



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



---

DANIEL ALEXANDRE GOUVÊA GOMES

# CONSTRUÇÃO DA ESCALA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL DE ANSIEDADE SOCIAL (ECCAS)

Orientador: Dr. Lelio Moura Lourenço  
Co-orientador: Dr. Makilim Nunes Baptista

Juiz de Fora, 2014



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



---

DANIEL ALEXANDRE GOUVÊA GOMES

## **CONSTRUÇÃO DA ESCALA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL DE ANSIEDADE SOCIAL (ECCAS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Daniel Alexandre Gouvêa Gomes.

Orientador: Prof. Dr. Lelio Moura Lourenço

Co-orientador: Prof. Dr. Makilim Nunes Baptista

Juiz de Fora, 2014

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

Gomes, Daniel Alexandre Gouvêa.  
CONSTRUÇÃO DA ESCALA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL DE  
ANSIEDADE SOCIAL (ECCAS) / Daniel Alexandre Gouvêa Gomes. --  
2014.  
104 f.

Orientador: Lelio Moura Lourenço  
Coorientador: Makilim Nunes Baptista  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de  
Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia, 2014.

1. Transtorno de Ansiedade Social. 2. Propriedades  
Psicométricas. 3. Escalas de Rastreamento. 4. Instrumentos  
Psicológicos. I. Lourenço, Lelio Moura, orient. II. Baptista,  
Makilim Nunes, coorient. III. Título.

DANIEL ALEXANDRE GOUVÊA GOMES

**CONSTRUÇÃO DA ESCALA COGNITIVA E  
COMPORTAMENTAL DE ANSIEDADE SOCIAL  
(ECCAS)**

Dissertação defendida e aprovada, em 31 de Janeiro de 2014, pela banca constituída por:

---

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

---

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

---

Membro Titular: Profa. Dra. Ana Maria Martins Serra  
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva/SP

Juiz de Fora, 2014.

*Dedico este trabalho a Deus e a todas as pessoas que deixaram sua contribuição em minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Gostaria primeiramente de agradecer a Deus por estar vivo e com saúde para batalhar pelos meus objetivos, trilhar meus caminhos, vencer os obstáculos que surgem e por poder estudar algo que me fascina, que é a Psicologia.

À minha mãe pela educação, pelo carinho, pelo apoio e por ser uma ótima pessoa e me ajudar a conquistar meus objetivos.

Aos meus familiares por me ensinarem importantes lições durante a vida, de como eu deveria agir e o que jamais fazer.

Aos amigos, aqueles que estão sempre ao meu lado, me dando forças, me fazendo rir, relaxar, sorrir, escapar da rotina de estudos e de atividades que as vezes são bastante cansativas.

À Amata Xavier, Bianca Marques, Daniele Guimarães, Iolanda Cotta, Isabela Conti, Kamila Toledo, Marina Bilig, Thais Cabral e Vívian Hauck pelo apoio, ajuda, carinho e atenção nas etapas do trabalho. Sem vocês eu não teria conseguido chegar até aqui.

Ao Núcleo de Estudos em Violência e Ansiedade Social (NEVAS) e seus participantes, pelos trabalhos que me capacitaram para chegar até aqui, Aprendendo bem mais do que imaginava desde quando entrei no grupo em 2008 e que espero contribuir muito mais enquanto me for permitido.

Ao meu co-orientador Makilim Baptista pela atenção, pelo apoio, pelas brincadeiras, conselhos, ensinamentos e pela humildade demonstrada em todos os momentos mostrando ser uma pessoa evoluída e um ser humano ímpar.

Ao meu orientador, Lelio Moura Lourenço que acima de tudo é um grande amigo, mas que considero como mestre, sábio, um verdadeiro professor que me ensina praticamente desde que entrei na faculdade e que sempre manteve a lisura em sua forma de agir. Com certeza você é uma pessoa que Deus colocou em meu caminho para me auxiliar nessa caminhada e

sou muito grato a Ele e a você por isso. Muito obrigado pela paciência, por aturar meu jeito meio desligado e por não estressar comigo quando eu lhe provoço tamanha ansiedade.

Ao professor Telmo Mota Ronzani por contribuir com meus trabalhos, desde a monografia até o momento da defesa de minha tese. Obrigado pelos ensinamentos e por cooperar de forma sempre solícita e com tamanha prontidão.

À professora Ana Maria Martins Serra, por ter aceitado meu convite para compor a banca de defesa. Com certeza sua colaboração vai significar muito para minha vida acadêmica e profissional.

Aos amigos de faculdade que tornaram o caminho muito mais leve e bem mais prazeroso. Àqueles que estiveram comigo apenas na graduação e aos outros que assim como eu, escolheram trilhar o caminho de uma carreira acadêmica partilhando dos desafios do mestrado. Com certeza vocês foram e são fundamentais.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que foi de tamanha importância para mim. Sem a bolsa CAPES-Reuni, que recebi durante o mestrado, eu teria passado por muito mais dificuldades.

À todos os professores que me ensinaram muitas lições durante a graduação, o mestrado e nas tutorias que participei durante a minha estadia no Programa de Pós-Graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Não vou citar nomes para evitar o pecado de esquecer alguém. Porém todos foram de extrema importância.

Agradecimentos também ao Programa de Pós-Graduação pela dedicação e pelo investimento em mim.

Por fim, gostaria novamente de agradecer a todos. Muito Obrigado!

Gomes, D. A. G. (2014) Construção da Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS). 121 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora

## Resumo

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é uma patologia muito comum nos dias atuais, figurando como o principal transtorno de ansiedade e uma das doenças mentais mais prevalentes na população mundial. É caracterizada por medo ou ansiedade excessiva e constante diante de situações sociais, que podem ser de desempenho, de interação ou de observação, em que o indivíduo apresenta temor em ser avaliado negativamente por outras pessoas, podendo ser exposto a humilhações e ao escrutínio. O objetivo do trabalho foi o desenvolvimento de um instrumento de rastreio dos sintomas do TAS, capaz de identificar os sujeitos com maior probabilidade de desenvolvimento da doença. O estudo dividiu-se em duas fases: a primeira refere-se à construção do instrumento, e a segunda, à aplicação do mesmo em 297 pessoas. Foram aplicados um questionário sócio-demográfico, a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, o Mini Inventário de Fobia Social e a escala desenvolvida pelos autores. Os resultados preliminares mostraram excelentes índices de consistência interna e a análise fatorial foi considerada satisfatória. Houve associação entre a pontuação da escala e alguns indicadores sócio-demográficos, de acordo com a literatura científica da área.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Social; Propriedades Psicométricas; Escalas de rastreio.



Gomes, D. A. G. (2014) Construção da Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS). 121 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Juiz de Fora

## Abstract

The Social Anxiety Disorder (SAD) is a very common condition presently, appearing as the primary anxiety disorder and one of the most prevalent mental diseases worldwide. It is characterized by constant and excessive fear or anxiety about social situations, which can be of performance, interaction or observation, in which a person has fear of being negatively evaluated by others, and may be exposed to humiliation and scrutiny. The objective of this work is the development of a screening instrument of the symptoms of SAD, which is able to identify as well subjects with greater likelihood of developing the disease. The study was divided into two phases: the first refers to the construction of the instrument and the second consists on the application of the test to 297 subjects. One socio-demographic questionnaire, the Liebowitz Social Anxiety Scale, the Mini Social Phobia Inventory and the scale developed by the authors. Preliminary results showed excellent internal consistency and factor analysis was considered satisfactory. There was an association between the scale score and some socio-demographic indicators, according to scientific literature in the area.

Keywords: Social Anxiety Disorder; Psychometric properties; Screening scales

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critério Diagnóstico do Transtorno de Personalidade de Esquiva (TPE - 301.82)

Tabela 2 - Critério Diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social (300.23) segundo o DSM-5

Tabela 3 - Critério Diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social segundo a CID-10 (F40.10)

Tabela 4 - Itens considerados como confusos na análise semântica

Tabela 5 - Análise dos Juízes quanto a dimensão e a fase

Tabela 6 - Distribuição das Classificações realizadas pelas pontuações dos instrumentos de rastreio

Tabela 7 - Correlação entre a ECCAS, a LSAS e o Mini-SPIN

Tabela 8 - Total da Variância Explicada

Tabela 9 - Cargas Fatoriais dos componentes rotados extraídos da Principal Axis Factoring e comunalidades da ECCAS.

## Lista de Figuras

Figura 1 - Gráfico de Sedimentação dos *Eigenvalues*

## Lista de Anexos

Anexo 01 - Questionário Sócio-Demográfico

Anexo 02 - Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)

Anexo 03 - Mini Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)

Anexo 04 - Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS)

Anexo 05 - Autorização do Comitê de Ética

Anexo 06 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Anexo 07 - Esquemas mal adaptativos

Anexo 08 - Sintomas Fisiológicos descritos por Barlow (2002)

Anexo 09 - Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS) - Versão

Inicial

Anexo 10 - Planilha de avaliação de Itens

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	2
1.1 - DEFINIÇÃO DE MEDO E ANSIEDADE .....	2
1.2 - HISTÓRICO.....	4
1.3 - CONCEITO ATUAL.....	8
1.4 - EPIDEMIOLOGIA.....	16
1.5 - ETIOLOGIA.....	18
1.6 - COMORBIDADES .....	21
1.7 - AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO.....	23
1.8 - REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA SOBRE OS INSTRUMENTOS DE RASTREIO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL .....	25
1.9 - PERSPECTIVA COGNITIVA DE FOBIA SOCIAL .....	27
1.9.1 - A FASE ANTECIPATÓRIA .....	27
1.9.2 - A EXPOSIÇÃO SITUACIONAL .....	28
1.9.3 - PROCESSAMENTO PÓS-EVENTO .....	29
1.10 - JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	29
2 - OBJETIVOS .....	34
2.1 - OBJETIVO PRINCIPAL.....	34
2.2 - OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....	34
3 - MÉTODO .....	35
3.1 - ESTUDO I - CONSTRUÇÃO DOS ITENS .....	35
3.1.1 - PARTICIPANTES .....	35
3.1.2 - PROCEDIMENTOS .....	35
3.2 - ESTUDO II - EVIDÊNCIAS PRELIMINARES DE VALIDADE E CONSISTÊNCIA INTERNA.....	36
3.2.1 - PARTICIPANTES .....	36
3.2.2 - INSTRUMENTOS .....	36
3.2.3 - PROCEDIMENTOS .....	39
3.3 - PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS .....	40
4 - RESULTADOS .....	40
4.1 - PARTE I - PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ESCALA.....	41
4.1.1 - A DEFINIÇÃO OPERACIONAL.....	41
4.1.2 - CONSTRUÇÃO DOS ITENS.....	43
4.1.3 - ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS .....	44
4.1.4 - ANÁLISE SEMÂNTICA DOS ITENS .....	45
4.1.5 - ANÁLISE DOS JUÍZES .....	49
4.1.6 - APLICAÇÃO PILOTO.....	53
4.2 - PARTE II - ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL.....	53
4.3 - PARTE III - ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E DE CONFIABILIDADE .....	58

5 - DISCUSSÃO .....	63
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
LISTA DE ANEXOS.....	73

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 - DEFINIÇÃO DE MEDO E ANSIEDADE

Provavelmente todos os seres humanos tiveram a experiência de sentir algo inexplicável ou incontrolável, em uma situação nova ou complicada, que "acelera o coração", "faz a perna e os braços tremerem", "nos deixa com o rosto vermelho" e que normalmente denominamos de ansiedade. Ela pode ser considerada como um estado psíquico que surge frente a situações novas, na verificação da presença de ameaças, sejam elas naturais ou não, bem como qualquer outra situação capaz de despertar, nos indivíduos, seus sintomas. Por se tratar de um estado que é inerente aos seres humanos, ela tem um papel de auxílio no reconhecimento de situações que possam causar prejuízo ou danos à vida, configurando como um "alerta" perante determinadas situações (Clark & Beck, 2012).

Por se tratar de uma experiência pessoal e subjetiva, os indivíduos tendem a "senti-la" ou experimentá-la de maneiras diferentes. Essa multipluralidade gera a denominação, por parte da ansiedade, de inúmeros sinônimos, dentre eles, têm-se o medo, o pavor, o pânico, a apreensão, dentre outros, sendo o primeiro termo, aquele mais utilizado pelo senso comum (Barlow, 2002). Essa quantidade de sinônimos, torna necessária a distinção entre o que chamamos de medo e o que consideramos ser o estado psíquico denominado de ansiedade, o primeiro por ser muito comum e o último por preceder o transtorno de que se trata o presente trabalho. As definições sobre os dois construtos ensejam mostrar como se dá a relação entre eles e os eventos, que ocorrem no dia-a-dia, e também através de forma como os indivíduos experimentam as reações decorrentes dos estados psíquicos. Frequentemente conclui-se que o medo tem uma relação íntima com os eventos presentes, ou as ameaças reais, enquanto que a ansiedade está relacionada com o futuro, ou com a ameaça percebida em situações futuras. Tanto

medo e ansiedade eliciam comportamentos, pensamentos, sentimentos e respostas fisiológicas diante das situações (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2012).

De acordo com o Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais em sua 5ª edição (DSM-5), publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013), o medo está associado aos comportamentos de luta ou fuga e a ansiedade é seguida por uma mudança fisiológica e utilização de estratégias de atenção aos sintomas, atrelada a percepção de possíveis situações futuras, de perigo, utilizando-se do cuidado, como ferramenta, ou do próprio comportamento de evitação. Para Barlow (2002) "*o medo é um alarme primitivo em resposta a perigo presente, caracterizado por forte excitação e tendências a ação*" (p.104) enquanto que a ansiedade é definida como "*uma emoção orientada ao futuro, caracterizada por percepções de incontrolabilidade e imprevisibilidade sobre eventos potencialmente aversivos e desvio rápido na atenção para o foco de eventos potencialmente perigosos ou para a própria resposta afetiva do indivíduos a esses eventos*" (p.104). Essas definições corroboram a decisão de considerar a ansiedade como um estado psíquico, que tem seu foco principal no futuro, capaz de desenvolver complexas relações entre comportamento, pensamento, sentimento e fisiologia.

Com uma população maior do que 7 bilhões de pessoas, há uma probabilidade muito pequena de encontrar alguém que não tenha experimentado medo ou sentido ansiedade em algum momento de sua vida. Desde a pré-história o homem é capaz de distinguir entre as situações que ele pode enfrentar e aquelas aonde a esquiva é a melhor opção. Além disso, atualmente com o grande número de situações sociais, é fundamental que ele possa reconhecer perigos ou situações capazes de gerar prejuízos. Essa característica faz com que medo e ansiedade sejam úteis e indispensáveis no dia-a-dia (Beck, Emery & Greenberg, 2005). Porém, quando essa ansiedade torna-se crônica,



excessiva e descontrolada, os sujeitos podem desenvolver transtornos capazes de provocar prejuízos cada vez mais severos.

Os principais transtornos de ansiedade, descritos nos principais manuais psiquiátricos, são: o Transtorno de Ansiedade de Separação, o Mutismo Seletivo, as Fobias Específicas, o Transtorno de Pânico, a Agorafobia, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) e o Transtorno de Ansiedade Social (TAS), que é o objeto de estudo do presente trabalho.

## 1.2 - HISTÓRICO

O histórico do TAS é abordado neste momento, dando devida importância ao seu termo anterior, Fobia Social (FS), que a partir do último manual da Associação Psiquiátrica Americana (APA), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM), 5ª edição (APA,2013), foi considerado menos apropriado do que o seu sucessor, o Transtorno de Ansiedade Social. De acordo com Gouveia (2000) e Cordás (2014), o autor Robert Burton, em seu livro chamado "*The anatomy of Melancholy*", publicado em 1621, descreve um caso relatado por Hipócrates, praticante das ciências da saúde, em seus manuscritos, sobre os comportamentos de um cidadão ateniense que andava com a cabeça baixa, sozinho, e que parecia ter medo de ser avaliado de forma pejorativa, por seus conterrâneos. Ele acreditava que qualquer pessoa o observava. Esse pode ser considerado o primeiro caso relatado em livros e manuscritos, sobre os sintomas do transtorno de ansiedade social, porém o nome da patologia não deriva dessa descrição.

A terminologia atual tem sua origem intimamente ligada ao conceito de neurose fóbica (Cordás, 2014). Cordás (2014) expõe que o termo neurose surgiu no século XVIII e somente no século XX atingiu seu ápice, dentro do escopo teórico da psicanálise. De acordo com ele, foi sob a influência do médico escocês William Cullen,

que o termo neurose ganhou força, juntamente com a descrição de outras perturbações mentais como as febres, as caquexias e os transtornos locais, que afetavam a parte física dos indivíduos.

Segundo Cordás (2014), é no século XIX, com os trabalhos dos médicos Jean Charcot e Hippolyte Bernheim que as neuroses passam a ser reconhecidas de uma forma completa e conceitualmente bem delimitada. Segundo o autor, ela se diferencia de outras patologias, como as psicoses, e sua principal característica é de que sua origem não provém de causas orgânicas, tornando-a uma morbidade que baseia-se nas experiências do indivíduo, e na forma como eles estabeleceram suas relações nestes momentos. Apesar dos avanços, de Charcot e Bernheim, o termo ainda seria pesquisado por outros estudiosos, alcançando sua primeira definição apenas no século seguinte.

O termo fobia social, como tal, foi utilizado pela primeira vez no início do século XX, pelo psiquiatra e neurologista francês Pierre Janet sob a denominação de "*Phobie des situations sociales*". Ela se tratava de uma patologia aonde os indivíduos apresentavam medo de serem observados em situações de desempenho social, como falar e/ou atuar em público, por exemplo (Gouveia, 2000; Cordás, 2014). Apesar dos esforços de Pierre Janet para explicar como funcionava o mecanismo mental dos sujeitos acometidos pelo transtorno, a possibilidade de diagnosticar a ansiedade social foi possível graças ao trabalho de Marks e Gelder (1966), publicado no periódico "*The American Journal of Psychiatry*", que tratava das idades de início das fobias, dentre elas, a fobia social. Eles chegaram a conclusão que a FS costumava se iniciar entre o final da infância e o início da adolescência, antes da puberdade, por volta dos 10 anos de idade, sendo o valor médio de início, por volta dos 18 anos, com desvio padrão de 8,3 anos. (Marks & Gelder, 1966). O trabalho destes autores se dedicou a realizar uma pesquisa empírica com pacientes clínicos, para verificar quando os sintomas de suas

patologias tiveram início. Eles concluíram que os sintomas do grupo de pacientes com fobia social se iniciava entre os 10 anos e os 26 anos de idade, e sugeriram que as experiências apreendidas na infância possuíam um papel especial na manutenção do transtorno. Além disso eles concluíram que os pacientes só buscaram tratamento após os 26 anos, com duração de aproximadamente 8 anos, em média, dos sintomas.

A fobia social não esteve presente na primeira e segunda edição do DSM, entrando como critério diagnóstico do DSM-III (APA, 1980). Segundo Gouveia (2000) a Associação Americana de Psiquiatria buscou estabelecer critérios para que o transtorno fosse incluído em sua edição. Eles indicaram que os indivíduos deveriam apresentar medo acentuado de serem observados ou avaliados em situações sociais e que eles reconhecessem, que essa emoção seria desproporcional e prejudicial a eles mesmos. Eram desconsiderados os sujeitos que apresentassem comorbidade com o Transtorno Evitativo de Personalidade (Gouveia, 2000).

O fato do DSM-III (APA, 1980) colocar o medo em um local de grande importância dentro do diagnóstico do transtorno, fez com que a ansiedade não tivesse um papel significativo, ignorando as pessoas que não se encaixavam nas situações de medo. Eles sentiam ansiedade em outras situações sociais, como, por exemplo, nas de interação, ao invés de somente experimentar sintomas em situações de desempenho (Gouveia, 2000). De acordo com o autor, devido à essa nuance, a Associação de Psiquiatria Americana, ao revisar sua terceira edição do manual (DSM-III-R, APA 1987), introduz o subtipo de fobia social, denominado de generalizado, onde os indivíduos sentem medo ou ansiedade perante um grande número de situações sociais, sejam elas de desempenho e/ou de interação.

