as emoções e motivações. Conforme Salkovskis (2012, p. 490), “ele explorou maneiras através das quais o equilíbrio entre eles, e dentro dele, fatores poderiam ser perturbado e resultar em problemas e transtornos emocionais”.

De acordo com Knapp e Beck (2008), a realidade interpretada por uma pessoa está associada ao modo como ela se sente e como se comporta em relação a determinada situação. A situação em si não define de modo direto a forma como a pessoa se sente, mas sua resposta emocional que é dimensionada pela compreensão que ela tem da circunstância (NEUFELD; CAVENAGE, 2010). Sendo assim, expostas às distorções negativas de si, do mundo e do futuro, formando a tríade cognitiva (BECK, *et al.* 1985).



#### 4.1 Técnicas utilizadas da TCC para a Fobia Social

Dado o momento atual de pandemia Ribeiro *et al.* (2020), destaca que as técnicas da TCC “propõe intervenções para mudanças tanto dos pensamentos quanto dos comportamentos (p. 7), pois o isolamento social levou o adoecimento mental de grande parte da população.

Por ser uma abordagem psicoterapêutica instrutiva, a TCC é focada, ordenada e pautada em discussões, onde o terapeuta assume uma postura com procedimentos e cooperação, utilizando assim, tanto de metodologias cognitivas como comportamentais (GUSMÃO, *et al.* 2013).

Ao utilizar as técnicas da TCC na psicoterapia, o paciente é auxiliado a identificar os pensamentos, crenças e hábitos disfuncionais, que agem negativamente sobre suas emoções e comportamentos (POWELL, *et al.* 2008). Ressaltam ainda, Powell *et al.* (2008), as intervenções psicoterápicas da TCC têm como cerne a efetivação de modificações referentes aos sistemas de significados, aos pensamentos, as emoções e aos comportamentos do paciente, buscando conceber alívio ou até mesmo a remissão dos sintomas apresentados. Já para Beck, Davis e Freeman (2017), é o processo pelo qual os indivíduos interpretam a realidade de uma determinada maneira e influenciam sua percepção da realidade e a forma como agem.

Dentro da perspectiva de Knapp e Beck (2008), as técnicas cognitivo-comportamentais são utilizadas para determinar um conjunto de procedimentos, tendo assim, uma estrutura teórica e metodológica. Sua principal característica teórica está no sentido de que, os sintomas, os comportamentos disfuncionais e as patologias são capazes de serem cognitivamente trabalhadas. Portanto, é por meio das técnicas da TCC, que o recurso terapêutico é colocado em prática no tratamento da FS, ocorrendo assim, as mudanças necessárias da patologia.

De acordo com Mululo *et al.* (2009, p. 2), pode-se caracterizar às técnicas da TCC utilizadas no transtorno da FS da seguinte forma: Tabela 3.

**Tabela 3.** Características das Técnicas da TCC

Técnicas da TCC	Características
<b>Reestruturação Cognitiva</b>	Visa ajudar o paciente a identificar os pensamentos automáticos distorcidos, questionar as bases desses pensamentos à luz das evidências reais (via questionamento socrático ou experimentos comportamentais) e construir alternativas menos tendenciosas e padronizadas.
<b>Exposição</b>	Visa expor o paciente a situações ansiogênicas gradativamente através de uma hierarquia, criada junto com o paciente, até que a ansiedade naturalmente comece a diminuir (habituação). Pode ser feita através da imaginação ou ao vivo.



<b>Relaxamento</b>	Visa ajudar o paciente a controlar os sintomas fisiológicos da ansiedade durante os eventos sociais. Ele aprende a detectar os primeiros sinais de tensão muscular para logo assim descontraír, produzindo uma resposta contrária à de ansiedade.
<b>Treino de Habilidades Sociais</b>	Visa ajudar o paciente a adquirir as habilidades sociais necessárias para um bom relacionamento interpessoal através da modelação, ensaio comportamental, feedback de correção, reforço social e tarefas de casa. Essas habilidades podem ser treinadas durante a exposição.

**Fonte:** Mululo *et al.* (2009).

Tendo em vista, que há uma diversidade de técnicas cognitivas e comportamentais que podem ser usadas no tratamento da FS, as técnicas propostas que se destacam nesse estudo são: Técnica de Reestruturação Cognitiva, Técnica de Exposição, Técnicas de Relaxamento e por fim, Técnica de Treino de Habilidades Sociais. Nesse sentido, Sudak (2008, p. 123) afirma que, “os três componentes principais do tratamento com terapia cognitiva para a fobia social são educação sobre o transtorno, exposição a situações temidas e reestruturação cognitiva”.