Na quarta edição do DSM (APA, 1994) a FS passa a ser caracterizada por um medo ou ansiedade excessiva diante de situações sociais e/ou de desempenho, onde o

indivíduo se encontra diante de pessoas desconhecidas e teme ser avaliado e colocado em situações onde possa ser humilhado ou ficar constrangido. Ainda nessa edição, existem critérios, como os seguintes: referência à possibilidade do surgimento de ataques de pânico, por causa da exposição às situações sociais; o fato da necessidade de reconhecimento do indivíduo de sua própria condição patológica; a possibilidade de suportar a situação social, com bastante ansiedade ou sofrimento, no caso de a evitação não ser possível; e o grau de interferência da patologia na vida pessoal, profissional, social e pessoal dos indivíduos acometidos pelo transtorno. A divisão da FS em dois subtipos (circunscrito ou específico e generalizado) ainda continua presente (Gouveia, 2000).

Embora os sentimentos ansiosos sejam triviais à maioria das pessoas quando se deparam com novas situações de desempenho ou de avaliação social, como uma reunião de trabalho, quem possui esse transtorno experimenta níveis elevados de medo ou ansiedade, mesmo diante desta ou de outras situações sociais comuns. Segundo Clark e Beck, (2012), um ponto central do critério do DSM-IV-TR (APA, 2002) é que o medo de ser avaliado negativamente tem lugar de destaque no reconhecimento do transtorno, sendo um aspecto cognitivo extremamente importante. Segundo os autores, os indivíduos temem ser avaliados e ficam receosos de que as outras pessoas possam notar os sintomas de ansiedade que estão experimentando, a possibilidade de falar de forma desajeitada, de agir de forma errada ou de alguma maneira que lhe faça ser humilhado.

Esse medo constante faz com que os indivíduos que possuem o transtorno busquem sempre padrões altos de desempenho, ou seja, padrões extremamente perfeccionistas em suas ações, fazendo com que a ansiedade apareça por causa de seus comportamentos. Essa tentativa de esconder a ansiedade é exatamente o que poderá provocar a percepção por parte das outras pessoas, dos comportamentos ansiosos. Essa

tentativa é apenas uma forma do indivíduo buscar se precaver de um possível constrangimento ou humilhação. (Beidel & Turner, 2007, Clark & Beck, 2012).

### 1.3 - CONCEITO ATUAL

Antes de definir o significado atual do TAS, é necessário deliberar sobre o que consideramos, a partir da literatura, como sendo a Timidez e o Transtorno de Personalidade Evitativa (TPE). Essa conceituação é necessária, visto que há uma similaridade entre eles e o TAS, com autores ressaltando as principais diferenças e mostrando como os dois termos são vistos em relação ao transtorno.

Segundo Butler (2007), a timidez é uma emoção que desperta, nos indivíduos, comportamentos e pensamentos similares aos apresentados pelos portadores do transtorno de ansiedade social, porém segundo o autor, os efeitos são mais leves e menos problemáticos do que no transtorno. De acordo com o DSM-5 (APA, 2013), a timidez pode ser entendida como um traço normal de personalidade, não sendo considerada patológica, na sua forma mais branda. Ela é considerada danosa, somente quando provoca prejuízos na vida social, profissional e pessoal dos sujeitos. Eles ainda recomendam que se o TAS explicar de forma mais satisfatória os sintomas, o sujeito deve receber o diagnóstico de ansiedade social. Esses conceitos podem ser úteis no momento de avaliar se um indivíduo está experimentando ansiedade social, normal ou não patológica, que é um tipo de ansiedade presente nas mais diversas situações, como, por exemplo, falar em público, ou se ela provoca prejuízos severos e debilitantes para a vida da pessoa (Butler, 2007).

Sobre a relação do TAS com a timidez, uma característica importante do estudo de Cox, MacPherson e Enns (2005) é a de que não se pode afirmar com certeza se crianças que são tímidas na infância, posteriormente, podem desenvolver o TAS. Em seu estudo, eles encontraram resultados que relacionam a timidez excessiva ao subtipo

generalizado de fobia social, porém não é possível garantir com total exatidão, que uma criança tímida se tornará um fóbico social, muito menos que seja enquadrado no subtipo generalizado. Segundo Beidel e Turner (2007), acredita-se que o excesso de timidez é capaz de futuramente levar ao surgimento do transtorno, como se fosse um primeiro passo em uma linha de continuidade. Porém, existe a hipótese de que as condições sejam independentes, o que também está descrito como possibilidade no trabalho dos autores citados acima. O que fica claro, em ambos os trabalhos, é que mais estudos devem ser realizados para verificar a relação entre as variáveis e o grau de força desta.

Os transtornos de personalidade, na nova edição do DSM, recebem duas formas possíveis de diagnóstico. Uma delas é baseada no modelo antigo (clínico), descrito pelo DSM-IV (APA, 1994), e a outra é abalizada de uma perspectiva que privilegia a deficiência no funcionamento da personalidade e os traços patológicos da mesma. Desta forma, o TPE recebe duas formas possíveis de avaliação, sendo uma de acordo com o modelo clínico e a outra correspondendo à nova perspectiva adotada.

No modelo baseado no critério antigo, ele está enquadrado no grupo C, que incluem os transtornos que compartilham de algumas semelhanças sintomatológicas. Os indivíduos que são classificados nesse grupo, frequentemente se encontram ansiosos ou temerosos. Além do TPE, estão presentes os transtornos de personalidade Dependente e o de personalidade Obsessivo-Compulsiva.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), o TPE pode ser descrito de acordo com a definição abaixo.

"um padrão de inibição social intensa, com sentimentos de inadequação e uma hiper sensibilidade à avaliação negativa, surgindo no início da maioridade, e presente em um grande número de situações, desde que acompanhado de quatro (ou mais) dos seguintes itens:" 1) evitação de

atividades ocupacionais que envolvam significativo contato interpessoal por medo de ser criticado, desaprovado ou rejeitado; 2) relutância em se envolver com alguém, a não ser que tenha certeza do sucesso da interação; 3) limitações em relações íntimas por medo de ficar envergonhado ou ser ridicularizado; 4) preocupação em ser criticado ou rejeitado frente a situações sociais; 5) inibição em novas situações interpessoais por causa dos sentimentos de inadequação; 6) auto-imagem pejorativa, ou seja, o indivíduo se vê como socialmente inapto, pessoalmente desagradável ou inferior aos outros; e, 7) é extremamente relutante em assumir riscos pessoais ou engajar-se em qualquer nova atividade por medo de se sentir envergonhado (APA, 2013).

No que diz respeito à abordagem atual, baseada no DSM-5 (APA, 2013), relacionada ao transtorno de personalidade, é proposto o enquadre dos indivíduos de acordo com sua adequação aos prejuízos no funcionamento da personalidade e pelos traços patológicos apresentados por eles. Outras características abordadas por esse modelo teórico envolvem mais três critérios a saber: difusão (critério C), estabilidade (critério D) e explicações alternativas para a patologia da personalidade (critério E, F e G). Apresentaremos a seguir, na Tabela 1, a descrição dos elementos componentes dos critérios A e B, para o TPE.

Tabela 1

*Critério Diagnóstico do Transtorno de Personalidade Evitativa (TPE - 301.82)*

---

A. Prejuízo grande ou moderado no funcionamento da personalidade, manifesto por dificuldades em duas ou mais das quatro áreas abaixo:

1. Identidade: baixa auto-estima associada com uma auto-avaliação de inadequação, ser desagradável ou inferior. Sentimentos excessivos de vergonha.

2. Auto-direcionamento: padrões irreais de comportamentos associados com relutância em perseguir metas, aceitar riscos pessoais, ou se engajar em novas atividades envolvendo contato interpessoal.

3. Empatia: preocupação e sensibilidade em ser criticado ou rejeitado associado com visão distorcida da avaliação dos outros, como negativa.

4. Intimidade: relutância em se envolver com pessoas a menos que saiba que elas gostam dele, se sentir diminuído em relações íntimas por medo de ser envergonhado ou ridicularizado.

B. Três ou mais dos seguintes traços patológicos de personalidade, sendo que um deles tem que ser a ansiedade.

1. Ansiedade: sentimentos intensos de nervosismo, tensão ou pânico frequentemente provocado por situações sociais; preocupação sobre efeitos negativos de experiências desagradáveis do passado e possibilidades negativas no futuro.

2. Retirada: reticência em situações sociais, evitação de contatos sociais e atividades; falta de iniciativa em contatos sociais.

3. Anedonia: dificuldade em aproveitar, se engajar ou ter energias para experiências novas em sua vida; déficit na capacidade de sentir prazer ou se interessar por alguma coisa.

4. Evitar intimidades: evitar relações íntimas ou estreitas, ligações interpessoais e intimidades em relações sexuais.

---

De acordo com os autores (Eikenaes, Hummelen, Gun Abrahamsen & Wilberg, 2013) os pacientes com o TPE possuem prejuízos, em um número maior de áreas de sua vida, do que aqueles que receberam somente o diagnóstico de fobia social, porém quando há a presença concomitante dos dois transtornos, o comprometimento é maior do que quando eles se encontram isolados. Os autores concluem que os transtornos devem ser diagnosticados de forma separada, e não como sinônimos ou níveis de uma mesma patologia, por exemplo, o TPE não deve ser visto como um grau severo de fobia social. Além do estudo acima, o livro de Beidel e Turner (2007) levanta a possibilidade do TAS e do TPE estarem relacionados, porém eles alertam que eles devem ser diferenciados, porque as demandas de tratamento, para ambos, são diferentes.



Ambos os autores concluem que mais estudos devem ser realizados, com o objetivo de verificar a relação entre os transtornos. Isso é necessário devido à inconsistência dos dados encontrados. Esse assunto não foi tratado diretamente no DSM-5 (APA, 2013), sendo apenas relatada a sobreposição de critérios entre as duas patologias, o que pode refletir em duas formas de conceituar condições idênticas ou similares.

De acordo com a nova edição do DSM-5 (APA, 2013) o transtorno de ansiedade social (fobia social) pode ser definido, de forma resumida, como um medo ou ansiedade exacerbada, diante de uma ou várias situações sociais, que podem ser de interação, observação ou desempenho, aonde o sujeito teme ser avaliado negativamente por outras pessoas. Pode-se ver abaixo, na Tabela 2, todos os critérios de acordo com a nova edição do manual.

Tabela 2

*Critério Diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social (300.23) segundo o DSM-5*

- 
- A. Medo ou ansiedade acentuada sobre uma ou mais situações sociais, onde o indivíduo é exposto ao possível escrutínio por outros. Exemplos incluem interações sociais (por exemplo, ter uma conversa, encontrar pessoas desconhecidas, etc.), ser observado (por exemplo, comer ou beber, etc.) e desempenho na frente de outros (por exemplo, fazer um discurso, etc.).
  - B. O indivíduo teme agir ou demonstrar sintomas de ansiedade, de forma que ele seja avaliado negativamente, agindo de forma humilhante ou embaraçosa, que leve à rejeição ou que ofenda outras pessoas.
  - C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.
  - D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
  - E. O medo ou a ansiedade são desproporcionais para a ameaça real, representada pelas situações sociais e o contexto sociocultural.
  - F. O medo, ansiedade ou a evitação são persistentes, com duração mínima de seis meses ou mais.

- G. O medo, ansiedade ou evitação causam sofrimento e prejuízos clinicamente significativos na vida social, ocupacional e em outras áreas importantes do funcionamento do indivíduo.
- H. O medo, ansiedade ou evitação não são atribuídos aos efeitos fisiológicos de alguma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicações, etc.) ou a outra condição médica existente.
- I. O medo, ansiedade ou evitação não são melhor explicados pelos sintomas de outros transtornos mentais, como o Transtorno de Pânico, o Transtorno Dismórfico Corporal ou Transtornos do Espectro Autista.
- J. Se outra condição médica (por exemplo, doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimadura ou machucados, etc.) está presente, o medo, ansiedade ou a evitação não são claramente relacionados ou são excessivos.

---

Especificar-se:

Somente desempenho: se o medo é restrito a falar ou atuar em público.

---

Nesta edição, o diagnóstico de TAS sofreu algumas mudanças em relação à versão anterior do manual. Elas são relacionadas a: a) não há mais a obrigatoriedade do sujeito reconhecer que seu medo é excessivo ou irracional; b) há a definição de situações, como beber e comer em público, como situações onde o mesmo está sob observação de outros; c) destaque dado ao medo ou ansiedade em ser avaliado negativamente por outras pessoas, que é considerado como um dos pontos principais da patologia; e, d) necessidade da duração, por no mínimo 6 meses ou mais, de medo, ansiedade ou evitação por parte do sujeito.

Outra particularidade presente na edição anterior do manual é a divisão da patologia em dois subtipos, de acordo com o número de situações temidas pelos pacientes. O primeiro subtipo seria considerado o mais prejudicial aos indivíduos e era chamado de fobia social generalizada, onde os mesmos experimentam medo ou ansiedade frente a um grande número de situações sociais. Segundo o DSM-IV-TR (2002), o subtipo generalizado pode provocar prejuízos mais graves aos indivíduos,

relacionados a sua vida pessoal, profissional e acadêmica, além de prejuízos em suas habilidades sociais, ao contrário dos pacientes que atendem aos critérios do outro subtipo, a fobia social específica (também conhecida como circunscrita ou não-generalizada), onde o sujeito experimenta medo ou ansiedade diante de duas ou três situações sociais ou de desempenho. Atualmente a única especificação que deve ser realizada é se o sujeito apresenta os sintomas em situações de desempenho (falar ou atuar em público).

Outro manual bastante utilizado no mundo todo é a Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição (CID-10). Segundo a CID-10 (WHO, 2000) define-se a fobia social de acordo com os critérios abaixo, apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

*Critério Diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social segundo a CID-10 (F40.10)*

---

A) Presença do item 1) ou do 2)

1) Medo de ser o centro das atenções ou temor de se comportar de um modo que resulte em embaraço ou humilhação.

2) Grande evitação em ser o centro das atenções ou de situações sociais em que o indivíduo teme agir de forma embaraçosa ou humilhante.

Estes medos se manifestam em situações sociais tais como: comer ou falar em público, encontrar-se com conhecidos em público, iniciar ou permanecer em interação dentro de grupos pequenos (festas, reuniões de trabalho, eventos, etc.).

B) Ter pelo menos dois sintomas de ansiedade diante da situação temida, que devem coexistir ao mesmo tempo em uma ocasião desde que se iniciou o transtorno. Ainda deve ter alguns dos sintomas abaixo:

- 1) Rubor facial;
- 2) Tremores nas mãos;
- 3) Ter medo de vomitar;
- 4) Necessidade súbita de urinar.

C) Mal estar emocional, provocado pelos sintomas ou por comportamentos de evitação.

D) O paciente reconhece que os sintomas ou a evitação são excessivos ou irracionais.

E) Os sintomas se limitam ou predominam às situações temidas ou quando o sujeito pensa nelas.

F) Critérios de exclusão mais frequentes: os critérios A e B não se devem a idéias delirantes, alucinações ou outros sintomas de transtornos, tais como, os Transtornos Mentais Orgânicos, a Esquizofrenia e os transtornos relacionados, os Transtornos Afetivos, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e nem tampouco são secundários a crenças da própria cultura.

---

Da mesma forma que o conceito utilizado pelo DSM-IV-TR (2002), o mesmo tende a sofrer mudanças na próxima edição do manual. Nesse conceito não há explícito o medo/ansiedade em ser avaliado negativamente e o indivíduo ainda tem que reconhecer a gravidade de seus sintomas e comportamentos como excessivos, o que, de acordo com a nova versão do DSM-5 (APA, 2013), fica a cargo do terapeuta.

Segundo Beidel e Turner (2007, pág. 16) as situações mais temidas pelos ansiosos sociais são: falar em situações formais, encontros e conversas informais, comer e beber em público, escrever em público, iniciar e manter conversas, ir a festas, utilizar banheiros públicos e ir a encontros, sendo a primeira situação, a mais evitada e provocadora de tensão e ansiedade. Esses resultados vão de encontro com a classificação do novo manual, que coloca as situações de desempenho, como falar em público, como aquelas aonde a ansiedade e a evitação são marcantes.

Antony e Swinson (2008) expuseram, em seu livro, as principais situações sociais e de desempenho, que foram classificadas por nível de medo e esquiva na avaliação da fobia social. Segundo os autores, as situações interpessoais são aquelas aonde há a interação com outras pessoas, como, por exemplo: convidar alguém para sair, falar com alguém em posição de autoridade, iniciar ou manter uma conversação, ir a uma festa, receber amigos para jantar, conhecer novas pessoas, falar ao telefone, expressar uma opinião pessoal, participar de uma entrevista de trabalho, ser assertivo (falar não, quando não quer fazer algo), devolver itens para lojas, devolver comidas que

vieram erradas em um restaurante e estabelecer contato visual. Enquanto que as situações de desempenho, definidas pelo fato de o indivíduo ser o foco de atenção ou atuar em público, são: realizar um discurso em público, falar em reuniões sociais, praticar esportes na frente de outros, realizar um recital de piano na frente de outras pessoas, trabalhar em frente a outras pessoas, deixar uma mensagem de voz na secretária eletrônica de alguém, casar, atuar em um palco, ler em voz alta na frente de outras pessoas, usar banheiros públicos na presença de outras pessoas, comer ou beber na frente de outras pessoas, escrever em público, cometer erros na frente de outros, andar ou correr em locais cheios, se apresentar a um grupo de pessoas e comprar em uma loja cheia.

#### 1.4 - EPIDEMIOLOGIA

De acordo com Kessler et al. (1994), a fobia social é um dos transtornos com maior prevalência durante a vida, bem como pelo período de 12 meses, tanto em homens quanto em mulheres, sendo o transtorno de ansiedade mais comum. Viana e Andrade (2012) corroboraram com essa afirmação, sobre os transtornos de ansiedade, baseados em resultados de seu estudo. Porém no que diz respeito à prevalência da FS, os autores não consideram a patologia como a mais prevalente (5,6% de prevalência durante a vida). Os dados da pesquisa de Kessler et al. (1994) foram coletados na primeira Pesquisa Nacional de Comorbidades (National Comorbidity Survey - NCS) promovida pela Escola de Medicina de Harvard. Os instrumentos de coleta de dados foram baseados no DSM-III-R (APA, 1987) e na CID-10, desenvolvida em 1992 (WHO, 2000). Em seu estudo de replicação (NCS-Replication), publicado em 2005, a prevalência de fobia social, durante a vida, foi de 12,1%, com valores superiores, relativos às idades entre 18-59 anos (13,43%), média de surgimento da patologia por volta dos 13 anos, sendo o segundo transtorno de ansiedade mais prevalente, ficando

atrás apenas das fobias específicas (Kessler, Berglund, Demler, Robertson & Walters, 2005). De acordo com o DSM-5 (APA, 2013) a prevalência do TAS, na população americana, durante 12 meses, é de aproximadamente 7% enquanto que a prevalência, abaixo de 12 meses, no mundo, fica entre 0,5% e 2%.

Kessler e Üstün (2008) realizaram um trabalho composto pela apresentação de estudos que tratavam da prevalência do TAS em várias regiões do planeta, proposto pela Organização Mundial de Saúde. Os estudos apresentaram resultados relativamente baixos, no que diz respeito a prevalência do TAS durante a vida ou nos últimos 12 meses, nos países pesquisados. Essa compilação de materiais, utilizou pesquisas realizadas em países de todos os continentes (México, Colômbia, Estados Unidos, Nigéria, África do Sul, Líbano, Israel, Bélgica, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Ucrânia, China, Japão e Nova Zelândia). Cabe ressaltar que nos estudos analisados pelos autores, o método de coleta de dados utilizado foi a Entrevista Diagnóstica Internacional Composta (*Composite International Diagnostic Interview - CIDI*) da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997) além de questões clínicas, que segundo Narrow, Rae, Robins e Regier (2002), seriam fundamentais para a determinação da prevalência em populações. Isso é uma contestação sobre o papel dos instrumentos diagnósticos, dentro da área da epidemiologia, nesse caso, nos transtornos mentais. Eles apontam que esse motivo (do uso de instrumentos diferentes em pesquisa) pode ser determinante para a presença de resultados díspares de prevalência.

Em outro estudo, Kessler, Pethukova, Sampson, Zaslavsky e Wittchen (2012), realizaram uma pesquisa que utilizou um instrumento de coleta de dados baseado na CIDI, e encontraram que a prevalência durante a vida do transtorno de ansiedade social foi de 6,7%, enquanto que nos últimos 12 meses ficou em torno de 7,4%. A idade de início do transtorno, na amostra pesquisada, foi entre os 15 e os 17 anos, corroborando

com outros estudos. Um estudo brasileiro (Vorcaro, Rocha, Uchoa & Lima-Costa, 2004) foi realizado na cidade de Bambuí em Minas Gerais, e os resultados encontrados indicaram que 11,8%, dos 1037 pesquisados, apresentaram indícios de prevalência para a fobia social durante a vida, 9,1% para os 12 meses e 7,9% para um mês. O instrumento de coleta de dados foi a CIDI baseada no DSM-III-R (APA, 1987).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu projeto transnacional de estimativas de prevalência de transtornos mentais (WHO-ICPE, 2000), em parceria com pesquisadores brasileiros do Instituto de Psiquiatria, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, encontrou os seguintes resultados referentes às taxas de prevalência do TAS, em uma amostra brasileira: 1,7% ao mês, 2,2% ao ano e 3,5% para toda a vida, com os resultados para a amostra feminina maiores do que as da masculina. O instrumento utilizado para coleta de dados foi a CIDI (Andrade, Walters, Gentil & Laurenti, 2002). A utilização de diferentes instrumentos de coleta de dados, pode ser um fator preponderante para a variabilidade dos resultados. Além dessa característica, não se pode comparar os dados encontrados pelos autores, devido ao fato de existirem poucos estudos relacionado à epidemiologia do transtorno, seja nos países pesquisados (com exceção dos Estados Unidos) ou em amostras diferenciadas (clínicas e não clínicas).

## 1.5 - ETIOLOGIA

Segundo Furmark (2009) vários fatores podem estar presentes no transtorno de ansiedade social, como, por exemplo, os de origem genética, os circuitos cerebrais relacionados ao medo e a ansiedade, as respostas emocionais, as situações ambientais que provocam os sintomas, anormalidades na liberação e recaptção de neurotransmissores, dentre outros sistemas, que podem estar envolvidos no surgimento e manutenção dessa patologia. Em seu trabalho ele apresenta uma série de pesquisas que

foram relacionadas ao TAS, porém ele sugere que estudos voltados ao entendimento destes fatores, evidenciados, devem ser realizados para uma compreensão mais completa e clara do transtorno. Ele aponta que as pesquisas, sobre o desenvolvimento do transtorno, com tema "fatores genéticos", são consideradas as mais robustas. Dentre estas, se destacam as que foram realizadas com gêmeos. De acordo com Beidel e Turner (2007), estas devem ser consideradas com muita cautela, devido às limitações dos estudos.

De acordo com Lindhout *et al.* (2006), outros grupos onde o indivíduo está inserido, como, por exemplo, a família, podem ter um papel muito importante no surgimento e manutenção da patologia, por se tratar do primeiro local de convivência do indivíduo. Os autores afirmaram, em suas pesquisas, que aquelas aonde os pais são excessivamente controladores, bem como as que não possuem supervisão constante dos filhos, podem influenciar na forma como os indivíduos desenvolverão suas habilidades e estabelecerão seus vínculos.

Bracik, Krysta e Zaczek (2012) realizaram um estudo com 226 pessoas e os resultados evidenciaram que mais de 25% da amostra, sofreram do transtorno, sendo que o número de mulheres, neste grupo, foi cerca de 25% maior do que o de homens. Eles descobriram que a configuração familiar não conformaria como um fator protetivo, com ansiosos sociais presentes em famílias completas (pai e mãe), bem como em famílias monoparentais. Assim como em Lindhout *et al.* (2006), no trabalho de Bracik *et al.* (2012) os indivíduos que possuíam famílias que expressavam comportamentos abusivos, experimentaram mais sintomas do TAS. Isso foi percebido também naquelas que não apresentavam estes comportamentos. Um ponto interessante da pesquisa diz respeito à relação com os pares em ambiente escolar. Os autores encontraram que mais de 60% da amostra foi afetada pelo TAS, quando as relações com os pares foram



negativas, e quando o sujeito era colocado em uma posição de escárnio, cerca de 50% dos respondentes apresentaram efeitos relacionados à patologia. Esse estudo vem corroborar a importância do papel da família em relação ao transtorno, bem como mostrar que as relações sociais exercidas no ambiente escolar, também possuem um papel fundamental no desenvolvimento dos indivíduos.

Segundo Fehm, Beesdo, Jacobi e Fiedler (2008), os indivíduos com o transtorno experimentam os sintomas por aproximadamente 15 anos, tendo prejuízos na qualidade de vida, saúde mental e em diferentes domínios sociais de sua vida, como a família, as relações sociais, a situação laboral e a financeira. Eles chegaram a conclusão de que os prejuízos variavam de acordo com a idade de início do transtorno. De acordo com o DSM-5 (APA, 2013) os portadores do TAS apresentam comportamentos pouco assertivos e demasiadamente subordinados, rigidez postural, ausência de contato visual e fala com tonalidade menos intensa. Costumam a não desenvolver habilidades sociais requeridas em situações de socialização, o que faz com que sejam mais tímidos e dificilmente falem sobre si mesmo. Eles podem procurar empregos que não exijam desenvolvimento de relações sociais, porém isso não é comum nos indivíduos que se enquadram no subtipo de desempenho, que por sua vez costumam evitar trabalhos onde tenham que falar ou ser o centro das atenções. Eles costumam viver muito tempo com suas famílias e ter relacionamentos (namoros, casamentos) esporádicos e com início tardio. A ansiedade social em idosos tende a exacerbar os sintomas físicos (por exemplo, a taquicardia) de condições médicas associadas.

Em outra pesquisa (Rosellini, Rutter, Bourgeois, Emmert-Aronson & Brown, 2013) encontraram dados referentes à idade de início da fobia social. Cerca de 28% da amostra relatou que ele se inicia entre os 14 e os 17 anos. No que diz respeito à hipótese do mesmo se iniciar ao final da infância e início da adolescência, 21% dos sujeitos

responderam que a fobia se iniciou aos 10 anos, ou antes disso. Eles ainda encontraram dados que indicam que quanto mais cedo o transtorno se inicia, maior é a vulnerabilidade aos aspectos comportamentais, relacionados à atenção, aos sintomas e, principalmente, às comorbidades.

#### 1.6 - COMORBIDADES

Inúmeras são as pesquisas que relacionam o TAS com outros transtornos psiquiátricos (Terra, Figueira & Athayde, 2003; Barros Neto & Lotufo Neto, 2006; Acarturk, Graaf, Straten, Have & Cuijpers, 2008; Fehm, et al., 2008; Schneier et al., 2010; Ohayon & Schatzberg, 2010; Rotge et al., 2011). Resultados da pesquisa de Acarturk et al. (2008), indicaram que mais de dois terços da amostra dos indivíduos pesquisados, possuía sintomas que os colocariam diagnosticados com outros transtornos mentais, o que é um precedente bastante alto para a comorbidade do TAS e de outros transtornos. Em seu estudo (Fehm et al., 2008) encontrou os seguintes resultados relacionados às comorbidades. Cerca de 87,8% da amostra de pacientes com fobia social, recebeu diagnóstico para outro transtorno mental, nos últimos 12 meses. Ele também descobriu que 60% dos sujeitos possuíam três ou mais comorbidades, o que podemos concluir ser um número relativamente alto e significativo, visto que a FS isolada, já apresenta uma série de prejuízos para a vida dos indivíduos. Na maioria dos casos (66%), a FS precedeu o surgimento de outros transtornos. Os mais comuns foram: agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno depressivo maior (TDM).

Em um estudo brasileiro, Terra et al. (2003) pesquisaram pacientes que estavam internados por abuso de substâncias. Destes, cerca de um terço (33,3%, 16 pacientes), apresentaram comorbidade com a fobia social, sendo o álcool a substância mais recorrente. Um total de 100% dos sujeitos apresentou a fobia social precedendo o

abuso de substâncias. Schneier et al. (2010) realizou um estudo para verificar a relação entre o TAS e o abuso e dependência de álcool. Seus resultados apontaram para uma comorbidade entre os transtornos, com a ansiedade social antecedendo o uso de substâncias. Outra conclusão dos autores é a de que a comorbidade entre os transtornos, apresenta maiores prejuízos do que a presença deles em separado.

Outro estudo brasileiro (Barros Neto & Lotufo Neto, 2006) verificou a comorbidade da fobia social com os transtornos de personalidade. Foram pesquisados 22 pacientes atendidos pelo Laboratório de Ansiedade (AMBAN) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A amostra era composta por 12 homens e 10 mulheres, e o a patologia mais comórbida foi o transtorno de personalidade de esquiva, atualmente conhecido como transtorno de personalidade evitativa, com 14 sujeitos diagnosticados. O TPE é a patologia que mais se assemelha a FS, no que diz respeito aos critérios diagnósticos. Em segundo lugar, ficou o transtorno de personalidade paranóide, com 6 indivíduos diagnosticados. Eles explicaram, que a ocorrência destes em comorbidade com a FS é comum, e pode ocorrer devido ao fato da sobreposição dos critérios estabelecidos pelos manuais.

Um estudo realizado por Ohayon e Schatzberg (2010) encontrou relação entre o TAS e o TDM. Cerca de 20% da amostra pesquisada, apresentou comorbidade entre os transtornos, com a idade de início da depressão, menor do que aqueles que não possuem comorbidade. Outro resultado do trabalho, é que em mais de 65% dos sujeitos, com as duas patologias, o TAS precede o transtorno depressivo maior. Além dessa comorbidade, os autores identificaram a presença de outra patologia de ansiedade nesses sujeitos da amostra (65% das pessoas com TAS e TDM), o que corrobora com os autores que apontam (Terra et al., 2003; Schneier et al., 2010) ser normal a presença de duas ou mais comorbidades em pacientes ansiosos sociais.

Rotge et al. (2011) realizou um estudo com 256 pacientes fóbicos sociais, que sofriam com a patologia, em média, há 20 anos. Dos pacientes que participaram na pesquisa, 63 possuíam comorbidade com o TDM, 56 com o transtorno do pânico, 70 com agorafobia, 78 com o TAG dentre outros transtornos, sendo estes os mais comórbidos. Vale salientar que dentre as 4 patologias citadas, três são pertencentes ao grupo dos transtornos de ansiedade. Também esteve presente na pesquisa o TPE, e assim como em outros trabalhos, ele foi bastante presente na amostra de pacientes. Assim como nos outros estudos citados acima, os autores salientam para a necessidade de cuidado na interpretação dos resultados, e sugerem que mais pesquisas devam ser realizadas, com a finalidade de colocar a prova os achados até o presente momento.

#### 1.7 - AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO

O processo de avaliação dos sintomas apresentados pelos pacientes, é um momento muito importante para o diagnóstico de qualquer patologia. Se for feito de forma errada, pode fazer com que o sujeito receba um tratamento que não será eficaz, prejudicando ainda mais sua vida, inclusive sua relação terapêutica e suas crenças sobre a psicoterapia.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em sua Cartilha sobre Avaliação Psicológica, publicada no ano de 2013, o processo de avaliação psicológica difere da testagem psicológica por agregar um maior número de técnicas de coleta de informações, sobre a patologia que pretende-se estudar. Nesse caso, podemos inferir que a testagem psicológica é uma parte do processo. Ainda segundo o material citado acima, para se realizar uma avaliação, deve-se seguir alguns passos. São eles: conhecimento sobre as características do transtorno e dos indivíduos que desenvolveram a patologia; coleta de informações nos mais diferentes meios (anamneses, entrevistas, observações, provas comportamentais, aplicação de testes, realização de diário, etc.);

desenvolvimento de hipóteses diagnósticas, baseadas na reunião e cruzamento das informações coletadas; e, indicação de prognóstico a ser realizado. A parte que nos interessa é relacionada ao segundo item, sobre as informações decorrentes dos testes psicológicos.

Segundo Antony (2002), citado por Antony e Rowa (2005), existem várias possibilidades quando se fala da utilização de técnicas de avaliação e diagnóstico. Cabe ao terapeuta escolher aquela que melhor atende suas expectativas. Para isso ele precisa conhecer quais são os instrumentos capazes de acessar os sintomas do transtorno. Ele lista uma série de 11 motivos que levam um profissional a utilizar técnicas de avaliação, sendo a mais próxima do objetivo deste trabalho, a mensuração da presença, ausência ou gravidade dos sintomas, no nosso caso, do TAS. Este é considerado o ponto principal, pelo fato do transtorno ser considerado subdiagnosticado na população, seja por conta da não procura por tratamento, por parte dos pacientes, ou pela dificuldade dos profissionais de saúde em identificar os sintomas do transtorno (Wittchen & Fehm, 2003).

De acordo com Wittchen e Fehm (2003), a patologia causa prejuízos, que vão se agravando no decorrer da vida do indivíduo. Isso torna fundamental sua identificação precoce, para evitar o desenvolvimento de mais problemas, como, por exemplo, as comorbidades com outros transtornos. Segundo Clark e Beck (2012), o TAS deve ser pode proporcionar prejuízos que afetarão permanentemente a qualidade de vida dos indivíduos. Segundo Fehm, Pelissolo, Furmark e Wittchen (2005) vários indicadores de qualidade de vida são afetados por causa do TAS, principalmente os indicadores relacionados ao domínio do trabalho, das relações sociais e fatores educacionais. Segundo Wittchen e Fehm (2003) as mulheres tendem a apresentar mais sintomas do TAS do que os homens. Resultados encontrados também por Viana e Andrade (2012)

em um estudo de amostra brasileira, realizado na cidade de São Paulo. No estudo de Vorcaro et al. (2004), o número de mulheres que pontuaram para fobia social foi 2x maior do que o de homens, porém os autores disseram que os resultados não foram estatisticamente significativos. Ainda no estudo citado, cerca de 50% da amostra visitou o médico, no máximo, uma vez nos últimos 12 meses, sendo que apenas 3,7% procurou auxílio de psicólogo ou psiquiatras, neste mesmo período.

Rowa, McCabe e Antony (2008) citam três tipos de estruturas das entrevistas, as não estruturadas, que são aqueles onde há liberdade, por parte do aplicador, em fazer as perguntas que considerar necessárias, as semi estruturadas, onde existe acesso aos critérios diagnósticos, porém com a possibilidade de se realizar perguntas que não estavam programadas, e as estruturadas, que são aquelas mais padronizadas, que tem uma mesma forma de aplicação e pouca flexibilidade quanto a realização de perguntas que não estejam de acordo com ela. Além das entrevistas diagnósticas, existem ainda instrumentos de auto-relato ou questionários, que são capazes de oferecer auxílio diagnóstico aos profissionais. Os mais utilizados para avaliação do TAS em adultos, são: o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (Social Phobia and Anxiety Inventory - SPAI), desenvolvido por Turner, Beidel, Dancu e Stanley (1989); a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale - LSAS), criada por Liebowitz (1987), a escala de Medo da Avaliação Negativa (Fear of Negative Evaluation - FNE), de Watson e Friend (1969) e o Inventário de Fobia Social (Social Phobia Inventory - SPIN), de autoria de Connor et al. (2000).

#### 1.8 - REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA SOBRE OS INSTRUMENTOS DE RASTREIO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

Este artigo, fruto das pesquisas para a construção do instrumento, não será disponibilizado, pois se encontra em avaliação em periódico científico da área.

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura, para verificar quais eram os instrumentos de rastreio e/ou diagnóstico para o transtorno de ansiedade social, que foram construídos e quais são suas propriedades psicométricas. Foram utilizadas buscas em quatro bases de dados, sendo elas a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Web of Science (WOS), a PubMed, que é uma ferramenta de livre acesso, mantida pelo Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia (NCBI) da Biblioteca Nacional de Medicina (NLM) dos Estados Unidos da América e a Redalyc, que é uma rede de revistas científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal. Os descritores utilizados na busca foram os termos - transtorno de ansiedade social e/ou fobia social (nome atual e antigo do transtorno, porém considerados como sinônimos), propriedades psicométricas e validação. Eles foram pesquisados em inglês e espanhol, devido a natureza da busca, em algumas bases de dados. Foram utilizados critérios de exclusão, de acordo com a disponibilidade do material.

Os resultados finais apontaram a presença de 63 artigos, sendo 62 pesquisas e 1 revisão de literatura. Desses trabalhos foram encontradas 27 escalas ou inventários, sendo a mais recorrente, a escala de Medo de Avaliação Negativa (Fear of Negative Evaluation - FNE). Em segundo lugar com 9 trabalhos, ficaram dois instrumentos que são amplamente conhecidos, a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) e o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI). Todos os instrumentos citados acima possuem versões traduzidas e adaptadas para o português. A pesquisa encontrou, além desses, outros 13 trabalhos relacionados a instrumentos traduzidos para o português. Uma análise individual sobre cada um deles foi realizada buscando identificar o processo de adaptação e o tipo de validação, que foi conduzida pela pesquisa.

## 1.9 - PERSPECTIVA COGNITIVA DE FOBIA SOCIAL

A perspectiva cognitiva de fobia social, é um modelo teórico que se baseia em estudos de Beck (1985) e Beck et al. (2005), com contribuições de Clark e Wells (1995) e Rapee e Heimberg (1997), citados por Clark e Beck (2012) em seu livro. Ele leva em consideração três aspectos que são derivados dos pensamentos, dos comportamentos e dos sentimentos dos indivíduos. No que diz respeito aos pensamentos, a ansiedade torna-se uma ameaça, no momento em que o fóbico social acredita que deve escondê-la a todo custo, com receio de se expor perante outras pessoas e ser avaliado de forma negativa. Sobre os comportamentos, a ansiedade acaba por provocar o desenvolvimento de ações de cunho inibitório, com o objetivo de esconder e camuflar a ansiedade. E relativo às emoções, a ansiedade, frente a uma situação social, faz com que os sujeitos estejam em constante apreensão quanto ao constrangimento e a humilhação. Esses comportamentos, sensações e pensamentos geralmente falham em esconder a ansiedade, tornando-a mais evidente. Esse modelo cognitivo tem a característica de levar em conta não apenas o encontro social em si, mas também o momento anterior e posterior a ele, aonde já se encontram presentes os pensamentos, as emoções e os comportamentos que são marcantes no TAS. Essas fases são denominadas de "antecipatória", "exposição situacional" e "processamento pós-evento" (Clark & Beck, 2012).

### 1.9.1 - A FASE ANTECIPATÓRIA

Normalmente, os sintomas do TAS surgem quando o indivíduo se encontra na situação social que provoca ansiedade excessiva, porém, para um ansioso social, o simples fato de lembrar do evento, antes mesmo que ele aconteça, pode ser suficiente para começar a experimentar os sintomas. Esse pensamento sobre o "futuro", muitas vezes é seguido por sintomas cognitivos (por exemplo, crenças negativas em relação ao seu desempenho) perturbações fisiológicas (por exemplo, taquicardia, falta de ar e



sudorese, desequilíbrios emocionais, como forte medo e ansiedade) e componentes comportamentais (por exemplo, pode optar pela utilização da esquivia, como principal forma de não enfrentar o evento). Quando dizemos que essa ansiedade é anterior ao evento, ela pode surgir meses, semanas, dias ou horas antes do encontro social, porém o que devemos levar em consideração, é que quanto mais perto do evento, mais freqüentes e excessivos serão os sintomas ansiosos (Clark & Beck, 2012).

### 1.9.2 - A EXPOSIÇÃO SITUACIONAL

Se a ansiedade experimentada antes do encontro social não provocar o comportamento de esquivia, o ansioso social terá que suportar sua participação no evento, e conseqüentemente essa ansiedade será extremamente alta. Existem situações que não podem ser evitadas, por exemplo, uma defesa de mestrado. Neste momento, todos aqueles sintomas estarão acentuados e isso resultará em uma série de ações, como o aumento da atenção voltada para a ameaça, presença de comportamentos inibitórios automáticos, foco nos sinais internos de ansiedade, avaliação negativa do próprio estado emocional, dentre outros, com a finalidade de tentar "controlar" a ansiedade (Clark & Beck, 2012).