De acordo com, Leahy, Tirsch e Napolitano (2013, p. 21) “a regulação emocional pode incluir qualquer estratégia de enfrentamento”, por isso, torna-se necessário e essencial que o paciente seja capaz de identificar os sinais psicofisiológicos, os gatilhos e as estratégias de enfrentamento. Assim, o paciente busca regular seu estado emocional nos esquemas de crenças e na reestruturação cognitiva, encontrando o equilíbrio almejado.

#### **4.1.1 Técnica de Reestruturação Cognitiva (RC)**

Ao instruir o paciente no modelo cognitivo da FS, o próximo passo é dar início ao uso das técnicas da TCC na psicoterapia (POWELL, *et al.* 2008). Nesse sentido, Clark e Beck (2012), descrevem a necessidade de focalizar e ensinar a técnica de RC, para contestar a compreensão de ameaça facciosa, quando prevê uma situação social que estimula a ansiedade. Sendo assim, apresentado por Clark e Beck (2012, p. 373) que, “a maioria dos indivíduos com FS experimentam forte ansiedade antecipatória que leva à esquiva”.

A partir dessa perspectiva, segundo Whight, Basco e Thase (2008), a técnica da RC tem como objetivo auxiliar o indivíduo a identificar e alterar esquemas e pensamentos automáticos desadaptativos, trocando por outros mais adaptativos. Machado (2014, p. 28) destaca que, “está técnica é aplicada aos pensamentos disfuncionais ocorridos antes, durante e depois da situação social eliciadora de ocorrências fóbicas”. Possibilitando assim, que o processo de reavaliação das cognições distorcidas seja reestruturado através de orientações dadas pelo terapeuta, de acordo com instruções descritas por Ito *et al.* (2008):

Um diário deve ser utilizado para auxiliar o paciente a registrar seus pensamentos automáticos distorcidos e a respectiva ansiedade em uma situação social. A seguir, o



paciente é orientado a observar estes pensamentos com distância e questioná-los, de modo a perceber suas distorções e corrigi-los de maneira a baixar a ansiedade gerada por eles. O desafio dos pensamentos distorcidos é feito através da técnica de questionamento socrático, com a revisão de evidências que confirmem ou não as hipóteses negativas do paciente (p. 98).

É exposto por Ito *et al.* (2008), que é preciso inquirir os pensamentos apontados e os possíveis erros cognitivos, sendo então, os erros mais comuns na FS: a adivinhação, catastrofização, a leitura mental e personalização. Ao utilizar o exercício de identificação, vai ajudar o paciente a questionar e alterar os pensamentos defeituosos e nocivos, os quais produzem e conservam a ansiedade fóbica, sendo um artifício útil para que o paciente consiga reconhecer a ligação através dos pensamentos e seus sintomas. Dessa forma, Ito *et al.* (2008, p. 3), afirmam que “essa aprendizagem capacita o paciente a reduzir a interferência negativa dos pensamentos sobre as emoções, aumentando assim seu controle e autoconfiança”.

Na perspectiva de detectar os pensamentos distorcidos, pode-se achar a crença central que vem gerando e sustentando tais pensamentos, bem como as convicções condicionais e artificios que o paciente usa para lidar com a crença existente. Clarck e Beck (2012) ressaltam que,

À reestruturação cognitiva é rotineiramente aplicada aos pensamentos, imagens e interpretações tendenciosos associados com várias situações na hierarquia de ansiedade social na tentativa de alcançar mudança crucial nos esquemas sociais mal adaptativos subjacentes à fobia social (p. 379).

A crença central da FS tem característica autodepreciativa, como exemplificadas: “Sou incompetente, insignificante. Se eu mostrar minha insegurança, ruborizando serei humilhado. Se eu não for impecável no meu comportamento, serei desprezado” (ITO *et al.* 2008, p. 3). Essas crenças acomodadas são construídas durante a vida, conseguindo assim, ocultar essa autodepreciação. A estratégia compensatória, a fim de lidar com essa crença compreende a observação contínua e intensa do respectivo comportamento, de forma a não consentir qualquer descuido e uma expectativa excessiva do seu desempenho (ITO *et al.* 2008).

Por fim, Ito *et al.* (2008, p. 3), destacam que a RC contribui para “a modificação das crenças centrais condicionadas, das estratégias compensatórias, bem como da crença central”, valendo-se de diferentes práticas que pode ajudar no tratamento do paciente. A técnica de RC é importante, por ensinar os pacientes a alterar seus pensamentos e crenças que geram ansiedade, de forma que hipóteses sejam exploradas, tornando-se mais úteis ou realistas vendo assim, a situação, a si mesmo e aos outros (BARLOW *et al.* 2016).





#### 4.1.2 Técnica de Exposição (TE)

Conforme ressalta Hofmann (2014), os indivíduos com FS creem que acontecimentos sociais são desfavoráveis, assim, há uma maior possibilidade de acontecerem eventos negativos do que eventos sociais positivos. A TE compreende a confrontação dos acontecimentos previamente evitados, acostumando o paciente de forma gradativa (BULHÕES *et al.* 2019). Pensando nessa situação de exposição (EX) que o paciente tenta esquivar-se é relatado por Hofmann (2014) o quanto a TE é essencial e importante no tratamento da FS, “a exposição a situações sociais temidas é um dos componentes mais importantes, se não o mais importante, de todos no tratamento” (p. 88).

Corroborando com essa perspectiva, Hofmann (2014) apresenta os motivos e a importância da TE. Ele descreve que sem a utilização da tática de evitação, as exposições produzem um elevado nível de alteração emocional, o qual concede ao paciente utilizar estratégias de aceitação com o intuito de lidar com a ansiedade. No entanto, as EXs possibilitam a chance de comprovar a eficácia do ponto de atenção acerca da ansiedade subjetiva bem como, a possibilidade de o paciente fazer uma análise da sua auto apresentação social.

Para Nascimento (2013), a TE compõe-se principalmente em conduzir o paciente gradativamente, à circunstância de medo, por meio de imagem ou ao vivo. A EX aos acontecimentos receados diminui a ansiedade e as atitudes fóbicas. Conforme Knapp *et al.* (2004), as experimentações comportamentais realizadas através da TE, são feitas de forma, que leve o paciente a envolver-se com as atividades propostas, tendo o objetivo de dissipar as crenças distorcidas.

Wright *et al.* (2019), apresentam os seguintes passos sobre a exposição no imaginário,

- 1- Formular gatilhos ambientais para criar imagens vívidas dos estímulos temidos;
- 2- Utilizar reestruturação cognitiva, relaxamento, parada de pensamentos ou outros métodos da TCC para diminuir a ansiedade e dissipar a imagem negativa;
- 3- Apresentar as imagens de maneira hierárquica, pedindo ao paciente para assumir a liderança na escolha dos alvos específicos;
- 4- Orientar o paciente nos modos de lidar com a ansiedade;
- 5- Repetir a exposição no imaginário até que a ansiedade tenha se extinguido (133).

Segundo Rangé *et al.* (2011), a TE ao vivo conciliada com a RC são as principais estratégias da TCC indicadas e adequadas para a FS. Recomenda-se que as ocorrências sejam identificadas, para que sejam apontadas de forma hierárquica conforme a intensidade da ansiedade, iniciando com situações que produzam pouca ansiedade para as mais temidas. Nesse sentido, “é feita de forma sistemática, por tempo prologado até que a habituação ocorra. O processo é realizado até o paciente poder enfrentar todos os itens da hierarquia com significativa



redução da ansiedade e do desconforto” (D’EL REY; PACINI, 2006; MULULO *et al.* 2009, *apud* MEDEIROS 2016, p. 21). Por fim, “a exposição é benéfica por várias razões que são informadas ao paciente. Um dos aspectos mais importantes da exposição é a oportunidade de testar as crenças disfuncionais e gerar formas mais realistas de entender a si e aos outros” (BARLOW *et al.* 2016, p. 119).

#### 4.1.3 Técnicas de Relaxamento (TR)

Para Rangé *et al.* (2011), o relaxamento (RX) é um processo psicofisiológico que abrange reações de estrutura somática e autônoma, uma vez que o modo fisiológico e psicológico estão interligados. Às TR são importantes para identificar os principais sinais de tensão muscular, com o intuito de aliviar e propiciar a concepção do domínio da ansiedade (MEDEIROS, 2016).