Além dessas ações, o indivíduo realizará a ativação de crenças negativas, como forma de explicar a situação, e chegará a conclusão de que uma avaliação negativa é inevitável. Por exemplo, serão eliciadas crenças centrais ("eu sou irritante"), conjecturas rígidas sobre a percepção dos outros ("se eu estiver trêmulo, as pessoas perceberão e me avaliarão negativamente") e regras austeras sobre como deve ser seu desempenho social (por ex. "tenho que me comportar de forma firme em qualquer situação social") (Clark & Beck, 2012).

### 1.9.3 - PROCESSAMENTO PÓS-EVENTO

Na fase de processamento pós-evento, os indivíduos tendem a evocar memórias episódicas sobre a situação social, de forma totalmente negativa, ignorando os sinais positivos de sua atuação. Eles avaliam sua participação e as reações negativas dos outros, como sendo verdades absolutas. Isso faz com que seja iniciado um processo de ruminação do passado, e que futuramente será utilizado como critério de comparação para a tomada de decisão, na participação, ou não, em outros eventos sociais. Nesse momento o indivíduo tende a experimentar novamente os sintomas ansiosos, de acordo com sua avaliação negativa. Esse processo pode levar a sentimentos de constrangimento e vergonha, que reforçarão suas crenças negativas sobre si mesmo (Clark & Beck, 2012).

### 1.10 - JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A idéia da construção do trabalho surgiu depois da realização de uma revisão sistemática de literatura sobre os instrumentos de avaliação do TAS, validados para o Brasil. Foram encontrados 16 trabalhos de validação, referentes a oito instrumentos, e uma pesquisa, que utilizou um questionário para avaliar as habilidades sociais de ansiosos sociais. Foram eles a Escala Breve de Fobia Social (BSPS), a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS), o Mini Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN), o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI), a escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE), o Inventário de Fobia Social (SPIN), a Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social (STABS), Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS) e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette). Destaque para a ausência de instrumentos que tenham sido construídos no Brasil para rastreio dos sintomas do TAS, visto que o IHS-Del-Prette é um instrumento brasileiro, mas com foco na avaliação das habilidades sociais em adultos. As

habilidades sociais compõem um domínio considerado pobre em pacientes portadores do TAS.

Sobre as qualidades psicométricas dos instrumentos, alguns estudos não realizaram os processos de validação completos em todas as escalas, tendo como ponto em comum apenas estudos de verificação da consistência interna. De todos os estudos, as escalas que demonstraram os maiores coeficientes alfa foram o Inventário de Ansiedade e Fobia Social ( $\alpha = 0,96$ ), a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz ( $\alpha = 0,96$ ) e a Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social ( $\alpha = 0,92$ ). A Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social, com resultados preliminares, alcançou um  $\alpha = 0,96$ .

De acordo com os artigos publicados, os autores D'El Rey, Lacava e Cardoso (2007), Osório, Crippa e Loureiro (2007) e D'El Rey e Matos (2009) realizaram estudos para avaliação do Mini-Inventário de Fobia Social e algumas limitações destes estudos foram discutidas. Primeiro, que as amostras estudadas não são passíveis de generalização por outras pessoas, sugerindo a realização de processos de normatização e verificação de outros indícios de validade. Em segundo lugar, há o apontamento de que, com poucas questões o mesmo seja pouco sensível em distinguir entre os indivíduos com TAS do subtipo generalizado daqueles que não possuem a forma mais grave do transtorno. Relacionado a isso, os autores sugerem um ponto de corte maior (de 6 para 7 em 12 pontos), para aumento da especificidade e do valor preditivo positivo e manutenção da sensibilidade e do valor preditivo negativo. Porém, como sugestão dos autores originais da escala (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick & Davidson, 2001), investigações clínicas devem ser motivadas para um diagnóstico mais preciso, tornando o instrumento pouco eficaz se aplicado sozinho ou sem essa investigação concomitante.

Sobre a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, os autores dos estudos (Terra et al., 2006; Santos, Loureiro, Crippa e Osório, 2013) consideraram como limitações de seus estudos as amostras estudadas (pacientes alcoolistas e universitários). Eles ainda apontam que a escala não traz itens que tratam da questão fisiológica presente na sintomatologia do transtorno, além dos estudos terem sido realizados com poucos sujeitos. Santos e colaboradores não encontraram um modelo fatorial que tenha sido considerado ideal para os itens da LSAS.

Burato, Crippa e Loureiro (2009) realizou um estudo de tradução da Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social, mas apontaram limitações, como a população estudada ser formada por universitários, itens que privilegiam os sintomas comportamentais do transtorno e não ter outros indícios de validade que possam garantir maiores evidências da qualidade do instrumento. Nesse caminho, Osório, Crippa e Loureiro (2008; 2013) encontraram em seu estudos de validação da Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público, limitações no que diz respeito à população estudada e ao fato dos itens terem sido construídos para identificação dos sintomas de apenas uma situação de desempenho, que é o ato de "falar em público". Eles sugerem mais estudos para verificar qual é a sensibilidade da escala em identificar outros sujeitos que possam desenvolver o TAS. Outro estudo de Osório, Crippa e Loureiro (2006) dedicou-se a traduzir e adaptar a Escala Breve de Fobia Social para o português. Os resultados descritos sugerem mais estudos relativos às qualidades psicométricas do instrumento e não houve especificação quanto à amostra estudada. Pode ser considerada uma escala que segue a mesma configuração do instrumento desenvolvido por Liebowitz (1987), porém com a adição de uma parte fisiológica.

Outros dois instrumentos bastante conhecidas por pesquisadores brasileiros, são o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) e o Inventário de Fobia Social

(SPIN), validados respectivamente por Picon, Gauer, Fachel e Manfro (2005) e Picon Gauer, Hirakata, et al. (2005) e Osório, Crippa e Loureiro (2009, 2010). Grande parte das limitações referentes à validação dos instrumentos dizem respeito às populações estudadas serem formadas por universitários. Os autores acreditam que a cultura tem um papel importantíssimo na construção de testes psicológicos e que o Brasil é um país formado por pessoas com os mais diversos níveis educacionais e sociais, o que poderia ser um fator limitante para garantir a validação de instrumentos produzidos fora do país.

O estudo referente à escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE), realizado por Silva e Nardi (2009), dedicou-se à descrição sobre os processos de tradução, retrotradução e adaptação ao português. Os autores sugerem, ao final do trabalho, que sejam realizados mais pesquisas para a verificação de outras propriedades psicométricas, como validade e confiabilidade.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013) as questões culturais são fundamentais nos processos de avaliação das patologias. No caso das doenças mentais, a maneira de defini-la e entendê-la se embasará em normas e valores, que fazem parte dos sistemas onde o indivíduo está inserido, seja socialmente ou culturalmente. Além disso, o manual ressalta que os "limiões de tolerância dos sintomas, ou comportamentos específicos de determinadas patologias, diferem entre culturas, contextos sociais e famílias" (APA, 2013). Em algumas culturas o conceito de normal e patológico possui gradações, e o que é considerado ruim para uma, pode não ser para a outra. Essa variabilidade torna necessária o desenvolvimento de instrumentos que estejam em consonância com a cultura de determinado local. Por exemplo, na cultura oriental, mais precisamente no Japão e na Coreia, existe uma síndrome denominada de "*taijin kyofusho*", que pode ser caracterizada por preocupação excessiva em causar desconforto para outra pessoa, fazendo com que o indivíduo seja avaliado negativamente. Nesse caso, o evento social

que caracteriza o transtorno, possui similaridade com o TAS, como a crença de uma avaliação negativa, porém não é por medo de ser humilhado ou constrangido, mas sim em perturbar ou ser desconfortável para outrem.

Percebe-se que os instrumentos encontrados foram desenvolvidos em culturas ocidentais, que apresentam similaridades com a nossa. Olhando por esse prisma, pressupõe-se que as situações sociais se assemelham em países que co-habitam culturas semelhantes, como a americana e a brasileira. Apesar da similitude entre as culturas, algumas considerações devem ser feitas. Por exemplo, nos Estados Unidos, consumir bebidas alcoólicas trata-se de um comportamento proibido em locais públicos e, em grande parte dos estados americanos, as boates fecham às 2 horas da manhã. Na cultura brasileira, a bebida alcoólica é liberada para ser consumida em qualquer lugar, se for maior de 18 anos, e os locais onde elas são vendidas costumam fechar muito tarde, muitas vezes quando se está amanhecendo. Outra situação que difere entre as culturas é a questão da formalidade, no que diz respeito às figuras de autoridade. Os professores americanos são tratados com muito mais respeito, com a utilização da palavra Mister (Mr) ou pelo título que eles conquistaram (professor, mestre, doutor, etc.) seguido do nome, o que não acontece no Brasil. Os professores, são com frequência, tratados com cordialidade, porém apenas pelo primeiro nome. É muito comum no Brasil a interpretação do termo "*figuras de autoridade*" fazendo alusão a policiais, políticos, etc. A questão do afeto é outra forma de discrepância entre a cultura brasileira e a americana. Na primeira, há uma questão de proximidade maior entre pessoas, visto que é normal cumprimentar alguém com três beijos na bochecha, atitude esta, que, na cultura americana, é reservada apenas aos amigos que compartilham de um nível próximo de intimidade. Os cumprimentos são em geral apertos de mão.

Além da questão cultural, fortemente presente na relação com o processo de avaliação, em 2013 foi lançada a nova edição do manual da APA, que expõe mudanças no que diz respeito ao conceito do Transtorno de Ansiedade Social. Apesar de não serem mudanças drásticas, algumas considerações devem ser levadas em conta, visto que influenciam no diagnóstico da patologia. Na versão anterior do manual, não havia a necessidade da manutenção dos sintomas pelos últimos seis meses, condição que foi pré-estabelecida na nova versão. Outra mudança, que afeta diretamente a avaliação, é o papel conquistado pela "avaliação negativa" como critério fundamental para a identificação de pacientes ansiosos sociais. Outro ponto importante, na nova descrição dos critérios diagnósticos, é a ausência dos subtipos generalizado e circunscrito, sendo apenas necessária a classificação do transtorno quanto a situações gerais ou de desempenho, como falar ou atuar em público, como um subtipo do TAS.

## 2 - OBJETIVOS

### 2.1 - OBJETIVO PRINCIPAL

O objetivo principal do presente estudo foi a construção da Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS), que é um instrumento de rastreamento dos sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos do transtorno de ansiedade social, em adultos.

### 2.2 - OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Avaliação teórica da ECCAS, através da análise semântica e por juízes;
2. Análise de comparação entre as médias entre os instrumentos aplicados (ECCAS, LSAS e Mini-SPIN), bem como a análise da correlação entre os mesmos;
3. Análise da correlação entre os instrumentos e os indicadores sócio-demográficos pré-estabelecidos;
4. Avaliação preliminar dos indícios de validade de construto da ECCAS; e,

## 5. Avaliação preliminar da consistência interna da ECCAS.

### 3 - MÉTODO

Nesse momento a metodologia do estudo será dividida em duas fases. Primeiro, será relatado o Estudo I, referente ao desenvolvimento da escala e, em segundo lugar, o Estudo II, para a verificação preliminar da consistência interna do instrumento e das evidências de validade de construto.

#### 3.1 - ESTUDO I - CONSTRUÇÃO DOS ITENS

##### 3.1.1 - PARTICIPANTES

Participaram do estudo, nesta etapa de avaliação semântica, 20 sujeitos entre os 18 e os 59 anos de idade, moradores da cidade de Juiz de Fora - Minas Gerais. Do total, 12 (60%) eram mulheres e 8 (40%) eram homens. Na Análise por Juízes, foram convidados 4 pesquisadores, doutores em psicologia, especialistas no transtorno de ansiedade social ou em terapia cognitivo comportamental, capazes de analisar os itens da melhor forma possível, contribuindo para a avaliação da escala. Do total da amostra, 3 (75%) eram mulheres e 1 (25%) era homem.

##### 3.1.2 - PROCEDIMENTOS

A avaliação semântica tem como meta verificar se os itens foram desenvolvidos de forma que todas as pessoas que venham a responder ao instrumento, ao lerem os itens, compreendam o mesmo sentido que os pesquisadores quiseram imputar a cada item. Neste processo duas preocupações devem ser levadas em conta: primeiro, se os itens são inteligíveis para todos os níveis de escolaridade, incluindo os estratos mais baixos; e, em segundo lugar, se os itens não foram formulados de forma deselegante para todos os possíveis respondentes. A Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS), desenvolvida pelos autores, foi aplicada nos sujeitos de diferentes níveis educacionais de acordo com a literatura sobre



o desenvolvimento de instrumentos. Após essa etapa do processo, a escala foi modificada e enviada aos juízes, para que pudessem realizar uma avaliação técnica, por especialistas na área, verificando se os itens estão de acordo com o traço medido ou não. Depois da análise dos juízes, o instrumento foi alterado e levado para aplicação na população, de acordo com a descrição da segunda fase do estudo.

### 3.2 - ESTUDO II - EVIDÊNCIAS PRELIMINARES DE VALIDADE E CONSISTÊNCIA INTERNA

#### 3.2.1 - PARTICIPANTES

Participaram do estudo 297 sujeitos entre os 18 e os 59 anos de idade, residentes da cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais. Do total, 204 (68,7%) eram mulheres e 88 (29,6%) eram homens. Cinco pessoas não responderam sobre seu sexo (1,7%). A média de idade foi de 25 anos ( $M=25,16$ ;  $SD=8,75$ ) e a idade mínima dos respondentes foi de 18 anos, sendo a máxima de 59 anos. Grande parte da amostra se concentrou entre os 18 e os 40 anos de idade (90,1%).

#### 3.2.2 - INSTRUMENTOS

Foi utilizado na pesquisa um questionário de identificação, dois instrumentos psicométricos sobre o TAS, devidamente validados para o Brasil, para identificação dos participantes que compuseram o grupo critério (sujeitos com pontuação positiva para o transtorno), e a escala que está sendo construída pelos autores.

Inicialmente foi aplicado um questionário sócio-demográfico (Anexo 1), para a coleta das informações sobre os sujeitos que participaram da pesquisa. O questionário era de auto-preenchimento e contava com questões relacionadas a sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar, dentre outras. Foram construídas perguntas referentes às questões da saúde psicológica do sujeito para verificar se o mesmo possui transtornos associados, conhecimento sobre o TAS, dentre outras.

Em seguida, foi aplicado a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (Anexo 2). A LSAS foi o primeiro instrumento de medida clínica criado para a avaliação da patologia. Foi desenvolvida para acessar a interação social e as situações de desempenho, em que os indivíduos ansiosos sociais sentem medo/ansiedade e aquelas que eles evitam. Ela é composta por 24 itens, subdivididos em duas sub-escalas, sendo uma de interação social com 11 itens e uma de situações de desempenho com 13 itens. Os itens são respondidos duas vezes, a primeira quanto ao medo/ansiedade da situação e a segunda vez, o quanto que o sujeito a evita. Os escores são assinalados de acordo com cada subescala e com cada verificação (medo/ansiedade e evitação) e o escore total da escala é dado pelo somatório dos resultados encontrados. Vários autores utilizaram a escala para estudos, como, por exemplo, Lott et al. (1997) em estudos sobre tratamentos farmacológicos, Heimberg et al. (1998) sobre estudos com tratamento proporcionado pela Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), e outros que relataram dados que ajudaram na confirmação das propriedades psicométricas da escala (Heimberg, Mueller, Holt, Hope & Liebowitz, 1992; Mattick & Clarke, 1998). Em 1999, Heimberg et al. desenvolveram um estudo específico para a confirmação das propriedades psicométricas da escala. Eles avaliaram 382 pacientes selecionados antes do início do tratamento para o TAS. Nos resultados, verificou-se que a consistência interna, baseada no alfa de Cronbach, para o escore total da escala foi de  $\alpha = 0,96$ . Os resultados de correlação entre as escalas demonstraram que as sub-escalas correlacionam-se umas com as outras de forma excelente ( $r$  entre 0,68 e 0,98), sendo grande parte dos resultados com  $r$  acima de 0,85. As correlações com outras escalas que medem o mesmo construto encontraram resultados significativos, demonstrando indícios de validade convergente. Na validade discriminante a escala apresentou menor magnitude de resultados, porém com significância. Os autores concluíram que os resultados obtidos foram muito satisfatórios

demonstrando a qualidade psicométrica da LSAS, como um instrumento válido e confiável. No que diz respeito ao ponto de corte, Heimberg et al. (1999) não menciona em seu texto quais seriam os pontos adequados para classificação das respostas dos sujeitos. Para determinar estes pontos Mennin et al. (2002) desenvolveram um estudo com pacientes ansiosos sociais. Os resultados demonstraram que com ponto de corte de 30, o instrumento mostrou-se bastante sensível em reconhecer pacientes portadores do TAS e com ponto de 60, o mesmo identificou os indivíduos que possuíam uma versão mais grave da patologia, o subtipo generalizado (Ver Anexo 2).

O segundo instrumento de rastreio utilizado foi o Mini Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN). O inventário é composto por 3 itens retirados de estudos de validação do Inventário de Fobia Social (SPIN) de Connor et al. (2000), que medem o TAS do subtipo generalizado nos indivíduos. Ele foi construído baseado no tipo de respostas Likert que vai do 0 (Nada) até o 4 (Extremamente), com mínimo de 0 pontos e máximo de 12. O Mini-SPIN foi aplicado em 1.017 sujeitos e aqueles que tiveram score igual ou maior do que 6 pontos foram convidados para uma entrevista. Os resultados mostraram que esse ponto de corte demonstrou sensibilidade de 88,7%, especificidade de 90%, valores preditivos positivos (VPP) de 52,6%, valores preditivos negativos (VPN) de 98,5% e qualidade de diagnóstico de 89,9% (Ver Anexo 3).

Os estudos brasileiros de D'El Rey et al. (2007), D'El Rey e Matos (2009) e Osório et al. (2007) realizaram a verificação das qualidades psicométricas do Mini-SPIN. Os resultados indicaram, que o ponto de corte 7 era o mais apropriado para a população brasileira. Por causa destas orientações, os autores da presente pesquisa utilizaram, na análise dos dados, tanto o ponto de corte de 6 como o de 7, para separar os grupos critério.

A ECCAS (Anexo 4) foi aplicada, juntamente com os instrumentos acima. Ela foi desenvolvida pelos autores para a identificação dos sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos do TAS. Ela é composta por 75 itens em formato de afirmativas, que são respondidos numa gradação no formato de Likert, que vai de 0 a 4, em que o primeiro corresponde ao Nunca e o último ao Sempre. Ela é baseada no modelo cognitivo de fobia social, descrito no Capítulo 1.9 - Perspectiva Cognitiva de Fobia Social, na 5ª edição do DSM (APA, 2013) e no modelo fisiológico de ansiedade proposto por Barlow (2002) presente no Anexo 8.

### 3.2.3 - PROCEDIMENTOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob outorga de Nº 275.540 (ver Anexo 5). Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética, os passos seguintes foram relacionados ao treinamento dos pesquisadores que iriam a campo, para coletar os dados, e o convite aos sujeitos que participariam da pesquisa. Após o convite, foi entregue aos participantes duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com os preceitos éticos necessários (Ver Anexo 6), em que os mesmos poderiam consentir ou não sua participação na mesma. Aceitando a participação, eles receberam um conjunto de folhas, contendo o questionário sócio-demográfico, a ECCAS e o Mini-SPIN ou o Liebowitz. No início da pesquisa, foi dado apenas um instrumento de rastreio, de acordo com o desenho proposto pelos autores, onde metade da amostra receberia um e a outra metade o outro, porém de acordo com o andamento da pesquisa os dois instrumentos foram anexados. Essa mudança aconteceu devido ao fato da possibilidade de verificação de indícios de validade e consistência interna dos mesmos, em estudos posteriores. O tempo médio da aplicação foi de 25 minutos, sendo o mais rápido entregue com 15 e o mais demorado, com 40 minutos.