Já para Carvalho, Malagris e Rangé (2019, p. 332), a respiração e o relaxamento são “práticas que podem ser realizadas com o intuito de cuidar tanto da mente quanto do corpo. A respiração diafragmática ou controlada, é uma técnica baseada na observação de que muitas pessoas respiram irregularmente quando ansiosas”. Existe um modelo de respiração que leva a uma instabilidade entre o oxigênio e dióxido de carbono no corpo, provocando os sinais físicos da ansiedade.

As TR têm por objetivo possibilitar que o paciente alcance um ponto de tranquilidade psíquica e física (WHIGHT; BASCO; THASE, 2008). No tratamento da FS, as TR têm o intuito de fazer com que o paciente aprenda a lidar com as respostas fisiológicas geradas pela ansiedade, sendo capaz de ser empregada por intermédio do controle da respiração e RX muscular.

Dentre as diversas TR, as mais usadas são a de Jacobson (Tabela 4), que vêm orientando o terapeuta e o paciente a observar os vários grupos musculares de forma a reconhecer a tensão e possibilitar o RX deles. A respiração diafragmática (Figura 2) que é possível ser usada em ocasiões de tensão, estresse e ansiedade é o principal passo para melhorar o equilíbrio, igualmente para o RX, rompendo o mecanismo de luta ou fuga provocado pela respiração torácica (MULULO *et al.* 2009). Ito *et al.* (2008, p. 3), fazem alusão que “às técnicas de relaxamento em geral são úteis na diminuição da ansiedade basal e também favorecem a percepção do autocontrole da ansiedade”, sendo assim, indicada para o tratamento da FS.



**Tabela 4. Técnicas de Relaxamento Progressivo**

Técnicas de Relaxamento		
Sessões	Grupos Musculares	Exercícios
1	Mão, antebraço e bíceps dominantes Mão, antebraço e bíceps não dominantes	Aperta-se o punho. Empurra-se o cotovelo contra o colchonete. Igual ao membro dominante.
2	Fronte e couro cabeludo  Olhos e nariz	- Levantam-se as sobrancelhas tão alto quanto possível. - Apertam-se os olhos e ao mesmo tempo enrugam-se o nariz.
3	Boca e mandíbula	Apertam-se os dentes enquanto se levantam as comissuras da em direção às orelhas. Aperta-se a boca para fora. Abre-se a boca.
4	Pescoço	Dobra-se para a direita. Dobra-se para a esquerda. Dobra-se para diante. Dobra-se para trás.
5	Ombros, peito e costas	Inspira-se profundamente, mantendo a respiração, ao mesmo tempo em que se levam os ombros para trás tentando juntar as omoplatas.
6	Estômago	Encolhe-se, contendo a respiração. Solta-se, contendo a respiração.
7	Perna e músculo direito  Panturrilha  Pé direito  Perna, panturrilha e pé esquerdo	- Tenta-se subir a perna com força sem tirar o pé do assento (ou chão). - Dobra-se o pé para cima estirando os dedos, sem tirar o calcanhar do assento (ou chão). - Estira-se a ponta do pé e dobram-se os dedos para dentro. - Igual ao direito.
8	Sequência completa de músculos	Somente relaxamento.

Fonte: Caballo *et al.* (2007).

**Figura 2 – Modelo da técnica de respiração diafragmática**



Fonte: Rosa, (2021).



#### 4.1.4 Técnica de Treino de Habilidades Sociais (THS)

Knapp *et al.* (2004) afirmam que o THS ajuda a criar habilidades que possibilitam a interação social, reduzindo a ansiedade de desempenho e proporcionando uma interação mais eficaz. Dessa forma, pode vir a avançar no aspecto do redirecionamento da concentração auto focada do indivíduo. Ainda segundo o mesmo autor, o objetivo do THS é, “prover o paciente de um novo repertório comportamental, mais amplo e socialmente adaptado, devendo ser planejado de forma específica para cada caso” (KNAPP *et al.* 2004, p. 237).

Frequentemente, pessoas socialmente ansiosas habitualmente possuem uma consciência inflexível, da qual têm uma carência em habilidades sociais (HOPE; HEIMBERG; TURK, 2012). Conforme o modelo apontado pela TCC, os indivíduos com FS afligem-se de um vultoso déficit nas habilidades sociais e do mesmo modo nas suas crenças disfuncionais. Dessa forma, Leal, Quadros e Reis (2011, p. 3) afirmam que, “pode-se considerar que os déficits de habilidades sociais dificultam o funcionamento social do indivíduo e sua capacidade adaptativa”.

Corroborando com a perspectiva, Ito *et al.* (2008), destacam que o propósito do THS é proporcionar ao indivíduo um conjunto vasto de conduta sociais em maior grau de adaptação, reduzindo a acomodação e a sensibilidade de insuficiência ou raiva, considerando as particularidades dos pacientes e seu grupo social.

Diante do exposto, Ito *et al.* (2008, p. 3), ressaltam que os maiores impasses encontrados pelos pacientes com FS são: “iniciar, estabelecer, manter e finalizar conversa, manter o foco e o interesse no assunto, tolerar silêncios, eleger temas e saber discorrer sobre o mesmo, mudar o assunto se necessário, estabelecer e manter amizades”, todos esses inconvenientes são expostos no decorrer do THS.

Dessa forma, sugere-se que, “o treino deve ser iniciado primeiramente nas consultas e em ambientes familiares, e depois no social mais amplo, com amigos e vizinhos” (ITO *et al.* 2008, p. 3). Contudo, Machado (2014), apresenta que o THS favorece de maneira clara as pessoas com FS, visto que, com base no treinamento é provável encarar de forma apropriada os conflitos, avultar a assertividade, apreciar a condição de sua comunicação não verbal, aperfeiçoar sua exposição e aptidão de fortalecer relacionamentos. Por fim, Nardi, Quevedo e Silva (2014) confirmam, que a utilização do THS tem recomendação para todas as pessoas com quadro de FS, pois sua eficácia tem mostrado redução na ansiedade e no enfretamento a situações interpessoais.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A FS tem prejudicado a vida de grande parte da população por séculos, trazendo dificuldades tanto no aspecto psicológico, fisiológico e social. Muitos têm passados por situações de apreensão e isolamento devido ao quadro da FS. Leal, Quadros e Reis (2011, p. 1), confirmam que “a Fobia Social (FS) é um problema de saúde mental que pode ser incapacitante nas suas formas mais graves”, percebido em estudos já referendados, que tem início muito cedo e com uma prevalência crescente, atingindo um grande número da população mundial.

A pandemia do Covid-19 provocou mudanças na sociedade como um todo, devido às restrições sociais, propiciando um aumento significativo dos transtornos mentais. Dentre eles, foi destacado nesse estudo a patologia da FS. Pessoas que já apresentavam tais sintomas de alterações psíquicas de FS, por não precisar sair de casa, puderam ainda mais continuar com sua rigidez, o que aparentemente parecia bom aos olhos, pois poder ficar em casa sem precisar ter contatos sociais, propiciou mais conforto. Por outro lado, muitos que tiveram sua liberdade privada, passaram a ter medo de entrar em contato com as pessoas, por medo de serem infectadas, gerando medo e uma ansiedade avultados de saírem de casa. Podendo, desta maneira devido ao longo tempo em privação de contatos sociais, ter a possibilidade de começarem a desenvolver a FS. Foram percebidos na pandemia dois efeitos referentes à ansiedade social: 1º- a diminuição da percepção de ansiedade social, uma vez que as pessoas estavam menos expostas socialmente, e o 2º- o desenvolvimento de ansiedade social, visto que muitas pessoas passaram a viver isoladas do convívio social. Assim, através de estratégias e das técnicas da TCC pode-se levar a pessoa com FS a lidar com o isolamento social, bem como, no manejo emocional em tempos de pandemia da Covid-19.

Diante de todos os estudos cientificamente citados neste trabalho, o modelo cognitivo de Beck (1985) apresenta a objetividade da TCC em corrigir erros cognitivos que afetam as emoções e os comportamentos das pessoas, visando trabalhar a modificação das crenças distorcidas e negativas sobre si, o outro e sobre o futuro. As principais técnicas da TCC aplicadas para o tratamento da FS foram aqui descritas. À técnica de RC ensina os indivíduos a identificar os pensamentos distorcidos e modificá-los. À TE requer que o paciente imagine ou confronte os estímulos. Às TR contribuem para o paciente controlar sintomas fisiológicos e facilitar a EX a situações temidas. Por fim, o THS auxilia na construção de um repertório de habilidades assertivas. Assim, através de estratégias e das técnicas da TCC pode-se levar a pessoa com FS a lidar com o isolamento social, bem como, no manejo emocional em tempos de pandemia da Covid-19. Nesse sentido, as técnicas são vistas como essenciais e eficazes.