### 3.3 - PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

O plano de análise dos dados consistiu em três momentos. Primeiro, os dados foram avaliados quanto à estatística descritiva da amostra. A análise descritiva serviu para cálculo dos indicadores sócio-demográficos e verificação da consistência do banco de dados. Em um segundo momento, foram realizados testes paramétricos (Teste t de Student e a Análise de Variância - ANOVA), para avaliar as escalas e comparar as médias da ECCAS com os outros instrumentos e os indicadores sócio-demográficos. Em um terceiro momento, foi realizada a análise fatorial exploratória da escala, por meio da extração dos fatores com o modelo de Análise Fatorial Comum (AFC) do tipo *Principal Axis Factoring (PAF)* e rotação Direct Oblimin. O processo utilizado foi o determinante de matriz de correlação e o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O KMO é uma medida de diagnóstico de homogeneidade dos itens. Os valores acima de 0,90 consideram a análise fatorial como muito boa e para valores entre 0,80 e 0,90, ela será classificada como boa. Para a análise de confiabilidade (também conhecido como precisão), foi utilizado o alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, no conjunto de itens que foram agregados a cada fator, além da totalidade da escala.

## 4 - RESULTADOS

Os resultados serão divididos em três partes para fins didáticos de leitura. Na primeira parte serão expostos os resultados referentes ao processo de construção da escala; na segunda, os que dizem respeito à análise descritiva e à avaliação do nível de significância da escala e da correlação com outros instrumentos e indicadores sócio-demográficos; e, por último, aqueles que dizem respeito à análise fatorial exploratória e verificação da confiabilidade do instrumento.

#### 4.1 - PARTE I - PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ESCALA

De acordo com o texto "Princípios de elaboração de escalas psicológicas", escrito por Pasquali (1998) como um guia para a construção de testes, um instrumento deve seguir passos para que possa ser construído de forma válida, confiável e de acordo com as normas aceitas pela literatura. Ele descreve a realização de quatro grandes fases para isso: a teórica, a de construção, a de validação e a de normatização do instrumento. A parte teórica pode ser encontrada na Introdução do presente trabalho.

Os resultados descritos nessa parte dizem respeito a uma parte da fase teórica e aos demais passos da fase de construção do instrumento. Serão abordados: a definição operacional, a construção dos itens e a análise dos itens (avaliação semântica e por juízes).

##### 4.1.1 - A DEFINIÇÃO OPERACIONAL

A partir da definição constitutiva que é a teoria descrita no capítulo 1 do presente trabalho, foi desenvolvida a definição operacional, que é o processo de passagem da definição constitutiva (teoria abstrata) do construto para uma definição capaz de guiar a construção dos itens de uma escala pretendida.

Os itens que compõem o instrumento foram baseados nas três dimensões características do TAS: a dimensão cognitiva, a comportamental e a fisiológica. Para a dimensão cognitiva, entende-se todos aqueles itens que denotam um pensamento ou um esquema mal adaptativo (ver Anexo 7), descritos por Clark e Beck (2012), sobre alguma situação provocadora dos sintomas do TAS, onde o indivíduo acredita que possa ser humilhado, avaliado negativamente, sentir-se rejeitado ou experimentar desconforto diante de outras pessoas.

Para a dimensão comportamental, foram descritos itens que mostram comportamentos de evitação (evitar iniciar ou manter conversas, movimentos para

esconder seus sintomas, evitar ir a lugares, evitar companhia, evitar conhecer pessoas, etc.) que o sujeito acredita serem capazes de esconder, diminuir ou extinguir seu medo ou ansiedade excessiva.

No que diz respeito à dimensão fisiológica do transtorno, foram utilizadas as sensações físicas (ver Anexo 8), descritas por Barlow (2002), para a construção dos itens da determinada categoria. Essas sensações físicas foram distribuídas em situações onde os indivíduos costumam experimentar essa sintomatologia. As situações onde o sujeito pode experimentar os sintomas de TAS podem ser encontradas no último parágrafo da página 26 do presente trabalho.

Outro ponto importante na construção da definição operacional diz respeito à fase em que o sujeito pode experimentar os sintomas ansiosos, que se dividem em três: a fase antecipatória, a exposição situacional e o processamento pós-evento.

Na fase antecipatória, o indivíduo faz a previsão do próximo encontro marcado (seja uma reunião, uma apresentação de trabalho, etc.) que gera ansiedade, que tende a aumentar perto do evento e há a probabilidade do mesmo se esquivar (inventar desculpas, não ir, etc.), por acreditar que pode ser humilhado, constrangido, embaraçado ou qualquer coisa que seja proveniente de uma avaliação negativa realizada por outras pessoas. Essa previsão e ansiedade podem se iniciar minutos ou dias antes do evento desencadeador.

Na exposição situacional, o sujeito se encontra presente diante da situação que gera os maiores picos de ansiedade e que foi impossível desmarcar. Nesse momento, há a ativação de esquemas sociais mal adaptativos (vide Anexo 7), comportamentos de segurança e inibitórios, e atenção auto centrada nos próprios pensamentos, comportamentos e sintomas fisiológicos.

Na fase do processamento pós evento, o sujeito não se livra da ansiedade, provocada pela exposição situacional, pois há a presença de pensamentos que geram lembrança da situação e uma re-análise avaliativa sobre o mesmo, geralmente levando o indivíduo a crer que sua atuação foi muito mais avaliada negativamente do que realmente ocorreu. Esse processo auxilia na manutenção do transtorno e pode eliciar sintomas fisiológicos e comportamentos automáticos para os próximos eventos.

#### 4.1.2 - CONSTRUÇÃO DOS ITENS

Depois do processo de definição operacional da teoria, temos o processo de operacionalização do construto, que pode ser definido como a criação e a articulação dos itens que compuseram a escala. São as perguntas que avaliaram a magnitude da presença do construto no instrumento. Para esse momento há, segundo Pasquali (1998), uma série de passos a serem tomados de forma cautelosa, para garantir a qualidade da próxima etapa.

O primeiro ponto a ser observado diz respeito à fonte dos itens, ou seja, de onde eles foram retirados como, por exemplo, de outros instrumentos que medem o mesmo construto, de entrevistas, de categorias comportamentais, etc. No presente trabalho, os itens foram retirados da literatura de outros instrumentos e das categorias comportamentais, de acordo com a perspectiva teórica adotada.

O passo seguinte foi o desenvolvimento de perguntas, que seguiram critérios estabelecidos por Pasquali (1998), como forma de garantir a padronização dos itens da escala. São dois tipos, um voltado para a construção de cada item individualmente (letra a até j) e outro para o conjuntos dos itens em sua totalidade (letra k e l). As regras são:

- a) critério comportamental: o item deve expressar um comportamento/pensamento/sensação física e não uma abstração ou construto;
- b) objetividade ou desejabilidade: os itens devem ser capazes de



expressar a opinião do sujeito sobre aquele determinado tema; c) simplicidade: um item deve expressar uma única idéia; d) clareza: o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; e) relevância: a expressão (frase) deve estar de acordo com o traço que deseja se medir; f) precisão: o item deve ser distinto dos outros itens que cubram o mesmo atributo; g) variedade: variação da linguagem dos itens; h) modalidade: evitar o uso de expressões extremadas; i) tipicidade: formar frases com expressões condizentes com o atributo; j) credibilidade: o item deve ser formulado de modo que não pareça ridículo, despropositado ou infantil; k) amplitude: o conjunto dos itens deve ser capaz de cobrir toda a extensão da magnitude do contínuo do atributo medido; e, l) equilíbrio: é importante a existência de itens fracos, moderados e difíceis.

Foram desenvolvidos 73 itens (Anexo 9), que estiveram de acordo com estas diretrizes acima. De acordo com Pasquali (1998), é recomendado que sejam construídos pelo menos 20 itens para a mensuração dos atributos de determinado construto. Além disso, de acordo com o autor, o ideal é que sejam estabelecidos pelo menos três vezes mais itens do que o mínimo recomendado para que um construto seja mensurado em toda a sua magnitude.

#### 4.1.3 - ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS

O processo de análise da construção dos itens deve ser feito em dois momentos distintos, a saber: a análise semântica dos itens e a análise de juízes. A primeira tem como objetivo verificar se os itens foram desenvolvidos de forma a serem compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina e a segunda objetiva a verificação dos itens por "juízes" que são peritos na área do construto.

#### 4.1.4 - ANÁLISE SEMÂNTICA DOS ITENS

Foi realizada uma aplicação piloto, dos 73 itens que compuseram a escala inicial, em uma população de 20 sujeitos, maiores de idade com média de 23,5 anos (DP=5,7) e de níveis de escolaridade distintos, desde o ensino fundamental incompleto até pessoas com ensino superior completo. Foi pedido que elas respondessem aos itens e, caso tivessem qualquer dúvida sobre o entendimento destes, deveriam comunicar ao aplicador, que argüiria a pessoa sobre o significado do mesmo. Segue abaixo uma Tabela (4) com os itens que foram considerados confusos, mal elaborados ou que geraram dúvidas.

Tabela 4

*Itens considerados como confusos na análise semântica*

Itens	Observações	Decisão	Consequência
02 - Sou muito desajeitado(a) em situações sociais (ex. reuniões, festas e eventos).	A palavra desajeitado gerou confusão de significados.	O item foi mantido.	Não encontrou-se um equivalente para desajeitado.
05 - Penso que conseguirei controlar minha ansiedade.	A pessoa entendeu que a palavra ansiedade pressupõe que ela seja alta.	O item foi excluído.	O item deve ser claro e não deve ser extremo.
06 - Tenho medo de ser humilhado(a) por outras pessoas.	Parecido com o item 45.	O item foi mantido.	Exclusão do item 45 por ser muito parecido.
07 - Penso que sou incapaz de realizar minhas tarefas por ser fraco(a) ou incompetente.	Gerou confusão por ser mais	O item foi mantido.	Item importante para o

	duradouro do que os 6 meses necessários para o diagnóstico.		construto.
08 - Serei rejeitado(a) ao expressar minha opinião a terceiros.	Gerou confusão por ser mais duradouro do que os 6 meses necessários para o diagnóstico.	O item foi mantido.	Item importante para o construto.
09 - Quando chego a uma festa, todas as pessoas olham para mim	Parecido com o item 44.	O item foi excluído.	Muito parecido com o item 44.
11 - Posso cometer erros em público e parecer incompetente.	Item confuso e esquisito.	O item foi modificado.	11 - Tenho medo de parecer incompetente em público.
16 - Iniciar um relacionamento amoroso me deixa ansioso(a) .	A pessoa achou ruim o item por ser casada.	O item foi modificado.	16 - Iniciar um relacionamento (amizade, namoro, etc.) me deixa ansioso(a).
17 - Serei rejeitado(a) ao convidar uma pessoa do sexo oposto para sair.	A pessoa achou ruim o item por ser casada.	O item foi modificado.	17 - Serei rejeitado(a) ao convidar uma pessoa interessante para sair.

20 - As pessoas percebem quando meu rosto está avermelhado	Parecido com o item 67.	O item foi modificado.	20 - As pessoas percebem quando fico vermelho de vergonha.
25 - Sinto uma pressão no peito e náuseas quando descubro que terei que ir a reuniões, festas e/ou eventos.	A pessoa sentia ansiedade, mas não necessariamente os sintomas fisiológicos descritos.	O item foi modificado.	25 - Apresento reações físicas (palpitações, náuseas, etc.) quando tenho que ir a reuniões, festas e/ou eventos.
33 - Escolhi um trabalho onde ninguém percebe que eu estou presente.	Questionou sobre quem esta desempregado.	O item foi modificado.	33 - Evito manter contato com outras pessoas no(s) local(is) onde trabalho/trabalhei.
36 - Começo a planejar desculpas para não ir a situações sociais (reuniões, festas e eventos) porque posso ser humilhado(a) por outras pessoas.	Há o planejamento de desculpas mas não por causa do medo de ser humilhado.	O item foi modificado.	36 - Começo a dar desculpas para não ir a situações sociais (reuniões, festas e eventos) porque posso ser humilhado(a).
38 - Sinto meu coração bater mais rápido quando estou na presença de pessoas do sexo oposto.	Foi questionado se o item se	O item foi modificado	38 - Sinto meu coração bater mais rápido

	refere a alguem que atrai a pessoa.	do.	quando estou na presença de pessoas interessantes.
39 - Evito marcar compromissos com pessoas por quê não conseguirei cumpri-los.	Sentido ambíguo - evita-se marcar se tem certeza de que não vai cumprir ou evita marcar qualquer tipo de compromiss o?	O item foi excluído.	Excluído por dupla interpretação.
44 - As pessoas me olham da cabeça aos pés quando chego em algum lugar.	Parecido com o item 9.	O item foi mantido.	44 - As pessoas me olham com mais atenção quando chego em algum lugar.
45 - Tenho medo de ser humilhado(a) por pessoas desconhecidas.	Parecido com o item 6.	O item foi excluído.	Muito parecido com o item 06.
55 - Perderei o controle em reuniões, festas e eventos.	A pessoa não entendeu o significado de perder o controle.	O item foi excluído.	Excluído por que a palavra controle é ambígua.
56 - Tenho vergonha de praticar esportes.	Complicado para quem não pratica esportes.	O item foi excluído.	Excluído por ser generalista.

66 - Fico com mãos e pés suados em reuniões, festas e eventos.	Pessoas alegaram que os pés e mãos estão sempre suados, independente da situação.	O item foi mantido.	Item importante para o construto.
67 - As pessoas reparam quando fico com as bochechas vermelhas.	Parecido com o item 20.	O item foi excluído.	Manteve-se o item 20 com modificações.

Outra dificuldade informada pelos respondentes diz respeito aos itens que continham em sua frase a palavra sexo oposto. Segundo a literatura (Antony & Swinson, 2008), os ansiosos sociais têm dificuldade em iniciar ou manter relações de teor sexual com pessoas do sexo oposto. Nos dias atuais, em que a homossexualidade é um assunto bastante discutido, tanto na mídia quanto em meios acadêmicos, os itens que explicitavam essa relação de teor sexual foram questionados por uma participante de orientação homossexual. Desta forma, os autores resolveram modificar alguns itens substituindo o termo "sexo oposto" por "pessoas interessantes". Depois da modificação dos itens pela análise semântica os mesmos foram corrigidos e re-formatados para envio aos sujeitos da próxima avaliação. Alguns itens foram reconstruídos, baseados nas sugestões/observações dos participantes da análise semântica.

#### 4.1.5 - ANÁLISE DOS JUÍZES

Muitas vezes chamada de "análise de conteúdo", esse tipo de avaliação seria melhor representada se fosse denominada "análise de construto", por causa do seu objetivo de verificar se os traços latentes estão sendo representados da forma correta. Ela é realizada por juízes que são especialistas na temática do construto do instrumento. Aos mesmos foi pedido que preenchessem uma Planilha de Avaliação (Anexo 10), que

dispunha de três tipos de avaliação. Primeiro, foi solicitado que classificassem o item de acordo com a dimensão ao qual eles acreditavam que ele pertencia (Cognitiva, Comportamental e Fisiológica). Depois foi pedido que o enquadrassem na fase que o mesmo fosse mais representativo (fase antecipatória, exposição situacional e processamento pós-evento), e, por fim solicitou-se que fosse dado um parecer favorável ou desfavorável sobre o item.

Era necessária a aprovação de 3 dos 4 juízes (75%) para que o item fosse considerado favorável para permanecer na amostra. Após a avaliação dos juízes, apenas dois itens foram considerados desfavoráveis (50% de respostas), que foram os itens "44 - *As pessoas me olham com mais atenção quando chego em algum lugar.*" e o "46 - *Serei mal tratado(a) por pessoas do sexo oposto.*", considerados desfavoráveis, por utilizarem-se de termos que podem gerar más-interpretações por parte dos respondentes. No item 44, foi suscitado que olhar, com atenção, uma pessoa que chega em um ambiente, não é necessariamente um pensamento que permite uma avaliação negativa; e, no 46 a palavra mal-tratado não obteve um conceito que fosse considerado único, proporcionando desentendimentos quanto ao que seria o termo "mal-tratado".

Na Tabela 5, abaixo, podemos ver quais foram as classificações que os itens receberam após a análise dos juízes. Vale salientar que, no que diz respeito à dimensão e a fase na qual o item se enquadra, os juízes poderiam assinalar mais de uma opção, sendo a resposta final aquela que obteve o maior número de votos. Por exemplo, o item 1 poderia ser designado para a dimensão cognitiva e pertencer à fase antecipatória e de exposição situacional ao mesmo tempo, sem que isso invalidasse o mesmo.

Tabela 5

*Análise dos Juízes quanto a dimensão e a fase*

Item	Dimensão	Fase
Item 01	Cognitivo	Fase Antecipatória

Item 02	Cognitivo	Exposição Situacional/Pós Evento
Item 03	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 04	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 05	Fisiológico	Fase Antecipatória
Item 06	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 07	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 08	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 09	Cognitivo	Processamento Pós evento
Item 10	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 11	Cognitivo	Exposição situacional
Item 12	Cognitivo/Comportamental	Exposição situacional
Item 13	Cognitivo	Exposição situacional
Item 14	Comportamental	Exposição situacional
Item 15	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 16	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 17	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 18	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 19	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 20	Cognitivo	Exposição situacional
Item 21	Cognitivo	Exposição situacional
Item 22	Cognitivo	Exposição situacional
Item 23	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 24	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 25	Fisiológico	Exposição situacional
Item 26	Cognitivo	Exposição situacional
Item 27	Cognitivo	Exposição situacional
Item 28	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 29	Cognitivo	Exposição situacional
Item 30	Cognitivo/Comportamental	Exposição Situacional/Pós Evento
Item 31	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 32	Cognitivo/Fisiológico	Exposição situacional
Item 33	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 34	Fisiológico	Exposição situacional
Item 35	Cognitivo	Exposição situacional



Item 36	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 37	Cognitivo	Exposição situacional
Item 38	Fisiológico	Exposição situacional
Item 39	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 40	Cognitivo	Processamento Pós evento
Item 41	Comportamental	Exposição situacional
Item 42	Comportamental	Exposição situacional
Item 43	Comportamental	Exposição situacional
Item 45	Cognitivo	Antecipatória/Exposição Situacional
Item 47	Comportamental	Exposição situacional
Item 48	Cognitivo	Fase Antecipatória
Item 49	Cognitivo	Antecipatória/Exposição Situacional
Item 50	Cognitivo	Exposição situacional
Item 51	Comportamental	Exposição situacional
Item 52	Fisiológico	Exposição situacional
Item 53	Cognitivo	Processamento Pós evento
Item 54	Fisiológico	Fase Antecipatória
Item 55	Cognitivo	Exposição situacional
Item 56	Fisiológico	Exposição situacional
Item 57	Comportamental	Exposição situacional
Item 58	Comportamental	Exposição situacional
Item 59	Fisiológico	Exposição situacional
Item 60	Fisiológico	Exposição situacional
Item 61	Fisiológico	Exposição situacional
Item 62	Fisiológico	Exposição situacional
Item 63	Cognitivo/Comportamental	Exposição situacional
Item 64	Cognitivo	Antecipatória/Exposição Situacional
Item 65	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 66	Fisiológico	Exposição situacional
Item 67	Fisiológico	Exposição situacional
Item 68	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 69	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 70	Cognitivo	Exposição situacional
Item 71	Fisiológico	Exposição situacional

Item 72	Comportamental	Fase Antecipatória
Item 73	Cognitivo	Fase Antecipatória

---

Após essa análise, o instrumento ficou representado por 71 itens. Para chegar ao número final de 75, alguns dos itens excluídos foram modificados, passaram por uma nova avaliação semântica e foram anexados ao instrumento final. Nessa avaliação eles não tiveram sugestões e foram entendidos em sua totalidade. Eles vieram a substituir os excluídos, para cobrir partes do construto que estavam sendo operacionalizadas pelos antigos.

#### 4.1.6 - APLICAÇÃO PILOTO

Foi realizada uma aplicação piloto do instrumento final, como descrito na metodologia. Essa aplicação teve um caráter experimental e serviu para verificar se a totalidade dos itens da escala fora devidamente selecionada e se os mesmos atendiam aos propósitos dos pesquisadores. Os itens foram aplicados em 297 sujeitos, maiores de 18 anos, da cidade de Juiz de Fora/MG. Seguem abaixo os resultados referentes à análise da amostra.