Por meio da pesquisa de revisão bibliográfica, foi observado ainda a necessidade de estudos que abordem a FS em tempos de pandemia da Covid-19. Embora haja alguns estudos no Brasil, espera-se que mais estudos sejam realizados e dessa forma, ajudará a enriquecer ainda mais o tratamento da FS com base na TCC. Mesmo a pesquisa apresentando a fragilidade de poucos trabalhos científicos relacionados a FS e a pandemia da Covid-19, foi possível apresentar a importância das técnicas da TCC no tratamento de pessoas com FS apresentados durante a pandemia da Covid-19. A TCC mostra-se eficaz e propicia ao paciente fóbico social uma tranquilidade gradativa, a retomada de sua vida social e um bem-estar saudável e equilibrado.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. L. *et al.* Fobia social em estudantes de medicina submetidos ao método de ensino-aprendizagem baseado em problemas no estado de Sergipe. **Revista Debates em Psiquiatria**. v. 9, n. 2, p. 16-24, jun. 2019. Disponível em: <https://bityli.com/PuafGWtQ>. Acesso em: 02 ago. 2022
- ANDRETTA, I. (org.). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- ANDRETTA, I.; BARBOSA, M. E. **Ansiedade social e generalizada**. Pós-Graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental. PUCRS-online, 2021.
- ANGELOTTI, G. **Teoria cognitivo-comportamental dos transtornos da ansiedade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARAÚJO, D. F.; COSTA, E. L. Efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental on-line no cenário de pandemia da COVID-19: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. v. 17, n. 2, p. 105-112, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/RDSDai>. Acesso em: 09 fev. 2022.
- BARLOW, D. H. (org.). **Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BECK, A. T. *et al.* **Terapia Cognitiva da Depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- BECK, A. T; DAVIS, D. D. FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- BOHNEBERGER, G. *et al.* Alterações fisiológicas da ansiedade e do medo e implicações na odontologia. **Ação Odonto**, n. 2, 2016. Disponível em: <https://bityli.com/tRQscDzU>. Acesso em: 29 maio. 2022.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Realidade imposta pela pandemia pode gerar transtornos mentais e agravar quadros existentes.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/pvhmYyEG>. Acesso em: 05 abr. 2022.

BRAGA, I. O. *et al.* Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/SexVzUvN>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BULHÕES, A. *et al.* Fobia Social: um estudo a partir da terapia cognitivo-comportamental. **Repositório Digital UNIVAG**. Cuiabá, 2019. Disponível em: <https://bityli.com/mozgNmp>. Acesso em 3 ago. 2022.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais.** Livraria Santos Editora: São Paulo, 2007.

CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L. E. N.; RANGÉ, B. P. **Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

CASTILLO, A. R. G. L. *et al.* Transtorno de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Porto Alegre. v. 22, supl. II, p. 20-23, 2000. Disponível em: <https://bityli.com/bIFjNDZF>. Acesso em: 09 fev. 2022.

CLARCK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

CLARCK, D. A.; BECK, A. T. **Vencendo a ansiedade e preocupação com a terapia cognitivo-comportamental: manual do paciente.** Porto Alegre: Artmed, 2014.

CLARCK, D. M.; WELLS, A. Um modelo cognitivo de fobia social. **Psychologytools, 1995.** Disponível em: <https://bityli.com/ZhOOBqO>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CORDIOLI, A. V. (org.). **Psicoterapias: abordagens atuais.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

COSTA, C. O. *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 68, n. 2, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://bityli.com/YcCKWOEl>. Acesso em: 10 maio. 2022.

D'EL REY, G. J. F. Fobia social: mais do que uma simples timidez. **Arquivo Ciências da Saúde da Unipar**. v. 5, n. 3, p. 273-276, 2001. Disponível em: <https://bityli.com/JTGWKTpa>. Acesso em: 09 fev. 2022.

D'EL REY, G. J. F. PACINI, C. A. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicas. **Psicologia em Estudos**. Maringá, v. 11, n. 2, p. 269-275, maio./ago. 2006. Disponível em: <https://bityli.com/OSvhgD>. Acesso em: 20 fev. 2022.

PEREIRA, M. D. *et al.* A pandemia COVID-19, o isolamento social, as consequências sobre a saúde mental e as estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. Campinas. (S. 1), v. 9, n. 7, p. e652974548, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/JCcEdgYr>. Acesso em: 10 maio. 2022.



FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**. Campinas. v. 37, e200074, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/mmyVEQ>. Acesso em: 05 fev. 2022.

FREITAS, G., *et al.* O Tratamento da Fobia Social ao olhar das vertentes da TCC. **Conhecendo Online**, v. 2 n. 1. 08 Jul. 2017. Disponível em: <https://bityli.com/TRdqomUu>. Acesso em: 24 jul. 2022.

GUNDIM, V. A. *et al.* Saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. **Rev. Baiana Enferm. Salvador**, v. 35, 37293, 2021. Disponível em: <https://bityli.com/OrKbsbqi>. Acesso em: 26 jul. 2022.

GUSMÃO, E. E. S. (org.). Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento da fobia social. **Revista Bras. de Terapias Cognitivas**. v. 9, n. 2, p. 118-125. Rio de Janeiro, dez. 2013. Disponível em: <https://bityli.com/MjyPpFr>. Acesso em: 17 jul. 2022.

HIRSCH, C. R.; CLARCK, D. M. Viés de processamento de informação na fobia social. **Revista de Psicologia Clínica, Elsevier**. v. 24, n. 7, p. 799-825, nov. 2004. Disponível em: <https://bityli.com/oTqerDW>. Acesso em: 28 jul. 2022.

HOFMANN, S. G. **Introdução à terapia cognitivo-comportamental contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

HOFMANN, S. G.; SMITS, J. A. J. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade em adultos: uma meta-análise de estudos randomizados controlados por placebo. **Jornal de Psiquiatria Clínica**. n. 69, p. 621-632, 2008. Disponível em: <https://bityli.com/ZbfMNK>. Acesso em: 01 jun. 2022.

HONÓRIO, A. P. (org.). O manejo da terapia cognitivo comportamental frente ao Transtorno de ansiedade no contexto da pandemia da Covid-19: revisão sistemática de literatura. 2021. **Rev. Bras. de Terapias Cognitivas**, n. 2, v. 17, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://bityli.com/DLvuaY>. Acesso em: 05 abr. 2022.

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

ITO, L. M. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. **Revista Bras. Psiquiatria**. v. 30, (suppl. II), p. 96-101. out. 2008. Disponível em: <https://bityli.com/LKoeDEYi>. Acesso em: 05 abri. 2022.

KESSLER, R. C. *et al.* Prevalência ao longo da vida e em 12 meses de transtornos psiquiátricos do DSM-III-R nos Estados Unidos. Resultados da pesquisa nacional de comorbidade. **Psiquiatria Arch. Gen.** v. 51, n. 1, p. 8-19. jan. 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8279933/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

KNAPP, P. (org.). **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto alegre: Artmed, 2004.

KNAPP, W. P. **Tendências históricas e atuais das terapias cognitivo-comportamentais**. 2015. Tese (Doutorado) – Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Porto





Alegre, BR-RS, 2015. Disponível em: tese knapp rev final ck completa (ufrgs.br). Acesso em: 10 Jan. 2022.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceitos, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 30 (Supl II), p. 54-64. 2008. Disponível em: <https://bityli.com/KeSAc>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LEAHY, R. L. **Como lidar com as preocupações**: sete passos para impedir que elas paralisem você. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEAHY, R. L. **Não acredite em tudo que você sente**: identifique seus esquemas emocionais e liberte-se da ansiedade e da depressão. Porto Alegre: Artmed, 2021.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. **Regulação emocional em psicoterapia**: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEAL, K. B. B.; QUADROS, S. A.; REIS, M. E. A. A terapia cognitivo-comportamental e o treino de habilidades sociais no tratamento da fobia social. **Psicologia.PT**. Jun. 2011. Disponível em: <https://bityli.com/bijYtKIu>. Acesso em: 21 ago. 2022.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/zFBXGXY>. Acesso em: 21 ago. 2022.

LINEHAN, M. **Terapia cognitivo-comportamental para transtorno de personalidade borderline**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MACHADO, P. L. **As possibilidades de intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental com a Fobia Social**. Tese de Pós-Graduação do Centro Universitário de Araraquara. Araraquara, jun. 2014. Disponível em: <https://bityli.com/zfPkiU>. Acesso em: 02 ago. 2022.

MAIA, B. R.; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia**. v. 37. Campinas, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/XsEGxLg>. Acesso em: 06 fev. 2022.