#### 4.2 - PARTE II - ANÁLISE DESCRITIVA E INFERENCIAL

Em relação a análise da estatística descritiva da amostra temos os seguintes resultados. No que diz respeito ao estado civil, 84,8% da amostra foi composta por pessoas solteiras, com 11,5% de casados e 3,7% que marcaram outras opções. No item "com quem vive", 24 pessoas responderam que vivem sozinhas (8,1%), 18 com o companheiro (6%), 184 residem com seus familiares (62%), 64 com colegas/amigos (21,5%) e 7 pessoas marcaram a opção com "outras pessoas" (2,4%). Quando questionados sobre sua religião, 146 pessoas se auto declararam como católicas (49,9%), 32 como evangélicas (10,9%), 32 como espíritas (10,9%), 47 indivíduos assinalaram que não tem religião (15,4%), 25 que tem outras religiões (8,5%) e 13 apontaram que tem múltiplas religiões. Em relação à renda familiar, 52,6% da amostra respondeu que a renda da família gira em torno de 3 a 6 salários mínimos, com 12,3% abaixo desse valor e 35,1% acima dos seis salários.

Sobre a LSAS, foram respondidos 209 questionários, com pontuação média em torno de 38,63 pontos (DP=21,72), variando de 3 até 106 pontos. A pontuação máxima absoluta da escala são 144 pontos. Em relação ao Mini-SPIN, foram aplicados 187 questionários, com média de respostas de 3,58 (DP=2,84), variando de 0 até 12 pontos, que é o valor absoluto máximo de pontos. Na aplicação da ECCAS, foram respondidos 285 questionários, com média de pontos de 61,47 (DP=38,80), com valores mínimos de 0 e máximos de 196, com os valores da escala podendo alcançar um valor máximo de 300 pontos.

Na Tabela 6, abaixo, podemos ver a discriminação da classificação encontradas na LSAS e no Mini-SPIN, com os dois pontos de cortes sugeridos, o de 6 pontos da escala original e o de 7 pontos das validações brasileiras.

Tabela 6

*Distribuição das classificações realizadas pela pontuação dos instrumentos de rastreio*

Níveis de Ansiedade	LSAS		Mini-SPIN Ponto de corte = 6		Mini-SPIN Ponto de corte = 7	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sem TAS	82	39%	139	74%	155	83%
Com TAS	93	45%	XXX	XXX	XXX	XXX
Com TAS do subtipo Generalizado	34	16%	48	26%	32	17%
Total de aplicações	209	100%	187	100%	187	100%

*XXX significa que o instrumento não oferece esta classificação*

Como pode ser visto na Tabela 6, quando o ponto de corte do Mini-SPIN aumenta (de 6 para 7), o número de casos diagnosticados com o subtipo generalizado, mais grave, diminui consideravelmente, ficando numericamente parecido com o diagnóstico do LSAS. Esse aumento está de acordo com os estudos brasileiros (D'El Rey et al., 2007; Osório et al., 2007; D'El Rey & Matos, 2009), que sugerem o aumento do ponto de corte para as populações brasileiras.

Foi realizado o teste ANOVA para a análise das diferenças entre as médias dos escores da LSAS e da ECCAS, por causa da primeira escala possuir mais de dois grupos (Sem FS, com FS e com FS Generalizada). Os resultados iniciais apontaram diferenças significativas entre as médias dos grupos, com significância de  $p < 0,01$ , anulando a hipótese de igualdade entre as variâncias. A seguir foi realizado um teste *post hoc* de Tukey para avaliar onde estariam as diferenças entre os grupos. O resultado do teste apontou significância entre as médias dos grupos com nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). O teste mostrou que quando se tratava da comparação das médias entre o grupo "Sem FS" e "Com FS", o intervalo de confiança de 95% da amostra apresentou valores de escore entre 20,66 e 39,10. Quando se tratavam dos grupos "Sem FS" e "Com FSG" eles variavam de 69,57 até 94,55, e na comparação entre o grupo "Com FS" e "Com FSG" os mesmos se encontravam no intervalo que vai do 39,96 até o 64,40.

No que diz respeito ao Mini-SPIN e a ECCAS, o teste escolhido foi o Teste t devido ao primeiro ter apenas dois tipos de classificação (Sem FS e com FS Generalizada), para comparação entre as médias dos instrumentos. Os resultados apontaram variâncias diferentes entre os grupos, mas com resultado significativo de ( $p < 0,001$ ) entre o Mini-SPIN e a ECCAS. Os participantes enquadrados na categoria "Sem FS" tiveram uma média de escores de 54,78 (Desvio padrão = 33,99) pontos na ECCAS e os que atingiram a classificação "Com FSG" pontuaram em média 103,84 (Desvio padrão = 43,24). A diferença entre as médias foi de 49,05 o que significa grande efeito ( $d = 1,27$ ), com intervalo de confiança variando de 35,30 a 62,81.

Foi realizado o teste de correlação  $r$  de Pearson entre a ECCAS e o escore absoluto da LSAS, os escores das subescalas de medo/ansiedade de desempenho, medo/ansiedade social, evitação de desempenho, evitação social e o escore do Mini-SPIN. Os resultados podem ser vistos na Tabela 7 abaixo.

Tabela 7

*Correlação entre a ECCAS, a LSAS e o Mini-SPIN*

		ECCAS	Mini-SPIN	LSAS Total	LSAS medo	LSAS evitação
ECCAS	r	1	0,656	0,780	0,767	0,714
	p		0,000	0,000	0,000	0,000

*\*\*A correlação é significativa com  $p < 0,001$*

Como é possível ver na Tabela 7, as correlações entre a ECCAS e os instrumentos foram todas de sentido positivo (r) e com significância estatística  $p < 0,001$ . De acordo com a categorização de correlação proposta por Dancey e Reidy (2006), em que magnitudes são consideradas nulas quando o r se encontra entre 0 e 0,20; baixa quando r está entre 0,21 e 0,40, moderada quando entre 0,41 e 0,60; alta entre 0,61 e 0,80 e muito alta entre 0,81 e 1,00, percebe-se que as correlações encontradas se encontram no intervalo entre 0,61 e 0,80, sendo assim consideradas correlações de magnitudes altas.

A análise seguinte foi feita para avaliação da relação existente entre a escala e os indicadores sócio-demográficos descritos na literatura como associados com o TAS. No que diz respeito a esta análise, os resultados foram os seguintes: sobre o indicador estado civil, foi realizado o teste t para identificação das possíveis comparações entre as variáveis, assumindo como categorias os itens solteiro(a) e casado(a). Os resultados mostraram que não houve igualdade de variâncias assumida, mas apresentou diferença considerada estatisticamente significativa com  $p < 0,05$ . Os participantes enquadrados na categoria "Solteiros" tiveram uma média de escores de 64,14 (Desvio padrão = 38,80) pontos na ECCAS e os que atingiram a classificação "Casados" pontuaram em média 43,64 (Desvio padrão = 35,78). A diferença entre as médias foi de 20,49 o que significou um médio efeito ( $d = 0,54$ ), com intervalo de confiança (IC = 95%) variando

de 6,55 a 34,43. No caso dos outros instrumentos (LSAS e subescalas), não houve associação significativa com  $p > 0,10$ .

Foi realizado o teste ANOVA para a análise das diferenças entre as médias das variáveis "com quem vive" e as médias de escore da ECCAS, por causa da primeira possuir mais de dois grupos (Sozinho, companheiro, familiares, colegas/amigos e outros). Os resultados iniciais apontaram diferenças significativas nas médias entre os grupos, com significância de  $p < 0,05$ . A seguir foi realizado um teste *post hoc* de Tukey para avaliar onde estariam as diferenças entre os grupos. O resultado do teste mostrou que quando se tratava da comparação das médias entre o grupo "Sozinho" e "Companheiro", o intervalo de confiança de 95% da amostra apresentou valores de escore entre 4,54 e 70,18. A diferença entre as médias destes dois grupos foi de 37,36. Nos outros grupos o teste não mostrou significância estatística na comparação entre as médias. Isto significa que há uma associação entre o escore da ECCAS e os grupos que moram sozinho(a) e com o(a) companheiro(a).

Sobre a relação existente entre a ECCAS e a variável "Já foi diagnosticado como portador de algum transtorno mental?", o teste escolhido foi o Teste t para comparação entre as médias das mesmas. Os resultados apontaram variâncias diferentes entre os grupos, mas com resultado significativo de ( $p < 0,05$ ) entre a variável e o instrumento. Os participantes enquadrados na categoria "Não" tiveram uma média de escores de 59,12 (Desvio padrão = 37,07) pontos na ECCAS e os que atingiram a classificação "Sim" pontuaram em média 92,87 (Desvio padrão = 48,86). A diferença entre as médias foi de 33,75 o que significa efeito médio ( $d = 0,78$ ), com intervalo de confiança variando de 7,41 a 60,09.

Para analisar a relação existente entre o escore da ECCAS e a média da variável "No momento você faz tratamento para este transtorno?", foi utilizado o Teste t

para comparação entre as médias das variáveis. Os resultados apontaram variâncias diferentes entre os grupos, mas com resultado significativo de ( $p < 0,001$ ) entre as médias. Os participantes enquadrados na categoria "Não" tiveram uma média de escores de 57,69 (Desvio padrão = 35,97) pontos na ECCAS e os que atingiram a classificação "Sim" pontuaram em média 111,08 (Desvio padrão = 61,14). A diferença entre as médias foi de 53,38 o que significa grande efeito ( $d = 1,09$ ), com intervalo de confiança variando de 31,19 a 75,57.

Para as variáveis "Escolaridade", "Religião", "Renda Familiar", "Você já conhecia o Transtorno de Ansiedade Social?" e "Qual tipo de tratamento empregado?", referente à questão se o sujeito faz tratamento para um possível transtorno psicológico não obtivemos valores das médias estatisticamente significativos para nenhuma das categorias.

#### 4.3 - PARTE III - ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E DE CONFIABILIDADE

Foi realizada uma análise fatorial exploratória para examinar se os 75 itens eram passíveis de fatoração e em quantas dimensões a primeira análise indicaria. Os parâmetros *eigenvalues* iguais ou maiores que um e as cargas fatoriais acima de 0,30 foram as diretrizes utilizadas. Os resultados da primeira análise apontaram um KMO = 0,93, teste de esfericidade de Bartlett de  $X^2 = 12944,126$  ( $df=2775$ ) e nível de significância  $p < 0,001$ . Foram retirados 17 fatores, explicando um total de 67,5% da variância total.

Ao analisar o *scree plot* da primeira análise, percebeu-se que poderia ser realizada uma nova avaliação, forçando a extração de quatro fatores. Os resultados foram um KMO = 0,93, teste de esfericidade de Bartlett de  $X^2 = 10608,862$  ( $df=1830$ ) e nível de significância  $p < 0,001$ , com 47,3% da variância explicada pelos 4 fatores. Para

essa análise os itens 02, 03, 14, 20,23, 26, 28, 29, 33, 40, 47, 50, 58 e 65 foram retirados por não terem carregado acima dos 0,30.

O fator 4 estava representado por apenas quatro itens, sendo que dois deles pertenciam também a outro fator, o que levou aos pesquisadores a retirarem esse fator, forçando uma nova extração com apenas três fatores. Os resultados dessa nova análise forneceram KMO, teste de esfericidade de Bartlett e nível de significância idênticos à análise de extração de 4 fatores, mas a variância explicada foi de 43,71%. Depois de realizada esta análise, o item 35 não carregou em nenhum fator e foi excluído da análise. Os novos resultados foram KMO = 0,93, teste de esfericidade de Bartlett de  $X^2 = 10283,612$  (df=1770) e nível de significância  $p < 0,001$ , com 43,71% da variância explicada pelos 3 fatores.

O passo seguinte à retirada dos itens que não fatoraram em nenhuma dimensão foi a exclusão daqueles que carregaram em dois fatores. Os itens 07, 08, 09, 11, 18, 24, 32, 36, 39, 43, 55, 63 e 75. Os resultados foram KMO = 0,92, teste de esfericidade de Bartlett de  $X^2 = 6947,784$  (df=1081) e nível de significância  $p < 0,001$ , com 43,06% da variância explicada pelos 3 fatores.

O fator 1 (Dimensão fisiológica) foi composto por itens que tratavam de situações onde o indivíduo experimenta sintomas fisiológicos, que alteram o equilíbrio do organismo, provocando reações físicas e causando mal-estar como, por exemplo, o *item 61 - Minhas pernas tremem em reuniões, festas e eventos*. Estes sintomas estão de acordo com o modelo explicativo dos sintomas fisiológicos de ansiedade, proposto por Barlow (2002). O fator 2 (Dimensão cognitiva) agrupou os itens responsáveis pelo medo/ansiedade do sujeito de ser avaliado negativamente, o pensamento sobre sua incapacidade diante das situações e o medo/ansiedade de ser humilhado por outros como, por exemplo, o *item 04 - Sou avaliado(a) de forma negativa em situações sociais*



(reuniões, festas e eventos). Por fim, o fator 3 (Dimensão Interacional e Observacional) condensou os itens que explicitavam situações onde o indivíduo não conseguia interagir e situações onde o mesmo era observado por outras pessoas, o que gerava medo/ansiedade como, por exemplo, os *itens 42 - Tenho dificuldades em devolver uma mercadoria que veio errada e 22 - Fico ansioso(a) quando sou observado(a) correndo/caminhando em locais públicos.*

Em seguida os itens foram analisados para avaliar se eles pertenciam ao fator que carregaram. Os itens 06 (fator 3), 51 (fator 2) e 69 (fator 3) não estavam de acordo com os outros itens pertencentes ao seu fator e foram excluídos, provocando uma nova análise. Depois dessa nova avaliação, o item 13 não carregou em nenhum fator e o 16 carregou em dois fatores, sendo ambos retirados da análise. Os resultados foram KMO = 0,92, teste de esfericidade de Bartlett de  $X^2 = 6008,410$  (df=861), nível de significância  $p < 0,001$  e podemos ver na Tabela 8 abaixo a variância explicada por cada fator.

Tabela 8

*Total da Variância Explicada*

Fatores	<i>Eigenvalues</i>	Variância (%)	Variância Acumulada (%)
Dimensão Fisiológica	13,46	32,04	32,04
Dimensão Cognitiva	2,83	6,74	38,78
Dimensão Interacional e Observacional	2,13	5,07	43,85

Método de Extração: Principal Axis Factoring

O *Scree Plot* é apresentado na Figura 1 e indicou a extração de três fatores para a escala. É importante ressaltar que o primeiro fator apresentou uma variância muito superior aos outros dois fatores.

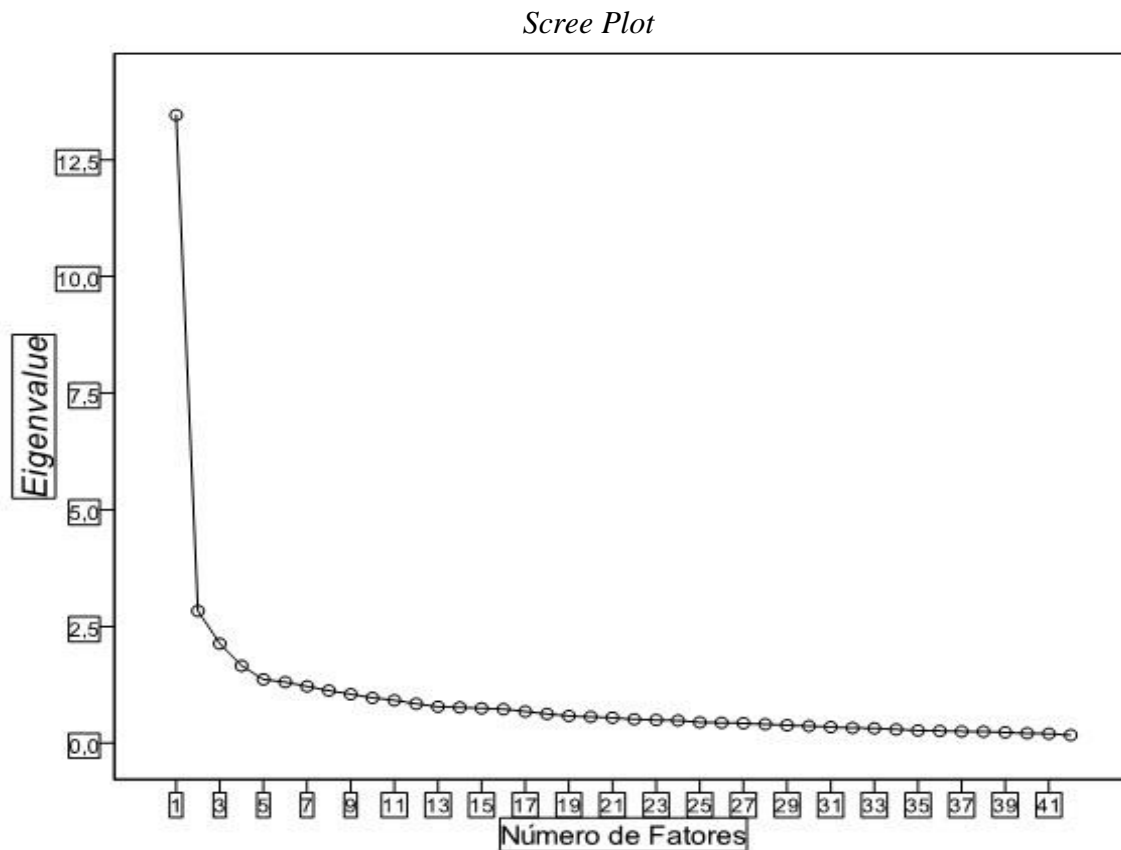


Figura 1

*Gráfico de Sedimentação dos Eigenvalues.*

Na Tabela 9 são apresentadas as cargas fatoriais do modelo final provisório da ECCAS convertida em 7 interações.

Tabela 9

*Cargas Fatoriais dos componentes rotados extraídos da Principal Axis Factoring e comunalidades da ECCAS.*

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
ECCAS 60	,748		
ECCAS 66	,726		
ECCAS 59	,714		
ECCAS 61	,704		
ECCAS 25	,700		

ECCAS 71	,690		
ECCAS 67	,667		
ECCAS 52	,654		
ECCAS 68	,602		
ECCAS 54	,576		
ECCAS 70	,531		
ECCAS 62	,530		
ECCAS 56	,506		
ECCAS 05	,388		
ECCAS 27	,346		
ECCAS 38	,344		
ECCAS 34	,335		
ECCAS 74		,793	
ECCAS 73		,660	
ECCAS 31		,604	
ECCAS 01		,601	
ECCAS 15		,583	
ECCAS 64		,566	
ECCAS 37		,547	
ECCAS 45		,528	
ECCAS 46		,523	
ECCAS 17		,521	
ECCAS 48		,511	
ECCAS 10		,487	
ECCAS 04		,485	
ECCAS 53		,482	
ECCAS 72		,469	
ECCAS 30		,304	
ECCAS 42			,762
ECCAS 44			,615
ECCAS 41.			,605
ECCAS 12			,427
ECCAS 57			,422
ECCAS 19			,416
ECCAS 21			,399
ECCAS 49			,319
ECCAS 22			,301
<hr/>			
<i>Eigenvalues</i>	13,46	2,83	2,13
Variância Explicada	32,04	6,74	5,07
Total de Variância Explicada		43,86	
<hr/>			

De acordo com Pietro e Muniz (2000), os coeficientes de fidedignidade, para serem considerados aceitáveis, devem resultar num valor acima de 0,70. Para o

Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da plataforma do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), convencionada como índice mínimo de aceitação (0,60) para que um teste psicológico seja considerado confiável. Valores acima desse são considerados bons. Para o presente trabalho, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) como medida de confiabilidade, para a escala completa com 75 itens, a versão provisória de análise com 42 itens, bem como para os fatores em separado. A escala total teve um coeficiente de ( $\alpha = 0,96$ ) e a versão provisória, após a análise fatorial, teve um alfa de Cronbach de ( $\alpha = 0,94$ ). No que diz respeito aos resultados encontrados para cada fator, o 1 - Dimensão Fisiológica, composto por 17 itens, apresentou coeficiente de ( $\alpha = 0,91$ ); o 2 - Dimensão Cognitiva, composta por 16 itens ( $\alpha = 0,90$ ); e o 3 - Dimensão Interacional e Observacional composta por 9 itens ( $\alpha = 0,78$ ).