MARTINS, G. A; PINTO, R. L. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDEIROS, R. B. **Treino de habilidade sociais como método de intervenção da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da fobia social**. Trabalho de Especialização. Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC). São Paulo, 2016. Disponível em: <https://bityli.com/RZncVEC>. Acesso em: 31 ago. 2022.

MULULO, S. C. *et al.* Eficácia do tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do sul. v. 31, n. 3, p. 177-186, 2009. Disponível em: <https://bityli.com/bqIwiX>. Acesso em: 31 jan. 2022.

NARDI, A. E.; QUEVEDO, J. SILVA, A. G. **Transtorno de ansiedade social**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2014.



NASCIMENTO, C. M. V. **A eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de fobia social.** Trabalho de conclusão de curso de especialização. Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC). São Paulo, 2013. Disponível em: <https://bityli.com/pVHtaIqV>. Acesso em: 03 ago. 2022.

NEUFELD, C. B. (org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da forma de terapeutas cognitivo-comportamentais. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, 2010. Disponível em: <https://bityli.com/LaTdCQc>. Acesso em: 30 maio. 2022.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Consequências do isolamento social na pandemia. **Bionorte**. (S. I), v. 10, n. S2, 2022. Disponível em: <https://bityli.com/ZydqaG>. Acesso em: 09 fev. 2022.

OSÓRIO, F. L. **Transtorno de ansiedade social: validação de instrumentos de avaliação.** Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2008. Disponível em: <https://bityli.com/QbKBNFBm>. Acesso em: 27 jul. 2022.

PEIXOTO, J. L. *et al.* Efeitos da meditação sobre os sintomas de ansiedade: uma revisão sistemática. **Rev. Psi. Diversidade Saúde**. v. 10, n. 2, p. 306-316, Salvador, jun. 2021. Disponível em: <https://bityli.com/CMsKnEf>. Acesso em: 14 mar. 2022.

PEREIRA, M. D. *et al.* A pandemia COVID-19, o isolamento social, as consequências sobre a saúde mental e as estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Pes. Sociedade e Desenvolvimento**. (S. I), v. 9, n. 7, p. e652974548, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/JCcEdgYr>. Acesso em: 10 maio. 2022.

POWELL, V. B. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 30 n. 2, p. 73-80, 2008. Disponível em: <https://bityli.com/zVfMf>. Acesso em: 30 maio. 2022.

RAMOS, M. M.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Ansiedade social: adaptação e evidências de validade da forma curta da Social Interaction Anxiety Scale e Social Phobia Scale para o Brasil. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**. v. 70, n. 2, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://bityli.com/aCrPaGiT>. Acesso em: 29 maio. 2022.

RANGÉ, B. *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamental: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, E. G. *et al.* Saúde mental na perspectiva do enfrentamento à COVID-19: manejo das consequências relacionadas ao isolamento social. **Rev. Enf. e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 47-56, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/UGyOhXCC>. Acesso em: 10 out. 2022.

ROHDE, L. A. (org.). **Guia de Saúde mental pós-pandemia no Brasil.** Universidade Federal Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/wRoGYxeE>. Acesso em: 27 jul. 2022.

SALKOVSKIS, P. M. **Fronteiras da terapia cognitiva.** 2ª ed. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2012.



SANTANA, V. V. R. S. *et al.* Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de COVID-19: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos e Saúde no Contexto Social**. v. 2, p. 754-762, Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, 2020. Disponível em: <https://bityli.com/mWplNfXb>. Acesso em: 15 de fev. 2022.

SANTO, M. A. L. *et al.* Bem-estar como fator moderador de transtornos mentais na pandemia. **Revista Brasileira Psicoterapia**. Porto Alegre. v. 23, n. 3, p. 33-46, dez. 2021. Disponível em: <https://bityli.com/Wfgwlhj>. Acesso em: 26 jan. 2022.

SUDAK, D. M. **Terapia cognitivo-comportamental na prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WRIGHT, J. H. *et al.* **Teoria cognitivo-comportamental para doenças mentais graves**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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

WRIGHT, J. H. *et al.* **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ZWIELEWSKI, G. *et al.* Protocolos para tratamentos psicológicos em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela Covid-19. **Debates em Psiquiatria**, p. 30-37, abr.-jun. 2020. Disponível em: <https://bityli.com/WWpnluIA>. Acesso em: 26 jul. 2022.