## 5 - DISCUSSÃO

O presente trabalho teve como objetivo principal a construção de uma escala de rastreio dos sintomas do Transtorno de Ansiedade Social entre adultos. A princípio, deveria se tratar de uma escala que fosse capaz de identificar sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais de pessoas maiores de 18 anos. Os construtos que embasaram a construção dos itens foram: o modelo cognitivo de fobia social descrito por Beck (1985) e Beck et al. (2005), com contribuições de Clark e Wells (1995) e Rapee e Heimberg (1997), citados por Clark e Beck (2012); o modelo fisiológico dos transtornos de ansiedade, descrito por Barlow (2002); e, o critério diagnóstico do DSM-5 (APA,2013), que privilegia a avaliação negativa como um dos pontos principais, mantém a questão dos comportamentos de esquiva, seja como forma de segurança ou como forma de evitação das situações sociais, insere critérios temporais mais rígidos, como, por exemplo, a questão da necessidade da existência dos sintomas por um

período de seis meses, além do surgimento das questões de interação e observação, como situações de destaque, ao lado das sociais e de desempenho.

De acordo com estes modelos teóricos adotados, percebeu-se que os fatores encontrados, no momento da análise fatorial preliminar, se relacionam com os construtos utilizados. No fator 1, denominado de dimensão fisiológica, os 17 itens que compuseram esse fator dedicavam-se a descrever situações onde os indivíduos apresentavam sintomas fisiológicos como taquicardia, sudorese, tremores, rubor, dentre outros, em situações sociais. Esse conjunto de itens descreveu os sintomas propostos por Barlow (2002). Apesar dos sintomas fisiológicos do TAS serem também equivalentes aos outros transtornos de ansiedade, o que diferencia os itens deste fator são as situações em que os mesmos estão inseridos. Por exemplo, no item 60, o sujeito experimenta tremores nas mãos, quando encontra desconhecidos, figuras de autoridade, etc. o que é um diferencial no rastreamento do TAS. Outro item que descreve uma situação social é o item 62, que descreve sensações de mãos geladas ao falar em público, que é uma situação de desempenho.

No fator 2, que se refere à dimensão cognitiva do transtorno, os 16 itens que foram enquadrados nesta categoria expõem situações onde os indivíduos podem sentir temerosos ou ansiosos em serem avaliados negativamente, ter pensamentos de inadequação e incapacidade, dentre outros, de acordo com a perspectiva cognitiva proposta. A cognição é um papel principal no rastreamento dos sintomas ansiosos sociais. Está presente nos critérios do DSM-5 (APA,2013), através dos pensamentos e sentimentos de inadequação, incapacidade, avaliação negativa, medo de ser humilhados, etc., o que demonstra sua importância no processo de avaliação. Os itens da escala, que descrevem a cognição dos indivíduos, estão relacionados ao enfrentamento de situações sociais, em que o sujeito se sente temeroso ou ansioso. Segundo Clark (2001) os

esquemas e crenças que caracterizam o TAS são altamente específicos a situações sociais, não sendo aparentes em situações não sociais. E por fim, temos o fator 3, que englobou os itens que tratavam de situações de interação e observação. Esta dimensão contou com 9 itens, que apresentam situações onde os sujeitos têm que interagir com outras pessoas e medo/ansiedade em ser observado realizando certos comportamentos em público.

De acordo com a análise fatorial através dos testes de KMO e esfericidade de Bartlett, constatou-se que o conjunto de itens, em um primeiro momento, era passível de fatoração. Baseado nesses testes sobraram, após esta análise preliminar, um total de 42 itens, que apresentaram cargas fatoriais acima de 0,30, que de acordo com Pasquali (1999) são considerados adequados no processo de análise fatorial.

Para realizar análises paramétricas, os autores escolheram os testes t de *Student* e ANOVA, entre os instrumentos aplicados e as variáveis sócio-demográficas. Para a verificação da comparação existe entre a ECCAS e a LSAS, foi realizado o teste ANOVA. Os resultados encontrados foram considerados significativos com  $p < 0,001$ , utilizando o nível de significância mínimo de 5% ( $p < 0,05$ ), demonstrando diferença entre elas. Em relação à comparação entre a escala e o Mini-SPIN, os resultados também apontaram correlação entre os instrumentos com  $p < 0,001$ . Mais testes serão realizados, quando o N amostral for suficiente, de acordo com a literatura (Pallant, 2007).

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas, os resultados preliminares apontaram que a variável estado civil mostrou diferenças estatisticamente significativas, em que os solteiros demonstraram mais dificuldade em se relacionar, com  $p = 0,005$ , o que está de acordo com a literatura da área (Vorcaro et al., 2004), que admite que os indivíduos que experimentam sintomas ansiosos sociais têm maior probabilidade de

apresentar dificuldades em iniciar ou manter vínculos duradouros, como namoros, casamentos, etc. Outra variável que obteve resultados significativos foi com quem a pessoa vive, com  $p < 0,05$  entre a ECCAS e os sujeitos que vivem sozinhos, corroborando com a dificuldade em manter relações consideradas duradouras. Outras variáveis como "Escolaridade", "Religião" e "Renda Familiar" não apresentaram correlações significativas.

Com relação à variável que investigava quais seriam os outros transtornos em que o sujeito foi diagnosticado, cerca de 6,5% da amostra (19 pessoas) reportou ter recebido diagnóstico para outras patologias, sendo 52,7% (10 pessoas) diagnósticos de depressão, que, segundo autores (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Fehm et al., 2008; Cox, Pagura, Stein & Sareen, 2009), é um dos principais transtornos de humor que possui comorbidade com o TAS. Foi realizado um teste t, para análise das possíveis correlações entre os sujeitos diagnosticados com depressão e o escore da ECCAS. Os resultados mostraram equivalência de variâncias com significância de  $p = 0,022$ , mostrando uma correlação significativa entre as variáveis.

Foram encontrados nove instrumentos validados para o português do Brasil. São eles: FNE, BSPS, LSAS, SPAI, SPIN, Mini-SPIN, SSPS, IHS e STABS. De acordo com os artigos produzidos pelos autores das validações, as consistências internas dos instrumentos foram consideradas, em sua maioria, excelentes, de acordo com Pietro e Muniz (2000). Coeficientes alfa acima entre 0,70 e 0,80 são considerados adequados, entre 0,80 e 0,85 são bons e acima de 0,85 são entendidos como excelentes. De acordo com esse critério de avaliação, a BSPS apresentou um  $\alpha = 0,84$ , a LSAS  $\alpha = 0,95$  em um estudo com alcoolistas e 0,96 em outro com universitários, o SPAI  $\alpha = 0,96$ , o SPIN mostrou um  $\alpha = 0,71$ , sendo o menor índice de consistência interna apresentado, o Mini-SPIN teve um  $\alpha = 0,81$ , a SSPS um  $\alpha = 0,90$ , o STABS um  $\alpha = 0,92$ , o estudo

com o IHS não avaliou a confiabilidade do mesmo, dedicando-se apenas a buscar indícios de validade concorrente e discriminativa da escala entre pacientes ansiosos sociais, e, por fim, o estudo da FNE optou por relatar os passos para a realização da tradução e adaptação da mesma. De acordo com estes valores e com o critério admitido por Pietro e Muniz (2000), a ECCAS demonstrou níveis de consistência interna preliminares considerados como excelentes, tanto antes da análise dos fatores ( $\alpha = 0,96$ ) quanto depois da retirada dos itens que não carregaram em nenhum fator ou que se atendiam a mais de um ( $\alpha = 0,94$ ).

## 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa continuará em andamento como proposto pelos autores. A parte que foi sugerida para o estudo de mestrado (construção do instrumento) foi concluída com êxito, visto que a escala encontra-se pronta para a aplicação em um grande número de pessoas e posteriores análises estatísticas de evidências de validade convergente, divergente, corroboração da consistência interna, dentre outras. Apesar de o número de aplicações não ser suficiente, como é previsto na literatura especializada da área (Pallant, 2007), uma média de 6 a 10 participantes para cada item do instrumento (entre 450 e 750 sujeitos), os resultados mostraram-se satisfatórios e motivadores.

O processo de construção mostrou-se adequado com a literatura especializada (Pasquali, 1998), com os itens obedecendo a critérios de desenvolvimento de acordo com a teoria escolhida para embasar a escala. Ela ainda apresentou bons resultados de consistência interna, com um alfa considerado como excelente; e, nos indícios preliminares de validade de construto, houveram correlações positivas entre os itens da escala, com coeficientes  $r$  de correlação de Pearson muito bons.

Considerou-se como limitação do estudo o tempo de 2 anos para construção e validação da escala. Acredita-se que o mesmo seja insuficiente, devido à necessidade de



rigor e solidez, de acordo com as etapas pré-estabelecidas para a construção de testes psicométricos válidos e confiáveis. Outro ponto limitador refere-se à amostra ser formada, em sua grande maioria, por universitários. Como visto em outros trabalhos este é um fator que impede a generalização dos dados e sugere que mais estudos sejam desenvolvidos para garantir a qualidade do instrumento.

## 7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., Have, M.T., & Cuijpers, P. (2008) Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 273-279.

American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Texto revisado - TR* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Andrade, L., Walters, E.E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002) Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 316-325.

Antony, M.M. (2002) Determining the empirical status of assessment instruments. In: S.O. Lilienfeld. (Chair), *Empirically supported assessment instruments: An idea whose time has come?* Apresentação realizada no encontro da Associação Americana de Psicologia, Chicago.

Antony, M.M, & Rowa, K. (2005) Evidence-Based Assessment of Anxiety Disorders in Adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 256-266.

Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2008) *The shyness and social anxiety workbook: Proven techniques for overcoming your fears* (2nd ed.) Oakland, CA: New Harbinger.

Barlow, H.D. (2002) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Barros Neto, T.P., & Lotufo Neto, F. (2006) Transtornos de personalidade em pacientes com fobia social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(1), 3-9.

Beck, A.T. (1985) Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A.H. Tuma & J. Master (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A.T., Emery, G. & Greenberg, R.L. (2005) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* (rev. paperback ed.). New York: Basic Books.

Beidel, D.C., & Turner, S. M. (2007) *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bracik, J. Krysta, K., & Zaczek, A. (2012) Impact of family and school environment on the development of social anxiety disorder: a questionnaire study. *Psychiatria Danubina*, 24 Suppl 1:S125-7.

Burato, K.R.S.S., Crippa, J.A.S. & Loureiro, S.R. (2009) Validade e fidedignidade da escala de comportamento de segurança na ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(5), 175-181.

Butler, G. (2007) *Overcoming social anxiety and shyness self-help course: A 3-part programme based on cognitive behavioural techniques. Part one: Understanding social anxiety*. Londres: Robinson.

Clark, D.M. (2001) A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L.E. Alden (Eds.), *International Handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). New York: Wiley.

Clark, D.A. & Beck, A.T. (2012) *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática*. Porto Alegre: Artmed.

Clark, D.M., & Wells, A. (1995) A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A.Hope, & F.R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.

Connor, K.M., Kobak, K.A., Churchill, L.E., Katzelnick, D., & Davidson, J.R.T. (2001) Mini-SPIN: A brief screening assessment for Generalized Social Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 137-140.

Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000) Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): a new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.

Cordás, T.A. (2014) Histórico. In: Nardi, A.E., Quevedo, J. & Silva, A.G. da (Orgs.) *Transtorno de Ansiedade Social: Teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Psicologia (2003) *Cartilha de Avaliação Psicológica*. Recuperado de: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/cartilha.pdf>

Cox, B. J., MacPherson, P.S.R. & Ens, M.W. (2005) Psychiatric correlates of childhood shyness in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1019-1027.

Cox, B.J., Pagura, J., Stein, M.B., & Sareen, J. (2009) The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a National Mental Health Survey. *Depression and Anxiety*, 26, 354-362.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006) *Estatística sem matemática para Psicologia usando o SPSS para Windows. 3ª ed.* Porto Alegre: Artmed. etria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

D'El Rey, G.J.F. e Matos, C.W. (2009) Validação da versão em português do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5),1681-1686.

D'El Rey, G.J.F., Lacava, J.P.L. e Cardoso, R. (2007) Consistência interna da versão em português do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(6), 266-269.

Eikenaes, I., Hummelen, B., Gun Abrahamsen, H.A., & Wilberg, T. (2013) Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 746-763.

Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008) Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H-U. (2005) Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.

Furmark, T. (2009) Neurobiological aspects of social anxiety disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(1), 5-12.

Gouveia, J.P. (2000) *Ansiedade Social: Da Timidez À Fobia Social*. Coimbra, PT: Quarteto editora.

Heimberg, R.G., Mueller, G.P., Holt, C.S., Hope, D.A., & Liebowitz, M.R. (1992) Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 57-73.

Heimberg, R.G., Horner, K.J., Juster, H.R., Safren, S.A., Brown, E.J., Schneier, F.R., & Liebowitz, M.R. (1999) Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.

Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L., Juster, H.R., et al. (1998) Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.

Kessler, R.C., & Üstun, T. B. (dirs) (2008) *The WHO mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Nova Iorque: Universidade de Cambridge.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Robertson, M.S., & Walters, E.E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Shanyang, Z., Nelson B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Wittchen, H-U. (2012) Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.

Liebowitz, M.R. (1987) Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

Lindhout, I., Markus, M., Hoogendijk, T., Borst, S., Maingay, R., Spinhoven, P., van Dyck, R. et al. (2006) Childrearing style of anxiety-disordered parents. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(1), 89-102.

Lott, M., Greist, J.H., Jefferson, J.W., Kobak, K.A., Katzelnick, D.J., Katz, R.J., & Schaettle, S. C. (1997) Brofaromine for social phobia: a multicenter, placebo-controlled, double-blind study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17, 255-260.

Marks I.M., & Gelder, M.G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.

Mattick, R.P., & Clarke, J.C. (1998) Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.

Mennin, D.S., Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., Davies, S.O., & Liebowitz, M.R. (2002) Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661-673.

Narrow W.E., Rae D.S., Robins L.N., & Regier D.A. (2002) Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 115-23.

Ohayon, M.M., & Schatzberg, A.F. (2010) Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 235-243.

Osorio, F.L., Crippa, J.A.S., & Loureiro, S.R. (2006) Validação transcultural para o português da Brief Social Phobia Scale e desenvolvimento de um roteiro de perguntas-guia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 212-217.

Osorio, F.L., Crippa, J.A.S., & Loureiro, S.R. (2007) A study for discriminative validity of a screening tool (Mini-SPIN) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. *European Psychiatry*, 22, 239-243.

Osorio, F.L., Crippa, J.A.S., & Loureiro, S.R. (2008) Escala para Auto-Avaliação ao Falar em Público (SSPS): adaptação transcultural e consistência interna da versão brasileira. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(6), 207-211.

Osorio, F.L., Crippa, J.A.S., & Loureiro, S.R. (2009) Validação transcultural da versão para o português do Brasil do Social Phobia Inventory (SPIN): estudo dos itens e da consistência interna. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 25-29.

Osorio, F.L., Crippa, J.A.S., & Loureiro, S.R. (2010) Evaluation of the psychometric properties of the Social Phobia Inventory in university students. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 630-640.

Osorio, F.L., Crippa, J.A.S., & Loureiro, S.R. (2013) Validation of the state version of the Self-Statement during Public Speaking Scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 063-066.

Pallant, J. (2007) *SPSS - Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows third edition*. Inglaterra: Open University Press, MC Graw Hill.

Pasquali, L. (1998) Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5) Edição Especial, 206-213.

Pasquali, L. (1999) *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM & IBAPP.

Picon, P., Gauer, G.J.C., Fachel, J.M.G. & Manfro, G.G. (2005) Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(1), 40-50.

Picon, P., Gauer, G.J.C., Hirakata, V.N., Haggsträm, L.M., Beidel, D.C., Turner, S.M., & Manfro, G.G. (2005) Fidedignidade da versão em português do Inventário de Ansiedade e Fobia Social (SPAI) em amostra heterogênea de estudantes universitários brasileiros. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 124-130.

Pietro, G., & Muñoz, J. (2000) Un modelo para evaluar la calidad de los test utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77.

Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997) A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.

Rosellini, A.J., Rutter, L.A., Bourgeois, M.L., Emmert-Aronson, B.O., & Brown, T.A. (2013) The relevance of age of onset to the psychopathology of Social Phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 356-365.

Rotge, J.Y., Grabot, D., Aouizerate, B., Pélioso, A., Lépine, J.P., & Tignol, J. (2011) Childhood history of behavioral inhibition and comorbidity status in 256 adults with social phobia. *Journal of Affective Disorders*, 129, 338-341.

Rowe, K., McCabe, R. E., & Antony, M.M. (2008) Specific Phobia and Social Phobia. In: Hunsley, J., & Mash, E.J. (Eds) *A Guide to Assessments That Work*. New York, NY: Oxford University Press.

Santos, L.F., Loureiro, S.R., Crippa, J.A.S. & Osório, F.L. (2013) Psychometric validation study of the Liebowitz Social Anxiety Scale - Self-Reported version for Brazilian Portuguese. *PLOS One*, 8(7),1-7.

Schneier, F.R., Foose, T.E., Hasin, D.S., Heimberg, R.G., Liu, S.M., Grant, B.F., & Blanco, C. (2010) Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40(6), 977-988.

Silva, A.C.O., & Nardi, A.E. (2009) Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira da Fear of Negative Evaluation Scale (FNE). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 159-169.

Terra, M.B., Barros, H.M.T., Stein, A.T., Figueira, I. Athayde, L.D., Gonçalves, M.S., Tergolina, L.P., et al. (2006) Consistência interna e estrutura fatorial da versão em português da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz entre pacientes alcoolistas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(4), 265-269.

Terra, M.B., Figueira, I. & Athayde, L.D. (2003) Fobia social e transtorno de pânico: relação temporal com dependência de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(3), 436-443.

Turner, S.M., Beidel, D.C., Dancu, C.V., & Stanley, M. A. (1989) An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.

Viana, M.C., & Andrade, L.H. (2012) Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 249-260.

Vorcaro, C.M., Rocha, F.L., Uchoa, E., & Lima-Costa, M.F. (2004) The burden of social phobia in a Brazilian community and its relationship with socioeconomic circumstances, health status and use of health services: the Bambuí study. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 216-226.

Watson, D., & Friend, R. (1969) Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457.

WHO (1997) *The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview Version 2.1*. Geneva: autor.

WHO (2000) *Guia de bolso da classificação internacional de doenças - 10ª edição (CID-10). Classificação dos transtornos mentais e do comportamento, com glossário e critérios diagnósticos de investigação*. Porto Alegre: Artmed.

WHO - International Consortium in Psychiatric Epidemiology - ICPE (2000) *Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders*. Bulletin WHO, 78(4), 413-426.

Wittchen, H-U., & Fehm, L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(Suppl. 417), 4-18.

## LISTA DE ANEXOS

## Anexo 1 - Questionário Sócio-Demográfico

**Questionário Sócio Demográfico**

<b>Data da Entrevista</b> /        /	Entrevistador:
<b>Caracterização do Entrevistado</b>	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade: _____
Profissão: _____	Sexo: ( ) F    ( ) M

<b>Grupo Étnico</b>
( ) Caucasóide
( ) Negros
( ) Mulatos
( ) Asiáticos
( ) Índios

<b>Estado Civil Atual</b>
( ) Solteiro(a)
( ) Casado(a)
( ) Viúvo (a)
( ) Disquitado/Divorciado (a)
( ) Outros: _____

<b>Com quem vive:</b>
( ) Sozinho(a)
( ) Companheiro (a)
( ) Familiares
( ) Colegas/amigos (as)
( ) Outros _____

<b>Escolaridade</b>
( ) Analfabeto/Primeiro grau incompleto
( ) Primeiro Grau completo
( ) Segundo Grau incompleto
( ) Segundo Grau completo
( ) Curso Técnico
( ) Superior Incompleto
( ) Superior Completo
( ) Pós Graduação

<b>Religião</b>	
( ) Católica	( ) Budismo
( ) Evangélica	( ) Islamismo
( ) Espírita	( ) Agnóstico
( ) Testemunha de Jeová	( ) Ateu
( ) Umbanda	( ) Múltiplas religiões
( ) Candomblé	( ) Outros:
( ) Judaísmo	
( ) Hinduísmo	

<b>Renda Familiar</b>	
( ) Nenhuma	( ) Entre três e seis salários mínimos
( ) Menor do que um salário mínimo mínimos	( ) Entre sete e doze salários
( ) Entre um e dois salários mínimos	( ) Acima de doze salários mínimos

Você já conhecia o Transtorno de Ansiedade Social?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Já foi diagnosticado como portador de algum transtorno mental?( ) SIM      ( ) NÃO

Se sim, qual seria este transtorno? \_\_\_\_\_

No momento você faz tratamento para este transtorno?      ( ) SIM      ( ) NÃO

Qual tipo de tratamento empregado? ( ) Medicamentoso ( ) Terapêutico ( ) Ambos

## Anexo 2 - Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

## Escala de Fobia Social - Liebowitz

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Aplicador: \_\_\_\_\_

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



## Anexo 3 - Mini Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN)

**Anexo****MINI-SPIN**

Por favor, indique quanto os seguintes problemas incomodaram você durante a última semana.  
 Marque somente um item para cada problema e verifique se respondeu a todos os itens

1 – Evito fazer coisas ou falar com certas pessoas por medo de ficar envergonhado.

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

2 – Evito atividades nas quais sou o centro das atenções.

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

3 – Ficar envergonhado ou parecer bobo são meus maiores temores.

Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

TOTAL: \_\_\_\_\_

*Copyright Jonathan Davidson, 2007*

## Anexo 4 - Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS)

## Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social

Período: _____	Idade: _____
Sexo: Mulher ( ) Homem ( )	

Abaixo você encontrará algumas afirmações sobre pensamentos, sensações físicas e comportamentos que podem ou não fazer parte do seu dia a dia durante os últimos seis meses. Eles podem ter causado mal-estar, angústia, medo ou ansiedade em maior ou menor grau. Por favor, assinale com um "X" o número que corresponde à frequência de vezes que você teve algum destes pensamentos, sensações físicas ou comportamentos nos últimos seis meses. Caso a afirmativa não possua relação com seus pensamentos, sensações físicas e comportamentos, imagine a situação descrita pela questão e assinale com o "X" a resposta que mais se aproxima da forma como você pensaria, se sentiria ou se comportaria.

**É muito importante que todas as afirmativas sejam respondidas.**

Assinale qual é a frequência de vezes, nos últimos seis meses, que você teve esses pensamentos, sensações físicas ou comportamentos.				
Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

As informações do questionário são *absolutamente confidenciais*.

01 - As pessoas evitam a minha companhia.					
02 - Sou muito desajeitado(a) em situações sociais (ex. reuniões, festas e eventos).					
03 - Tenho dificuldades de me relacionar com pessoas de autoridade (ex. policiais, chefes, etc).					
04 - Sou avaliado(a) de forma negativa em situações sociais (reuniões, festas e eventos).					
05 - Tenho problemas para dormir antes de qualquer situação onde terei que falar em público para um grupo de pessoas.					
06 - Tenho medo de ser humilhado (a) por outras pessoas.					
07 - Penso que sou incapaz de realizar minhas tarefas por ser fraco(a) ou incompetente.					

08 - Serei rejeitado(a) ao expressar minha opinião a terceiros.					
09 - Após reuniões, festas, eventos e práticas esportivas, fico pensando naquilo que fiz de errado.					
10 - Antes de ir a uma festa ou evento, eu penso que seria melhor não ir.					
11 - Tenho medo de parecer incompetente em público.					
12 - Quando uma pessoa está errada, eu não consigo falar o que penso, mesmo que eu esteja certo(a).					
13 - Quando encontro pessoas, acho que elas podem perceber o quanto estou nervoso(a) e ansioso(a).					
14 - Evito manter conversas com pessoas ao telefone quando estou na rua.					
15 - Serei criticado(a) por pessoas do sexo oposto ao iniciar uma conversa .					
16 - Iniciar um relacionamento (amizade, namoro, etc.) me deixa ansioso(a) .					
17 - Serei rejeitado(a) ao convidar uma pessoa interessante para sair.					
18 - Evito ser apresentado(a) a pessoas desconhecidas.					
19 - Evito manter contato visual com estranhos e também conhecidos.					
20 - As pessoas percebem quando fico vermelho de vergonha.					
21 - Pareço ridículo(a) ao comprar em uma loja movimentada.					
22 - Fico ansioso(a) quando sou observado(a) correndo/caminhando em locais públicos.					
23 - Penso que, se eu falar em público, serei vaiado(a) por todos.					
24 - As próximas experiências sociais (reuniões, festas e eventos) serão tão ruins quanto as outras que aconteceram no passado.					
25 - Apresento reações físicas (palpitações, náuseas, etc.) quando tenho que ir a reuniões, festas e/ou eventos.					

26 - Sou incapaz de lidar com situações nas quais fico com vergonha.					
27 - Quando sou parado(a) por um desconhecido, fico ansioso(a) por não saber o que ele vai pensar de mim.					
28 - As pessoas vão rir de mim quando eu for comer em público.					
29 - As pessoas ficam me olhando quando estou bebendo/comendo em público.					
30 - Escolhi trabalhos durante minha vida nos quais não posso ser avaliado(a) negativamente.					
31 - As pessoas podem me avaliar como chato(a) e inoportuno(a).					
32 - Me apresentar para pessoas que não me conhecem causa muita ansiedade.					
33 - Evito manter contato com outras pessoas no(s) local(is) onde trabalho/trabalhei.					
34 - Passo mal por ter que iniciar conversa com estranhos.					
35 - Sou inseguro(a) diante de pessoas do sexo oposto.					
36 - Começo a dar desculpas para não ir a situações sociais (reuniões, festas e eventos) porque posso ser humilhado(a).					
37 - Me sinto incapaz de vencer na vida.					
38 - Sinto meu coração bater mais rápido quando estou na presença de pessoas interessantes.					
39 - As próximas reuniões, festas, eventos e práticas esportivas serão tão humilhantes quanto as que já tive.					
40 - Após uma apresentação/reunião/conversa, penso que as pessoas não entenderam o que eu disse.					
41 - Quando recebo um prato errado em um restaurante, não reclamo e como mesmo assim.					
42 - Tenho dificuldades em devolver uma mercadoria que veio errada.					
43 - Quando outras pessoas estão me observando, não consigo fazer nenhuma atividade. (comer, beber, escrever, trabalhar, etc.)					

44 - Me sinto ansioso(a) por ser abordado(a) por um vendedor que quer vender algo que eu não quero comprar.					
45 - Acredito que, em geral, sou mais avaliado negativamente do que as outras pessoas.					
46 - Serei humilhado(a) por pessoas do sexo oposto.					
47 - Quando saio de casa, vou direto ao local que tenho que ir sem parar para falar com alguém.					
48 - Acho que serei despedido(a) de qualquer empresa onde eu trabalho/trabalharei por não ser competente.					
49 - Tenho dificuldades em ir a lugares desconhecidos por medo de não conhecer ninguém.					
50 - As pessoas pensam que sou ansioso(a) em todos os momentos.					
51 - Faço uso de remédios, álcool ou drogas para diminuir minha ansiedade em situações sociais ou de desempenho.					
52 - Fico tonto ou tenho sensação de desmaio quando sou obrigado(a) a interagir com pessoas desconhecidas, figuras de autoridade ou pessoas do sexo oposto.					
53 - Fico me lembrando dos eventos negativos do passado.					
54 - Tenho problemas para dormir antes de qualquer situação na qual terei que interagir com outras pessoas (conhecidas, desconhecidas, figuras de autoridade ou do sexo oposto).					
55 - Fico envergonhado(a) em reuniões, festas, eventos e práticas esportivas.					
56 - Tenho tremores nas mãos e palpitações quando encontro pessoas do sexo oposto.					
57 - Quando alguém me tira do sério, não consigo dizer para a pessoa que ela me aborreceu.					
58 - Aceito todas as críticas que as pessoas fazem contra mim.					
59 - Sinto-me sufocado(a) ou com falta de ar quando estou em reuniões, festas e/ou eventos.					
60 - Tenho tremores nas mãos quando encontro desconhecidos, figuras de autoridade (ex. policiais, chefes, etc.) ou pessoas do sexo oposto.					

61 - Minhas pernas tremem em reuniões, festas e eventos.					
62 - Fico com as mãos geladas ao falar em público.					
63 - Falar em pequenos grupos me deixa com vergonha.					
64 - Quando chego a um grupo de amigos, eles vão embora, por quê não querem ficar perto de mim.					
65 - Evito ir a reuniões de família.					
66 - Fico com mãos e pés suados em reuniões, festas e eventos.					
67 - Na presença de pessoas desconhecidas, figuras de autoridade e/ou pessoas do sexo oposto, fico com a musculatura tensa e rígida.					
68 - Arrumo motivos para não sair de casa, porque encontrar alguém me deixa ansioso.					
69 - Evito conhecer pessoas do sexo oposto.					
70 - Fico muito ansioso(a) quando estou na presença de estranhos.					
71 - Quando vou a reuniões, festas e/ou eventos, fico com a boca seca.					
72 - Evito atividades difíceis por ser incapaz de realizá-las.					
73 - Em reuniões, festas e eventos, sou um completo fracasso.					
74 - Serei desprezado por pessoas que tenho interesse em conhecer.					
75 - Evito falar em público por acreditar que não serei bem sucedido.					

## Anexo 5 - Autorização do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Construção da Escala de Ansiedade Social para Adultos (EASA)

**Pesquisador:** Daniel Alexandre Gouvêa Gomes

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 11998012.9.0000.5147

**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia (UFJF)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 275.540

**Data da Relatoria:** 18/05/2013

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem delineado e fundamentado em ampla pesquisa bibliográfica, com justificativa pertinente e valor científico.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos são claros e apresentam compatibilidade com a proposta do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Pesquisa de riscos mínimos e há benefícios para os participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa com valor acadêmico e científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos apresentados de acordo com a pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesto pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto. Data prevista para o término da pesquisa: 03/ 02 /2014.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

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

## Anexo 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "Construção da Escala de Ansiedade Social para Adultos (EASA)". Neste estudo pretendemos realizar a construção de um instrumento psicométrico para identificação dos sintomas fóbicos sociais em pessoas acima dos 18 anos de idade de ambos os sexos. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é que a fobia social ou o transtorno de ansiedade social é uma das patologias mais prevalentes na sociedade atual. Além disso, a fobia social é subdiagnosticada e os portadores do transtorno não têm acesso às formas de tratamento. Para isto, será utilizado um questionário fechado, de auto-preenchimento, que será validado pelo projeto: a Escala de Ansiedade Social para Adultos (EASA).

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

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

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

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

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF  
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900  
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: [cep.propesa@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesa@ufjf.edu.br)

PESQUISADORES(AS) RESPONSÁVEIS:  
Dr. Lélcio Moura Lourenço  
Endereço Eletrônico: [leliomlourenco@yahoo.com.br](mailto:leliomlourenco@yahoo.com.br)  
Telefônico: (32) 3229-3117

Daniel Alexandre Gouvêa Gomes  
Endereço Eletrônico: [daniel\\_ufff@hotmail.com](mailto:daniel_ufff@hotmail.com)  
Telefônico: (32) 3082-0808/8801-5033



## Anexo 07 - Esquemas Mal Adaptativos descritos por Clark e Beck (2012)

Conteúdo do esquema	Exemplos
Crenças centrais de ser socialmente impotente, fraco ou inferior	Eu sou chato; Eu não sou uma pessoa amigável; As pessoas tendem a não gostar de mim; Eu sou socialmente desajeitado; Eu não me entroso
Crenças sobre os outros	As pessoas criticam os outros; Em situações sociais as pessoas estão sempre fazendo avaliações umas das outras; Os indivíduos estão constantemente examinando outras pessoas, procurando suas falhas e fraquezas.
Crenças sobre desaprovação	É horrível quando os outros o desaprovam; Seria horrível se os outros pensassem que sou fraco ou incompetente; Ficar constrangido na frente dos outros seria insuportável, uma catástrofe pessoal
Crenças sobre padrões de desempenho social	É importante não demonstrar qualquer sinal de fraqueza ou perda de controle para os outros; Eu devo parecer confiante e competente em todas as minhas interações sociais; Eu sempre devo parecer inteligente e interessante aos outros.
Crenças sobre ansiedade e seus efeitos	Ansiedade é um sinal de fraqueza emocional e perda de controle; É importante não demonstrar qualquer sinal de ansiedade perto dos outros; Se as pessoas virem que eu estou ruborizando, transpirando, com as mãos trêmulas, etc., elas se perguntarão o que há de errado comigo; Se eu ficar ansioso não serei capaz de funcionar nessa situação social; Eu não suporto me sentir ansioso perto dos outros.

## Anexo 8 - Sintomas Fisiológicos descritos por Barlow (2002)

Sintomas Fisiológicos	
Aumento da frequência cardíaca e palpitações;	Náusea, dor de estômago, diarreia;
Falta de ar, respiração rápida;	Tremor, agitação;
Dor ou pressão no peito;	Formigamento ou dormência nos braços, nas pernas;
Sensação de sufocação;	Fraqueza, sem equilíbrio, desmaio;
Tontura, sensação de "cabeça vazia";	Tensão muscular, rigidez;
Sudorese, ondas de calor, calafrios;	Boca seca

## Anexo 9 - Escala Cognitiva e Comportamental de Ansiedade Social (ECCAS) - Versão

## Inicial

01 - As pessoas evitam a minha companhia.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
02 - Sou muito desajeitado(a) em situações sociais (ex. reuniões, festas e eventos).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
03 - Tenho dificuldades de me relacionar com pessoas de autoridade (ex. policiais, chefes, etc).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
04 - Sou avaliado(a) de forma negativa em situações sociais ( reuniões, festas e eventos).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
05 - Penso que conseguirei controlar minha ansiedade.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
06 - Tenho medo de ser humilhado(a) por outras pessoas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
07 - Penso que sou incapaz de realizar minhas tarefas por ser fraco(a) ou incompetente.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
08 - Serei rejeitado(a) ao expressar minha opinião a terceiros.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
09 - Quando chego a uma festa, todas as pessoas olham para mim.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
10 - Antes de ir a uma festa ou evento eu penso que seria melhor não ir.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
11 - Posso cometer erros em público e parecer incompetente.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
12 - Quando uma pessoa está errada eu não consigo falar o que penso, mesmo que eu esteja certo(a).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
13 - Quando encontro pessoas, acho que elas podem perceber o quanto estou nervoso(a) e ansioso(a).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
14 - Evito manter conversas com pessoas ao telefone quando estou na rua.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
15 - Serei criticado(a) por pessoas do sexo oposto ao iniciar uma conversa .	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
16 - Iniciar um relacionamento amoroso me deixa ansioso(a) .	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
17 - Serei rejeitado(a) ao convidar uma pessoa do sexo oposto para sair.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

18 - Evito ser apresentado(a) a pessoas desconhecidas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
19 - Evito manter contato visual com estranhos e também conhecidos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
20 - As pessoas percebem quando meu rosto está avermelhado.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
21 - Pareço ridículo(a) ao comprar em uma loja movimentada.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
22 - Fico ansioso(a) quando sou observado(a) correndo/caminhando em locais públicos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
23 - Penso que se eu falar em público serei vaiado(a) por todos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
24 - As próximas experiências sociais (reuniões, festas e eventos) serão tão ruins quanto outras que aconteceram no passado.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
25 - Sinto uma pressão no peito e náuseas quando descubro que terei que ir a reuniões, festas e/ou eventos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
26 - Sou capaz de lidar com situações onde fico com vergonha.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
27 - Quando sou parado(a) por um desconhecido fico ansioso(a) por não saber o que ele vai pensar de mim.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
28 - As pessoas vão rir de mim quando eu for comer em público.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
29 - Serei avaliado(a) negativamente se beber em público.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
30 - Evito chamar a atenção no meu local de trabalho.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
31 - As pessoas podem me avaliar como chato(a) e inoportuno(a).	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
32 - Dizer quem eu sou para pessoas que não me conhecem me causa muita ansiedade.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
33 - Escolhi um trabalho onde ninguém percebe que eu estou presente.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
34 - Passo mal por ter que iniciar conversa com estranhos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
35 - Sou inseguro(a) diante de pessoas do sexo oposto.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

36 - Começo a planejar desculpas para não ir a situações sociais (reuniões, festas e eventos) porque posso ser humilhado(a) por outras pessoas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
37 - Devo parecer confiante em todas as situações.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
38 - Sinto meu coração bater mais rápido quando estou na presença de pessoas do sexo oposto.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
39 - Evito marcar compromissos com pessoas por quem não conseguirei cumpri-los.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
40 - Após uma apresentação/reunião/conversa, penso que as pessoas não entenderam o que eu disse. (pe)	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
41 - Quando recebo um prato errado em um restaurante não reclamo e como mesmo assim.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
42 - Tenho dificuldades em devolver uma mercadoria que veio errada.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
43 - Quando outras pessoas estão me observando não consigo fazer nenhuma atividade. (comer, beber, escrever, trabalhar, etc.)	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
44 - As pessoas me olham da cabeça aos pés quando chego em algum lugar.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
45 - Tenho medo de ser humilhado(a) por pessoas desconhecidas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
46 - Serei mal tratado(a) por pessoas do sexo oposto.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
47 - Quando saio de casa vou direto ao local que tenho que ir sem parar para falar com alguém.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
48 - Serei despedido(a) a qualquer momento por não realizar o serviço como deve ser feito.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
49 - Tenho dificuldades em ir a lugares desconhecidos por medo de não conhecer ninguém.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
50 - As pessoas pensam que sou ansioso(a) em todos os momentos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
51 - Faço uso de substâncias proibidas (remédios, álcool ou drogas) para diminuir minha ansiedade em situações sociais ou de desempenho.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
52 - Fico tonto ou tenho sensação de desmaio quando sou obrigado(a) a interagir com pessoas desconhecidas, figuras de autoridade ou pessoas do sexo oposto.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
53 - Fico lembrando dos eventos negativos do passado.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

54 - Tenho problemas pra dormir antes de reuniões, festas e eventos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
55 - Perderei o controle em reuniões, festas e eventos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
56 - Tenho vergonha de praticar esportes.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
57 - Quando alguém me tira do sério, não consigo dizer para a pessoa que ela me aborreceu.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
58 - Aceito todas as críticas que as pessoas fazem contra mim.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
59 - Sinto me sufocado(a) ou com falta de ar quando estou em reuniões, festas e/ou eventos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
60 - Tenho tremores nas mãos quando encontro desconhecidos, figuras de autoridade (ex. policiais, chefes, etc.) ou pessoas do sexo oposto.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
61 - Minhas pernas tremem em reuniões, festas e eventos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
62 - Fico com as mãos geladas ao falar em público.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
63 - Falar em pequenos grupos me deixa com vergonha.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
64 - Quando chego em um grupo de amigos eles saem e vão a outros lugares.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
65 - Evito ir a reuniões de família.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
66 - Fico com mãos e pés suados em reuniões, festas e eventos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
67 - As pessoas reparam quando fico com as bochechas vermelhas.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
68 - Arrumo motivos para não sair de casa, porque encontrar alguém me deixa ansioso. (a)	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
69 - Evito conhecer pessoas do sexo oposto.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
70 - Fico muito ansioso quando estou na presença de estranhos.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
71 - Me sinto incapaz de vencer na vida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
72 - Evito atividades difíceis por ser incapaz de realizá-las.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

73 - Em reuniões, festas e eventos sou um completo fracasso.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
74 - Quando vou a reuniões, festas e/ou eventos fico com a boca seca.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
75 - Na presença de pessoas desconhecidas, figuras de autoridade e/ou pessoas do sexo oposto fico com a musculatura tensa e rígida.	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre

